

RELACIONES ENTRE FEMINISMO Y SISTEMA MEDICO-CIENTIFICO¹

Mari Luz Esteban²

RESUMEN

En este artículo se ofrece un análisis de las interrelaciones entre el Sistema Médico-Científico, en un sentido amplio, y el Movimiento Feminista. Después de una visión general del tema, que ocupa toda la primera parte, se exponen las aportaciones feministas al campo de la salud argumentando que, al margen de lo positivo de muchas de ellas y de las críticas al esencialismo y reduccionismo de la ciencia a la hora de interpretar nuestra realidad, una constante del trabajo feminista es que no se ha conseguido romper este esencialismo. En el tercer apartado se hace ya una crítica a dicha visión esencialista desde el feminismo. Posteriormente se abordan algunos aspectos relativos al papel y organización de las profesionales feministas y en concreto se hace alusión al debate sobre la especialización en "Salud de las Mujeres". Para finalizar, y previamente al apartado de conclusiones, se incluye también un breve análisis y reflexión sobre las políticas asistenciales desde las feministas y su situación actual.

RÉSUMÉ

Dans cet article nous analysons les relations existant entre le Système Médico-Scientifique et le Mouvement Féministe. Après une présentation générale de ce thème, occupant la première partie, nous exposons les principales contributions féministes dans le domaine de la santé. Nous remarquons que bien que positives dans leur ensemble et critiques par rapport à l'interprétation essentialiste de la réalité des femmes par la science, ces contributions n'ont pas été capables elles-mêmes de dépasser cette vision essentialiste de la science. Dans la troisième partie, nous faisons une critique de cette réduction essentialiste du point de vue du Féminisme. Nous abordons ensuite quelques aspects relatifs au rôle et à l'organisation des professionnelles féministes et plus particulièrement, nous faisons allusion au débat qui s'est instauré sur la spécialisation en "Santé des femmes". Pour terminer, et juste avant les conclusions, nous présentons une brève réflexion sur les politiques d'aide et d'assistance des féministes et leur état actuel.

LABURPENA

Artikulu honetan Sistema Mediko-Zientifiko, zentzu zabalean, eta Mugimendu Feministaren arteko harremanen analisia egiten da. Gai honen azterketa orokorra lehen atalean eskaini eta gero, feministek osasun espa-

¹ Este texto corresponde a una ponencia presentada en el Curso "Mujeres de Ciencia. Pasado y Presente", organizado por el Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada, los días 6, 7 y 8 de junio de 1994.

Quiero mostrar mi agradecimiento a Teresa del Valle por sus aportaciones y críticas al borrador de la misma.

² Mari Luz Esteban es médica especialista en Planificación Familiar y doctora en Antropología Social. Actualmente trabaja como profesora de Antropología Social en la Universidad de León y lleva a cabo sus investigaciones en el marco de la Antropología Feminista y Antropología de la Salud. Asimismo, forma parte de una organización feminista, la Asamblea de Mujeres de Bizkaia.

rruan egindako ekarpenak azalduko dira non, berauen alde baikorra eta zientziaren ikuspegi esentzialista eta mugatzaileari buruz sorturiko kritikaren garrantzia alde batetara utzita, feminismoak esentzialismo honekin apurtzeko erakutsi duen zailtasuna azalarazten den. Hirugarren atalean berriz, esentzialismo honen kritika zehatza egingo da. Ondoren, feminista profesionalen antolakuntza eta funtzioaren zenbait aspektu ikutuko dira eta konkretuki “Emakumeen Osasuna” berezitasunaren inguruan sortu den eztabaida aztertuko da. Azkenez eta ondorioen atalera pasatu baino lehen, feministen asistentzia politiken analisi laburra eta hausnarketa eta beraien oraingo egoeraz amaituko da.

El objetivo de este trabajo es ofrecer un análisis de la crítica feminista al Sistema Médico-Científico en su conjunto, y de las interrelaciones entre dicho sistema y el movimiento feminista. Se abordará la labor llevada a cabo por las feministas respecto a las Ciencias de la Salud en un sentido amplio (Gineco-Obstetricia, Psiquiatría, Biología, Salud Pública, Sociología...), pero también la dirigida a la red sanitaria y a la práctica asistencial.

El primer elemento a resaltar es que, así como en otros campos científicos, por ejemplo en el de las ciencias sociales, existen diversas publicaciones que abordan la aportación feminista en dicho campo de una forma global, analizando las diversas corrientes y las críticas intercambiadas entre unas y otras³, las ciencias de la salud en este sentido presentan una situación especial, puesto que la crítica feminista referida a ellas es muy amplia, y además está totalmente diversificada. Contamos con bastantes estudios sobre temas concretos. Así, por ejemplo, todos los análisis sobre las conceptualizaciones médicas (del Valle, 1991; Ehrenreich & English, 1984, 1990; Esteban, 1993a, 1993b, 1993c; Findlay, 1993; Martin, 1987, 1991; Oackley, 1977, 1984; Ortiz, 1993); las críticas al trabajo científico en algunas disciplinas: biología, neurociencias, sociobiología (Bleier, 1984, 1988; Lowe & Hubbard, 1979); la vivencia de las mujeres de su propia salud (Esteban, 1993a, 1993b; Fernández Ruiz, 1990; Martin, 1987); el discurso feminista sobre sexualidad y control de la natalidad (Gordon, 1980, 1984); el papel de las mujeres en las distintas profesiones sanitarias (Altekruse & McDermott, 1988; Jöel, 1988; Kronenfeld, 1988; Ortiz, 1988); la ideología de los especialistas (de Miguel, 1979; Scully & Bart, 1973); las nuevas tecnologías reproductivas (Delphy, 1992; Sawicki, 1991; Stone, 1991; Shore, 1992; Corea, 1985); el significado de las diferencias sexuales (Esteban, 1993c, 1994a; Gómez & Perdomo, 1993; Kessler, 1990; Lambert, 1987; Laqueur, 1992; Peyre & Wiels & Fonton, 1991); el papel de los centros de salud feministas (Worcester & Whatley, 1988); o el movimiento para la salud de las mujeres (Esteban, 1993b; Gendron & Beauregard, 1985; Nogueiras, 1990). Así como algunos libros que han sido referencia básica para todas nosotras, como los publicados desde el Colectivo de Mujeres de Boston (Colectivo). En otro sentido, algunas compilaciones y revisiones de libros ofrecen una buena panorámica de cuestiones más o menos concretas (Jackson & Prince & Young, 1993; Jacobus & Fox Keller & Shuttleworth, 1990).

Por otra parte, hay cada vez más publicaciones periódicas feministas que se ocupan específicamente del tema de la salud, dirigidas tanto a profesionales⁴ como al público en general⁵. 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, e incluso se reflexione acerca de la influencia del desarrollo de la medicina y de la evolución de la sociedad en general en el pensamiento y organización feministas.

Sin embargo, precisamente es en este campo donde se han dado las mejores circunstancias para la reflexión y la concienciación, como son: (1) La experiencia del cuerpo y de la salud ha sido una de las parcelas más importantes en la evolución de la teoría y la práctica feministas desde la aparición del movimiento en el siglo XIX, pero sobre todo en lo que se denomina "tercera ola de feminismo"⁶ (desde finales de los años sesenta y principios de los setenta hasta la actualidad)⁷. (2) 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 rápidamente reconocieron las primeras feministas. (3) El discurso médico-científico se proyecta, de una manera mucho más importante que cualquier otro de los discursos dominantes, en ámbitos muy diferentes de la vida social en general, y de la de las mujeres en particular: desde los medios de comunicación hasta la enseñanza, el mundo legal y jurídico, o la moda y los deportes, por citar algunos de ellos. Aunque probablemente sea esta misma proyección tan amplia la que está actuando en contra de una reflexión unificada.

Además, todo lo referido a las ciencias de la salud presenta también otras características específicas: la

³ Es el caso de, por ejemplo, la antropología, donde en los últimos años se han publicado diversos ensayos de este tipo. Véase Moore (1991).

⁴ Un ejemplo es la revista médica *Journal of Women's Health*, publicada en los EE.UU. No tenemos ninguna publicación similar en el Estado Español, aunque algunas revistas sanitarias, como *Salud 2000* (editada por las FADSP-Federación de Asociaciones en defensa de la Sanidad Pública), incluyen periódicamente artículos sobre la salud de las mujeres escritos por feministas.

⁵ La mayoría de estas últimas tienen mucho tiempo de existencia, algunas de ellas con tiradas muy importantes. Un ejemplo de estas publicaciones periódicas es la revista *Isis Internacional*. En general, casi todas las redes internacionales de mujeres en pro de la salud suelen contar con alguna publicación o boletín de aparición regular. (Véase Esteban, 1993b:422).

⁶ La primera corresponde al movimiento de las sufragistas en el siglo XIX, y la segunda a la época entre las dos guerras mundiales.

⁷ El aborto y la lucha por el control reproductivo, por ejemplo, han sido temas claves en esta fase del discurso y acción feministas. Linda Gordon apunta que a partir del surgimiento de las primeras organizaciones de sufragistas, la lucha por el control de la natalidad aparecerá siempre unida a la luchas feministas (1980).

proporción de científicas y académicas no es muy alta, aunque está aumentando de forma importante⁸, no sólo por la influencia del feminismo. Pero, el problema principal no es que la masa crítica interna sea todavía escasa, sino que además apenas está comenzando a organizarse, no existiendo por lo general espacios específicos de estudios de las mujeres⁹, aunque en este sentido las norteamericanas estén avanzado bastante, existiendo ya gran número de asociaciones y colectivos profesionales feministas, a los que nos referiremos en el apartado dedicado a las profesionales. Es probable, por tanto, que todavía sea pronto para comprobar los efectos del aumento tan importante de mujeres a todos los niveles del sistema médico-científico, así como de su incipiente organización.

Otro elemento específico es que, al contrario que en otros ámbitos, existe un terreno perfectamente definido, el asistencial, donde se ponen en práctica y se reflejan las distintas teorías. Ya desde la primera época, las feministas han prestado de continuo más atención a esta parcela que al resto, fijándose en aspectos como las relaciones profesionales/mujeres, y más que nada en la falta de servicios concretos y de información utilizable por las mujeres como usuarias.

Por otra parte, quiero llamar la atención sobre otra cuestión sobre la cual quizá no hemos reflexionado convenientemente en estos años: al menos en el Estado Español, pero yo diría que de una forma generalizada, ha habido a lo largo de las dos últimas décadas un abandono lento pero progresivo por parte de las feministas no profesionales de los temas relacionados con la salud. Este abandono tiene causas diversas, entre otras, la situación actual de impasse de los movimientos sociales y del feminismo en concreto.

Pero, es incuestionable que la mayoría del movimiento (al margen de grupos minoritarios que siguen trabajando, sobre todo, en el tema de nuevas tecnologías reproductivas y otro tipo de campañas concretas: sida, atención sanitaria...) está aquejado de cierto cansancio político respecto al tema de la salud, fenómeno que ha quedado mucho más evidenciado entre nosotras a partir de la legalización parcial del aborto en 1985. Es como si nos hubiéramos desgastado y esto ha redundado en una desmovilización y desmotivación generalizadas, que ha ido dejando la responsabilidad, por primera vez, en manos de las profesionales que, por otra parte, no viven momentos muy positivos con la situación de crisis económica afectando especialmente al sistema sanitario.

En relación directa con este desplazamiento en la responsabilidad, se han ido agudizando las desconexiones entre feministas organizadas, investigadoras y profesionales, un problema común a todos los campos de intervención feminista. Más que construir puentes y estrategias comunes entre los diferentes colectivos, se han ido quedando mucho más delimitados y aislados los espacios de cada cual. Para complejizar todavía más este panorama, han surgido multitud de grupos de mujeres situados al margen del movimiento, interesándose y ocupándose cada vez más en una mayor variedad de temas (aunque en concreto los relacionados con la salud han sido y son una de sus prioridades), coordinando su trabajo posteriormente o no con los colectivos feministas (Worcester & Whatley, 1988:117).

Otro elemento importante es que muchas de las críticas y análisis feministas no se han generado desde las mismas ciencias de la salud, sino desde ámbitos muy diversos y más o menos lejanos a las mismas, sobre todo desde las ciencias sociales: sociología, historia, antropología, psicología social... al contrario que, por ejemplo, en las mismas ciencias sociales, donde las principales protagonistas han sido sus representantes. Todo lo cual dificulta un abordaje global del tema.

Por otra parte, en conjunto y a pesar del número tan importante de personas implicadas, los resultados del trabajo feminista respecto al sistema médico-científico no han sido ni mucho menos los esperados y deseados, teniendo en cuenta además el aumento tan espectacular de mujeres en las diferentes especialidades médico-sanitarias (Elston, M.A., 1993)¹⁰. Estos

⁸ Según datos de EE.UU, entre 1950 y 1970 el porcentaje de mujeres ascendió muy lentamente, incluso en profesiones clásicamente femeninas. Desde 1960, y sobre todo en los 80, se notó un aumento importante, sobre todo en Derecho y Medicina. Sin embargo, la desventaja de las mujeres respecto a los hombres se presenta en los puestos directivos, entre otras cosas, porque estos trabajos suelen corresponder a médicos, habiendo mucha menor proporción de mujeres médicas que de hombres (Kronenfeld, 1988:45-61). De todas formas, el aumento de mujeres se comprueba en todas las especialidades, salvo en cirugía cardiovascular (Altekruse & McDermott, 1988:72).

Si nos fijamos en los datos de la Universidad del País Vasco/UPV-EHU se ve que, al igual que en EE.UU, el cambio en la composición del profesorado es mucho más lento que la del alumnado. Así, por ejemplo, en el curso 89-90, el % de alumnas de Medicina era del 58% (el total de alumnas de la UPV-EHU es de un 48%), y el de Enfermería, 89%. Entre el profesorado, sin embargo, la presencia femenina general era mucho menor (31%), siendo 26% en Medicina y 65% en Enfermería (Urkaregi, 1993).

⁹ En esto el caso de la Universidad de Granada sería una excepción, puesto que existe un grupo destacado de mujeres trabajando en temas relacionados con la medicina dentro del Seminario de Estudios de la Mujer de dicha universidad.

¹⁰ En este sentido, Elston sugiere que es probable que la influencia de esta entrada masiva no sea tanto en cuanto a contenidos científicos en sí, que estarían más sujetos a la dinámica científica general, sino en cuanto al uso político de los mismos, que al final está totalmente interconectado con el nivel de los descubrimientos.

cambios han sido básicamente cuantitativos, pero ni la práctica asistencial, ni las metodologías seguidas, ni las teorías científicas han sufrido modificaciones radicalmente significativas. Es más, algunas autoras llaman la atención sobre el hecho de que los resultados aparentes son mucho más optimistas que los reales y que, sobre todo en sectores como la asistencia sanitaria, más que transformaciones reales se ha hecho una política de marketing y/o puramente "cosmética" de cara a las mujeres, con un doble fin de interés comercial y de cooptar/absorber el movimiento de mujeres por la salud (Worcester & Whatley, 1988)¹¹.

Este fracaso es para algunas producto de la poca presencia de mujeres en puestos de responsabilidad administrativa, académica y científico-sanitaria. En otro nivel, se señalan también como causa importante las diferentes formas de resistencia que la sociedad en su conjunto, y más específicamente el "establishment" médico han puesto en marcha, tanto frente al feminismo como a la profesionalización de las mujeres en éste y otros sectores científicos (Rosser, 1988). Resistencias que van, desde lo ya comentado de las dificultades de cara a un mayor acceso a los puestos de responsabilidad (además de que las mujeres trabajan en condiciones laborales peores que los hombres), hasta una clara y contundente reacción social y política frente al feminismo en su conjunto¹², pasando por unas políticas de metabolización y distorsión de la mayoría de los mensajes feministas (Rosser, 1988).

De todas formas, como explicaré más adelante, en mi opinión los resultados negativos, además de depender de las razones anteriormente apuntadas, están también en relación directa con nuestros propios planteamientos feministas y la falta de crítica y revisión de los mismos. Esquemas de pensamiento que en lo fundamental no se diferencian prácticamente en nada de los paradigmas científicos dominantes sobre la salud y el cuerpo de las mujeres, y que sólo muy recientemente han comenzado a ser cuestionados por sectores minoritarios de feministas.

Hecha esta introducción, presentaré brevemente los contenidos de la exposición que voy a hacer. A continuación, pasaré a mostrar las aportaciones que desde el feminismo se han hecho en este campo. Mi reflexión general es que, al margen de lo positivo de

muchas de las aportaciones realizadas y de las críticas al esencialismo y reduccionismo de la ciencia a la hora de interpretar nuestra realidad, una constante del trabajo feminista es que no hemos conseguido romper este esencialismo. De esta crítica a la visión esencialista desde el feminismo me ocuparé en el tercer apartado. En cuarto lugar, comentaré algunas aspectos relativos al papel y organización de las profesionales feministas, refiriéndome en concreto al debate sobre la especialización en "salud de las mujeres". Por último, se incluye un breve análisis de las políticas asistenciales desde las feministas y su situación actual.

APORTACIONES DESDE EL FEMINISMO

A la hora de analizar la actividad feminista en el campo científico no suele tenerse en cuenta un aspecto básico del trabajo feminista, como es todo lo llevado a cabo por las mujeres militantes en el marco de múltiples y diversas campañas de denuncia y protesta y otro tipo de prácticas políticas; o por lo menos, este terreno se considera como algo situado al margen del trabajo científico. Sin embargo, en mi opinión sería preciso que en nuestros análisis se consideraran conjuntamente todas las experiencias, no sólo porque los resultados y actividades suelen estar más interrelacionados en la realidad que en nuestra vivencia de los mismos, sino porque es crucial reconocer e incorporar todo el saber generado desde fuera del ámbito científico en un sentido estricto. Es por ello que en este apartado voy a intentar recoger y sistematizar las aportaciones de las feministas (militantes organizadas¹³, académicas y profesionales) al sistema médico-científico.

La crítica feminista comienza a producirse de una manera significativa a finales de los años 60 y principios de los 70, con el surgimiento de la tercera ola de movimiento feminista. No se puede decir, sin embargo, que la comunidad científica no se hubiera hecho eco anteriormente de los debates sociales relacionados con las mujeres y de los resultados divulgados desde algunos ámbitos científicos, por ejemplo, las investigaciones llevadas a cabo por los científicos de la sexualidad¹⁴. También las mujeres profesionales se

Por otra parte, no se puede hacer un análisis del papel de las médicas sin tener en cuenta que la profesión misma está cambiando, en algunos sentidos radicalmente (proletarización, importancia de los gestores, médicos o no...), y que todos, hombres y mujeres, están bajo presión para cambiar su trabajo y sus carreras cerca ya del siglo XX (Elston, 1993).

¹¹ Sobre todo en lugares como EE.UU donde la red asistencial es básicamente privada, estando por detrás los seguros médicos, que intentan conseguir clientela de la manera que sea.

¹² Véase el análisis de Susan Faludi para los EE.UU. (1993).

¹³ Todas las feministas han participado en tareas relacionadas con la salud, pero sobre todo aquellas organizadas en el llamado "Movimiento en pro de la salud de las mujeres", que cuenta con redes y asociaciones en muchísimos lugares del mundo (véase Esteban, 1993b:422).

¹⁴ Un análisis de los debates médicos de principios de siglo en el Estado Español lo tenemos en Ortiz (1993). Por otra parte, Scully & Bart nos ofrecen una revisión de la evolución del pensamiento de los ginecólogos al compás de los descubrimientos sobre fisiología sexual humana y sexualidad femenina (1973).

habían venido ocupando desde el siglo XIX de los problemas específicos de las mujeres¹⁵.

Pero, al igual que en el resto de disciplinas, los últimos veinte años han sido totalmente significativos en cuanto a la calidad y cantidad del trabajo realizado, debido a la movilización de las mujeres, su entrada masiva en las diferentes ciencias y la gran permeabilización social de los mensajes feministas. Y esto ha contribuido de una manera particular a la reacción del sistema médico-científico y de la sociedad en su conjunto. En esta exposición voy a centrarme sobre todo en estas dos últimas décadas.

En la actuación de las feministas se pueden diferenciar los siguientes ejes y/o dimensiones de actuación, que a su vez están directamente interrelacionados:

- 1.- El análisis y desenmascaramiento del sistema médico-científico como uno de los principales pilares sociales a la hora de generar y mantener la subordinación de las mujeres en esta sociedad.
- 2.- Todo lo concerniente a las denuncias llevadas a cabo desde las feministas, donde podrían distinguirse los siguientes niveles: crítica y denuncia del androcentrismo científico; de las actuaciones médico-sanitarias; de las discriminaciones por raza, clase y otros factores, como la edad, la opción sexual y la religión; por último, las denuncias de actuaciones internacionales, como las políticas de población.
- 3.- El trabajo realizado en torno a la salud reproductiva y sexual: más en concreto, todo lo relativo a lo que podemos denominar Viejas Tecnologías Reproductivas¹⁶ (anticoncepción) y derecho al aborto, en una primera fase, y Nuevas Tecnologías Reproductivas, en una segunda fase, más en la época actual.
- 4.- La búsqueda de la delimitación de un campo de estudios específico: el área de salud de las mujeres.
- 5.- Un quinto gran bloque de actuación, que ha surgido en los últimos cinco-seis años, donde podemos incluir tanto críticas a análisis y trabajos anteriores de las mismas feministas, como enfoques y análisis más globales o alternativos.

Siguiendo el orden apuntado, vemos que una de las primeras y más importantes tareas llevadas a cabo por el conjunto de las feministas fue la de identificar y mostrar el papel tan importante del sistema médico-científico respecto a la discriminación social de las mujeres en esta sociedad. Así, se ha ido analizando el surgimiento del sistema médico tal y como lo cono-

cemos en la actualidad, y se han subrayado los significados socio-culturales de las definiciones y teorizaciones médicas sobre las mujeres, prestando especial atención, siempre desde una perspectiva histórica, a las conexiones de dichas definiciones con las teorías socio-políticas imperantes en cada momento (Ehrenreich & English, 1990; Martin, 1987; Oackley, 1977; Stolcke, 1992)¹⁷. Es decir, se han ido relacionando los discursos dominantes con los procesos político-sociales de cada momento. Este aspecto ha sido clave por su trascendencia, puesto que ha permeado muchos de los estudios, así como las distintas elaboraciones de los colectivos feministas, tanto en el terreno de la salud como en general.

En un segundo lugar, las feministas hemos llevado a cabo una importante labor de denuncia, en los cuatro niveles arriba apuntados: (a) el primero, llevado a cabo preferentemente desde las científicas, ha sido la crítica de los diferentes niveles de androcentrismo científico, donde podemos señalar: la exclusión de las mujeres de los niveles de decisión y de elaboración teórica, la definición, selección y priorización de los problemas a estudiar, el diseño y la interpretación de los experimentos (por ejemplo: selección de las muestras y objetos de experimentación¹⁸), y la formulación de las hipótesis y metodologías utilizadas (Rosser, 1988:6). De todas formas, estas críticas han caído la mayor parte de las veces en saco roto, no modificándose prácticamente en nada las investigaciones futuras. Por ejemplo, en lo que concierne a una enfermedad nueva como el sida, el comportamiento científico ha sido básicamente el mismo y han seguido imperando criterios igualmente androcéntricos en cuanto a hipótesis de trabajo y condiciones de experimentación, como muestra la socióloga Monique Plaza (1992).

(b) Otro aspecto de denuncia, ya a nivel más general, ha ido dirigido a las malas actuaciones, tratamientos y abusos médicos sobre las mujeres: desde tratamientos concretos, sobre todo hormonales, como el caso del DES (Dietilestilbestrol) (Halas, 1988:11), hasta cuestiones de carácter más amplio, como el hecho de que se dispensen fármacos, por ejemplo tranquilizantes, en mayor proporción a mujeres que a hombres (Halas, 1988:11; Rodríguez & de Miguel, 1990:41); o bien la falta de consideración de problemas como la dismenorrea o las irregularidades menstruales; o por el contrario, la hipervaloración de aspectos de la salud como el síndrome premenstrual (Eagan, 1988; Worcester & Whatley, 1988:22).

¹⁵ Véanse Douglas Wood (1984); y Joël (1988).

¹⁶ Utilizando el término empleado por Jackson, Prince y Young en Jackson, 1993:361-399.

¹⁷ Algunas de estas definiciones serán vistas en el apartado siguiente.

¹⁸ En este sentido, una parte de las críticas ha ido dirigida a que, por ejemplo, los objetos de experimentación hayan sido principalmente animales machos y hombres voluntarios (Rosser, 1988).

(c) En tercer lugar, se puede apreciar que en los últimos años, las feministas han ido haciendo más diversas, refinadas y selectivas sus críticas, en la medida también en que se han agudizado algunos conflictos sociales y que han ido tomando protagonismo grupos sociales minoritarios y/o discriminados, por ejemplo grupos étnicos anteriormente silenciados (lo cual ha provocado cuestionamientos también dentro de las filas feministas)¹⁹. En ésta, al igual que en otras especialidades de estudios de las mujeres y de la actividad feminista en general, se observa una mayor sensibilización por las discriminaciones generadas desde las interrelaciones entre las variables género, clase y raza (Lorde, 1988). Otro ámbito importante relacionado con el anterior ha sido también el relativo a otros factores sociales, como: la edad, la opción sexual, la religión y la cultura (Lorde, 1988; Worcester, 1988; Worcester & Whatley, 1988).

(d) Destacan, por último, las denuncias de las políticas internacionales de los países más poderosos, por ejemplo, las políticas demográficas, donde se están consolidando las intervenciones pronatalistas en los países del Norte, mientras que en el Sur se vienen aplicando actuaciones totalmente antinatalistas (esterilizaciones masivas y actuaciones sobre hombres y mujeres que han ido totalmente en contra de los derechos humanos más fundamentales) (Stolcke, 1984, 1992), tema de máxima actualidad a raíz de la celebración de la Conferencia Internacional de Población en El Cairo en septiembre de 1994. De todas formas, aunque todas las feministas hayan coincidido en dichas denuncias contra las políticas demográficas, las reflexiones de unas y otras no siempre han sido equiparables a la hora de explicar las consecuencias de las mismas sobre las mujeres²⁰.

En otro orden de cosas, no podemos olvidar que puntos de partida básicos y fundamentales de la teoría y crítica feministas en estas dos décadas han sido la insistencia en la necesidad del control del cuerpo

por parte de las mujeres y su derecho a decidir sobre todos los procesos relacionados con el mismo²¹, además de la insistencia en la separación entre reproducción y sexualidad, y la búsqueda de la legitimación y autodeterminación de las prácticas sexuales por parte de las mujeres²². En esta línea, todo lo relacionado con las viejas tecnologías reproductivas (técnicas anticonceptivas) y el derecho al aborto, y la puesta en marcha de centros sanitarios específicos llevados y controlados por las mujeres, ha aglutinado uno de los mayores y más significativos esfuerzos del movimiento para la salud de las mujeres desde finales de los sesenta.

En una segunda fase, enmarcada principalmente en los años 80 y principios de los 90, el trabajo se ha centrado más en las nuevas tecnologías reproductivas-NTR²³. En este segundo caso se han dado algunas particularidades interesantes, motivadas por las características del tema en sí mismo, así como por las transformaciones sociales ocurridas. Las feministas se han centrado mayoritariamente en la denuncia de las NTR por lo que conllevan de perjuicio y opresión para las mujeres, relacionado con: el bajo éxito de las mismas, falta de información de los implicados, tipo de técnicas utilizadas, consecuencias físicas y psicológicas para las mujeres, pérdida de control del proceso en sí mismo y dependencia del sistema sanitario (Corea, 1985; Stolcke, 1984; Varela, 1990).

Podríamos decir que las primeras críticas fueron fundamentalmente prohibicionistas o por lo menos defensoras de una moratoria, sobre todo de los aspectos más conflictivos, como la fecundación in vitro, la maternidad de alquiler, etc. Sin embargo, en los últimos años están surgiendo nuevos enfoques por parte de las feministas: investigaciones centradas en la experiencia de las mujeres usuarias de las nuevas tecnologías (Evans, 1985) y análisis críticos con las revisiones anteriores, realizados desde orientaciones más globales, por ejemplo en la línea de los análisis foucaultianos de Jenifer Stone (1991) y Jana Sawicki (1991).

Mi reflexión es que en este campo se han dado algunos problemas y limitaciones específicas por

¹⁹ En algunos países, como EE.UU., las mujeres negras o de otras comunidades marginadas han comenzado a reivindicar sus derechos específicos y a realizar sus propias lecturas de los distintos problemas, de forma que no hay publicación feminista que se precie que no tenga en cuenta estas otras formas de discriminación.

²⁰ En este sentido, la economista Lurdes Benería no duda en afirmar que aunque la intencionalidad y filosofía de estas políticas haya sido muy negativa, no puede concluirse que todas las mujeres del Sur afectadas no se hayan visto beneficiadas del control de la natalidad, y que la mayoría de las mujeres quiere reducir, o por lo menos controlar, su descendencia (1993). Para profundizar en las posiciones feministas respecto a estas cuestiones, pueden consultarse los materiales del Taller de Demografía de las últimas Jornadas Feministas Estatales celebradas en Madrid en diciembre de 1993. Véanse también Mendieta (1994) y Hernández (1994).

²¹ Cuestiones que además están cada vez más al día dentro del ámbito sanitario, sobre todo a raíz del desarrollo tan importante de la tecnología médico-científica y de la consolidación de especialidades como la Bioética.

²² Con todo el trabajo realizado en torno al desenmascaramiento y denuncia de la violencia sexual sobre las mujeres (Consúltese Osborne, 1991). Para profundizar en la importancia de la noción de peligro en la sexualidad femenina, véase Vance (1989).

²³ Me voy a referir no sólo a las tecnologías reproductivas en sí mismas: inseminación, fecundación "in vitro", etc. sino también a todo tipo de tecnologías puestas al servicio del control del embarazo y parto, como es el caso del diagnóstico prenatal en sentido amplio y la asistencia al parto.

parte de las feministas y que, si bien en cuanto a las viejas tecnologías reproductivas supimos compatibilizar las ventajas y los inconvenientes que conllevaban las diferentes técnicas, y compaginar la crítica con el beneficio de la difusión de las mismas, esto no ha sido posible en el caso de las NTR. Es verdad que no son demasiado comparables los beneficios directos de la legalización del aborto o de la difusión de los métodos anticonceptivos, con los supuestamente deducibles de las NTR. Por otra parte, los centros donde se ha trabajado en relación a la contracepción y el aborto (por ejemplo los centros de planificación familiar), en muchos casos han estado controlados y/o llevados por nosotras, no siendo así en cuanto a las NTR.

De todas formas, en relación a éstas la actividad la hemos centrado excesivamente en las connotaciones de represión para las mujeres que conllevan dichas tecnologías, perdiendo de vista totalmente los intereses de las mujeres afectadas y sus vivencias, así como las necesidades de difusión de cierta información "neutra" básica²⁴. Además, no hemos valorado y sabido integrar en nuestras discusiones que la tecnologización del embarazo y parto, tiene una doble dimensión: hay una parte importante de riesgo de yatrogenia, medicalización y control social sobre las mujeres, pero otra no menos trascendente de aumento del control y de la decisión sobre nuestro propio cuerpo y sobre el proceso de procreación en conjunto. Además, de que las NTR han permitido nuevas formas de procreación, desde la maternidad en mujeres lesbianas hasta el alquiler de úteros, que plantean problemas y cuestiones todavía no suficientemente abordados por las feministas.

Tan importante como lo anterior es que nos hemos fijado muy poco en la comprensión e incluso en el aprovechamiento de las transformaciones de conceptos sociales básicos como paternidad, maternidad, esterilidad²⁵, parentesco, familia, que han ido paralelas a la implantación de estas tecnologías²⁶. Shore llama la atención sobre la importancia de los cambios en la responsabilización sobre el control de la natalidad, que ha pasado a ser una esfera adjudicada a la clase médica. Otro aspecto interesante que analiza es el de las transformaciones en los ámbitos jurídico y

legal en un intento de adaptarse a los nuevos descubrimientos, poniendo mucho esmero en la conservación de valores sociales fundamentales, como el de la paternidad o el de la heterosexualidad (1992)²⁷.

En mi opinión, algunas de las dificultades que las feministas como colectivo hemos tenido con el tema de las NTR se derivan de nuestra visión esencialista y unívoca del ser mujer, así como de la dificultad para adaptar nuestros análisis a los cambios sociales y políticos. Pero además, hay otro hecho: al mismo tiempo que somos muy críticas con el ámbito científico, impera en nuestras cabezas una lógica de funcionamiento, una tendencia a sacralizar el trabajo de los científicos, que dota al ámbito científico de connotaciones casi divinas, y que nos impide ir hasta el final en nuestras posturas.

Pasando a otras parcelas, una línea de trabajo importante ha sido también la identificación y la investigación de los temas que se suponían específicos de las mujeres, marcándose claramente la diferencia entre salud femenina y resto. Hacía tiempo que los científicos se venían ocupando de definir lo específicamente femenino, fijándose fundamentalmente en aquellos aspectos de la salud que tenían que ver con componentes específicamente femeninos: los relacionados con el cromosoma X, el sistema reproductivo femenino, algunas respuestas fisiológicas (incluido el metabolismo) y algunas respuestas psicosociales; al tiempo que habían descuidado síntomas y problemas importantes para las mujeres, como la dismenorrea, las irregularidades menstruales y algunas formas de depresión, por citar algunos (Altekruse & McDermott, 1988:83). Hoy día, tanto la investigación como la práctica clínica son mucho más amplias, y a esto han contribuido fundamentalmente las investigadoras feministas, incorporando cuestiones adicionales y diferentes y haciendo observaciones desde una perspectiva feminista. Así desde hace tiempo, un número importante de mujeres, sobre todo investigadoras y profesionales, también en el Estado Español, están fijando su atención y revisando todas estas cuestiones, desde distintas especialidades: endocrinología, ginecología, medicina interna, cardiología, inmunología, salud mental...

En los últimos años, estamos asistiendo a una labor importante de redefinición del mismo campo de la "salud de las mujeres", incorporando patologías no consideradas previamente como específicamente femeninas o no tenidas en cuenta en toda su importancia, como es el caso del sida o de la patología cardiovascular. De forma que en la actualidad para la mayoría de las feministas están bien delimitados tanto las especialidades como las perspectivas de tra-

²⁴ Mientras tanto, las mujeres y parejas afectadas se han organizado en asociaciones para defender sus derechos. En el Estado Español existen organizaciones de este tipo en diversos lugares, como Madrid y Valencia (Esteban, 1993d).

²⁵ Jenifer Stone apunta, por ejemplo, cómo a medida que se ha ido problematizando cada vez más el fenómeno de la esterilidad en nuestra sociedad se han ido normalizando los tratamientos, independientemente de sus beneficios concretos (1991).

²⁶ En este sentido, es muy interesante el análisis que hace Cris Shore, donde incluye una revisión de las aportaciones de las antropólogas en este campo (1992).

²⁷ Para el caso del Estado Español, véase Varela, 1990.

bajo y los temas a los que se presta la principal atención. En cuanto a especialidades, se concede la máxima importancia a las siguientes: salud reproductiva, salud mental, patología cardiovascular y endocrinología. Temas priorizados para su estudio en las mujeres son: la nutrición/alimentación, el stress, la influencia del medio ambiente, el cáncer, el sida, el efecto del desempleo, el racismo, el tabaco y el alcohol²⁸, la discriminación sexual y la violencia sobre las mujeres (Worcester, 1988; Worcester & Whatley, 1988).

En este sentido, es necesario hacer alusión a un debate que está teniendo un eco importante en los EEUU y que todavía no ha llegado al Estado Español, pero que es de esperar llegue en los próximos años: el de una posible especialización en "Salud de las Mujeres", a nivel asistencial, académico e investigador, debate al que nos referiremos en el apartado correspondiente a las profesionales mujeres.

De cualquier forma, para terminar, tenemos que señalar también algunas perspectivas de trabajo muy innovadoras e interesantes, por ejemplo toda una corriente que inscribe su estudio en un análisis más global del control del cuerpo femenino y de las mujeres por parte del estamento médico-científico²⁹. Es de destacar, por ejemplo, todo lo realizado en torno a los llamados "desórdenes de la alimentación", donde algunas profesionales están abandonando líneas más clásicas y patologizadoras de entender problemas como la bulimia, la anorexia y la obesidad, y aportando análisis más socio-sanitarios 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 (Bordo, 1990; Orbach, 1987)³⁰.

De todas formas, si consideramos que la intervención feminista en las ciencias se ha ido desarrollando por lo general en dos fases, la primera más de crítica y revisión del trabajo previo, y la segunda ya de transformación epistemológica, todo lo dicho hasta el momento respecto al sistema médico-científico quedaría básicamente incluido en la primera fase.

En los últimos años, estamos asistiendo a algunos intentos de transformación de las lecturas y teorías

científicas. Así, se han ido definiendo campos de actuación y reflexión alternativos, como son la definición de la Gyn/Ecología (un intento de conceptualizar la salud de las mujeres desde el ecofeminismo); o los intentos de aplicación de los conceptos de diferencia/diversidad al campo sanitario (McBride & McBride, 1993). Sin embargo, mi impresión es que estas tendencias se están quedando en meros intentos y que la verdadera transformación está todavía por hacer.

En definitiva, podríamos decir que con todas sus aportaciones, el feminismo ha pretendido poner en evidencia el esencialismo y el naturalismo intrínsecos a la mayoría de las teorías y prácticas médico-científicas. Pero tenemos que ser conscientes de que en general no se han resuelto dichos esencialismos y encontrado alternativas reales a los mismos, como veremos más adelante, ya que en muchas ocasiones se han simultaneado críticas muy contundentes a los planteamientos deterministas y discriminadores para las mujeres con argumentos y explicaciones igualmente biologizadoras.

VISION CRÍTICA DEL ESENCIALISMO FEMINISTA

El objetivo de este apartado es hacer un repaso crítico de las principales conceptualizaciones científico-médicas y sociales sobre las mujeres, su cuerpo y su salud, mostrando las diferencias, pero también las semejanzas con el discurso feminista. Es evidente que el sistema médico-científico 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. Sin embargo, como apuntaba anteriormente, mi reflexión es que, al contrario que en otros ámbitos donde el quehacer feminista ha provocado una mayor transformación de teorías y metodologías, en lo que concierne a las ciencias de la salud existen muchos puntos de encuentro entre los conceptos dominantes y los generados desde las feministas, muchos más de los que nos aparecerían después de un análisis superficial del tema.

No se trataría con esta parte de la exposición de echar por tierra todo lo realizado hasta el momento (es por esto que he comenzado con las aportaciones y lo innovador del discurso feminista). Más bien se trataría de entender mejor lo que ha sucedido (desde las críticas hasta el fracaso en los resultados) y de identificar nuestra parte de responsabilidad en que las cosas no hayan sucedido de otra manera, puesto que pienso que todavía es tiempo de reconsiderar algunas cuestiones y de enfrentar los obstáculos que nos están impidiendo avanzar hacia una segunda fase de remo-

²⁸ Se puede comprobar, por ejemplo, que la mayoría de los estudios sobre alcohol y drogas han ignorado a las mujeres y sus comportamientos particulares (McBride & McBride, 1993:43-44).

²⁹ Véase, por ejemplo, la compilación de artículos recogidos en el libro *Body Politics* (Jacobus & Fox Keller & Shuttleworth, 1990).

³⁰ El mismo concepto de "desórdenes de la alimentación", siempre referido preferentemente al colectivo femenino, está actualmente puesto en entredicho, puesto que se ha demostrado que la forma de alimentarse no varía tanto de hombres a mujeres (Worcester, 1988:259).

delación epistemológica de los estudios feministas, y hacia un replanteamiento y reorientación del trabajo feminista a nivel general. No creo posible avanzar sin resolver algunas de las contradicciones que a continuación enunciaré.

Un nivel del fracaso en los resultados que me preocupa especialmente tiene que ver directamente con nuestra falta de consideración de los cambios experimentados en la sociedad y en la vida de las mujeres que han supuesto una modificación muy importante del contexto científico, social y sanitario. Como apuntaba un alto cargo de la O.M.S., en unas declaraciones referidas al futuro del sistema sanitario, perfectamente adecuadas también al caso de las mujeres: "Los sistemas de ideas pueden ser certeros en el contexto que se crearon, pero cuando lo que se transforma no es nuestra visión del mundo, sino el mundo en sí, estamos obligados a expresarnos y actuar de modo diferente y eliminar las teorías caducas" (citado en Esteban, 1992:28).

Algunos "principios básicos" sobre las mujeres y su salud, aceptados explícita o implícitamente por todos/as los/as que se ocupan de la salud de las mujeres, incluidas las feministas, están entrando en clara y directa contradicción con los procesos actuales y realidades de cambio para las mujeres³¹, así como con ciertos replanteamientos de la teoría feminista de los últimos años que no se han incorporado a este campo. Por ello me parece imprescindible que, como primer paso, conozcamos y tomemos conciencia de la importancia de nuestros esquemas de pensamiento, que los hagamos despertar³² y los desnaturalizemos, para luego poder llegar a ciertos consensos que nos permitan construir un modelo/s de investigación y

acción más adecuado/s a la realidad actual de las mujeres³³.

¿Cuáles serían los rasgos comunes de las concepciones sobre el cuerpo femenino, su biología y fisiología? Básicamente algo a lo que ya he aludido en el apartado anterior: la visión totalmente diferenciadora de los hombres y de las mujeres, que en los últimos dos siglos se ha ido concretando y apoyando en un esquema totalmente dualista del sexo: sexo femenino, por un lado, sexo masculino, por otro. También una visión totalmente fertilista o reproductivista de nuestra salud y nuestro cuerpo. En último lugar, una uniformización de las mujeres en todos los análisis y actuaciones, no habiéndose incorporado prácticamente los replanteamientos feministas de los últimos años en torno a la diversidad de experiencias e intereses entre las mismas mujeres. En definitiva, las lecturas realizadas por las feministas han seguido caracterizándose por unas dosis muy importantes de biologicismo, reproductivismo, negativismo y uniformismo³⁴.

Haciendo un resumen de las teorías médico-científicas sobre la salud y el cuerpo de las mujeres, podemos ver cómo a lo largo de la Historia de la civilización occidental ha habido ciertas constantes. Una de ellas ha sido el énfasis en la diferenciación del cuerpo masculino y el femenino (Esteban, 1993c). El cuerpo femenino se ha definido siempre como lo diferente, lo especial, al tiempo que ha habido una progresión en su problematización y en su conversión en un objeto priorizado de investigación. Esta insistencia en el control de los procesos orgánicos femeninos se ha constituido en una forma indirecta pero muy eficaz de controlar socialmente a las mujeres (Jacobus & Fox Keller & Shuttleworth, 1990: Introducción).

Mientras tanto, el cuerpo masculino ha sido investigado sobre todo en relación a actividades concretas, como la práctica deportiva, pero es el modelo de lo humano por excelencia, aunque en la mayoría de las ocasiones no quede explicitado de esta manera. Distintas teorías han ido explicando las diferencias corporales entre hombres y mujeres, en las cuales, la mujer ha sido definida siempre en un nivel más bajo de humanidad, más cercana a lo animal. El análisis de la evolución de las metáforas dominantes respecto al cuerpo a lo largo de la historia nos permite ver que,

³¹ Entre los principales cambios ocurridos en la sociedad occidental que afectan directa o indirectamente a las mujeres podríamos señalar: los relacionados con el acceso al trabajo asalariado y a la educación, las modificaciones legales, así como todo lo relacionado con el desarrollo médico-tecnológico, donde destaca la implantación de la anticoncepción, pero también todo lo relativo a nuevas tecnologías y cambios en la conceptualización y problematización de temas como la esterilidad, la familia, la maternidad y paternidad, etc. Un aspecto determinante, por ejemplo, es que la maternidad ha dejado de ser el único instrumento utilizado para evaluar la función social e individual de las mujeres (Arregi, 1987; Elzo, 1990).

No estoy hablando, ni mucho menos, de una equiparación social entre hombres y mujeres: los hombres siguen ocupándose fundamentalmente de tareas que comportan mayor prestigio y poder público, mientras que las mujeres asumen, sobre todo, funciones relacionadas con el mantenimiento del entorno doméstico: cuidado de los hijos y personas de alrededor. Pero sí de una modificación de las argumentaciones y contextos más generales. A pesar de ello, las feministas seguimos actuando en general como si los procesos sociales fueran estáticos, inmodificables y ahistóricos, como si todavía estuviéramos en "los setenta".

³² Tomo la expresión de la antropóloga Emily Martin (1991).

³³ Para este consenso es imprescindible ir discutiendo también sobre el "mundo utópico" que queremos construir, y el papel que en el mismo ocuparían hombres y mujeres. Sobre este aspecto, que me parece fundamental puesto que nos ayudaría a trazar el camino a seguir, es posible que el acuerdo no sea tan fácil, sobre todo teniendo en cuenta los distintos feminismos y diferencias de intereses existentes entre nosotras (Esteban, 1994b).

³⁴ Como se verá más adelante, algunos de estos aspectos ya están siendo seriamente criticados por algunas/os autoras/es.

mientras en los tiempos antiguos el cuerpo era visto como un sistema de interacciones dinámicas con el entorno³⁵, a partir de la segunda mitad del siglo XIX surgen nuevas conceptualizaciones y metáforas³⁶, apreciándose siempre una coherencia entre las teorías científicas y los argumentos socio-políticos discriminadores para las mujeres (Stolcke, 1991).

En el siglo XX, la metáfora predominante es la de la máquina: una máquina totalmente jerarquizada y donde el cerebro se define como el órgano principal. Pero esta metáfora es aplicada de diferente forma a hombres y mujeres, puesto que, como señala la antropóloga Emily Martin, el cuerpo femenino es considerado como un sistema que fracasa siempre que no se consiga el objetivo último, que es la procreación (1987).

Además, podemos comprobar otra constante en la lectura del cuerpo femenino, como es la negatividad inherente a la misma, negatividad que se refleja asimismo en la vivencia que las mujeres tienen de su cuerpo y de sus procesos específicos (Esteban, 1993b). Uno de los procesos fisiológicos donde mejor se demuestra la influencia de esta negatividad es el relativo a la producción de óvulos y espermatozoides, donde en las explicaciones científicas se comprueba una diferencia abismal entre la positividad con que es abordada la espermatogénesis en comparación con la negatividad que rodea a la ovulación y al ciclo menstrual en conjunto, que se deja traslucir, por ejemplo, en los términos utilizados (Martin, 1987, 1991).

Es verdad que los discursos dominantes han ido modificándose con el tiempo, pero siempre se ha conservado este énfasis en la diferenciación entre ambos sexos. La característica principal de la evolución de los discursos ha sido que, de una jerarquización del cuerpo de la mujer respecto al del hombre, se ha pasado en el presente siglo a una diferenciación radical de los mismos, que sigue enmárcandose en una estrategia de subordinación de las mujeres³⁷. De cualquier

forma, existe una polarización extrema entre hombres y mujeres. El sexo de las personas es tomado en la actualidad como el rasgo básico diferenciador de las mismas, de forma que los modelos científicos absolutamente imbuidos de esta ideología nos van proporcionando unos resultados totalmente polarizados para unos y otras.

Diversas/os autoras/es se han venido mostrando interesadas por la dualización sexual del género humano y sus consecuencias (ver Stolcke 1991), pero quizá es el trabajo del historiador Thomas Laqueur el más importante en este sentido. Laqueur muestra en su libro (**La construcción del sexo 1994**) cómo aunque a lo largo de la Historia siempre se habían marcado diferencias entre hombres y mujeres, éstas se explicaban en un contexto de gradualización de dichas diferencias, pero que el concepto de sexo tal y como lo entendemos en la actualidad es una construcción social que surge a partir del siglo XVIII y cuya sistematización se inscribe en todo el proceso de revolución social y científica que supuso la Ilustración (1991)³⁹.

La bicategorización hombre/mujer se considera intocable incluso aunque haya sido imposible hasta la actualidad encontrar el factor de diferenciación sexual (Peyre & Wiels & Fonton, 1991). Peyre & Wiels & Fonton llaman también la atención sobre el hecho de que los científicos se han preocupado por el llamado proceso de masculinización del embrión y feto humano y poco o nada sobre el proceso de feminización⁴⁰.

En definitiva, que aunque está bien patente la desproporción entre la información científica y la importancia social asignada a la variable sexo, esto funciona para nosotros como una "verdad" científica incuestionable⁴¹. No tengo muy claro qué alternativa se puede proponer en contraposición a esto, pero en todo caso es necesario evidenciar las lagunas científicas respecto al tema, así como las raíces socio-culturales de las definiciones científicas. Probablemente un concepto de sexo menos dicotomizado, una idea de sexo como continuum, nos permitiría no permanecer ajenos a las similitudes entre hombres y mujeres, y comprender de otra manera ciertas manifestaciones corporales que probablemente no tienen nada que ver

³⁵ Dentro del cual se entendía, por ejemplo, que las diferentes fases del ciclo menstrual hacían perder a la mujer este equilibrio.

³⁶ El cuerpo como un sistema de higiene y limpieza de una gran ciudad, como una gran central telefónica, como un sistema policial (Martin, 1987:36-37).

³⁷ Algunas autoras valoran esta modificación de modelos jerarquizantes a diferenciadores como un avance (del Valle, 1991; Ortiz, 1993). Sin embargo, no coincide totalmente con esta idea puesto que, si bien es verdad que los discursos han sufrido modificaciones importantes más acordes con los tiempos modernos, más igualitarios para las mujeres, la diferenciación radical se ha combinado con un predominio de lecturas patologizadoras de los fenómenos corporales femeninos, que llevan implícitas un nivel importante de jerarquización y de inferiorización para las mujeres, aunque esta vez enmascarados (y disfrazados) en una mayor "consideración social" hacia ellas (Esteban, 1993c).

³⁹ De todas formas, Laqueur insiste en el prólogo de su libro en que no se puede hacer una historia lineal y simplista de los procesos sociales y que tanto en nuestra era como en épocas anteriores existen ejemplos de ámbitos sociales y científicos donde los modelos respecto al sexo iban en contra de la corriente dominante (ibidem).

⁴⁰ Hacen alusión en su artículo a dos trabajos donde se estudia dicha feminización (ibidem:29).

⁴¹ El sexo se ha utilizado como un factor discriminador de la misma forma que otros conceptos, como el de la raza (Stolcke, 1991).

con el sexo, así como tener debidamente en cuenta identidades sexuales alternativas.

Las feministas también hemos actuado como si las diferencias sexuales fueran algo intocable y, de alguna manera, deseable (Lambert, 1987), aunque se hayan hecho críticas severas a algunos usos científicos de dichas diferencias⁴². En cualquier caso, en los últimos años, el debate sobre el sexo como construcción social va tomando importancia dentro el movimiento feminista y en esto las francesas son pioneras, y el mismo podría modificar radicalmente la evolución de la crítica feminista. Por ejemplo, se está comenzando a prestar atención a la trascendencia de otras manifestaciones de la identidad sexual, como es el caso de la transexualidad, lo cual derivaría en una visión más compleja pero más rica del fenómeno de la sexualización de los humanos y de la existencia de los llamados estados intersexuales⁴³. El reto estaría, a mi entender, en la combinación de un replanteamiento serio del dualismo sexual actual dentro de la ciencia y por parte de las científicas, con un reconocimiento constante y no discriminador de la diversidad entre todos los seres humanos.

Pero además de una visión totalmente dualizadora del sexo y del cuerpo, deberíamos revisar otro de los principios por excelencia: la diferencialidad de la salud femenina; principio que, al igual que en el caso anterior, está siendo puesto en cuestión por algunos resultados científicos recientes. Esta diferencialidad se explica básicamente a partir de las especificidades biológicas, fisiológicas y/o socio-culturales de las mujeres, traducándose éstas, a su vez, en unas formas concretas de morbilidad y mortalidad (Valls, 1990)⁴⁴. Según los datos epidemiológicos de los que disponemos, mujeres y hombres presentan patologías y formas de enfermar diferentes. Pero, no sólo se constatan diferencias en cuanto a la morbilidad, sino que se teoriza que se da una mayor morbilidad en las mujeres, deducida fundamentalmente de un mayor número de consultas a los centros sanitarios (Rodríguez & de Miguel, 1990:41; Valls, 1990). La diferenciación radical entre hombres y mujeres, aunque funciona como otra "verdad" científica, es un fenómeno que todavía no ha podido ser bien explicado, y es posible que en los próximos años revisiones serias de algunos de estos hechos nos den resultados contrarios o por lo menos lecturas más complejas de la realidad⁴⁵.

Como he apuntado anteriormente, existe un acuerdo de que algunos aspectos están claramente influenciados por el sexo, como son la fisiología cardiovascular, la endocrinología, el metabolismo, el sistema inmunológico, por citar algunos. Por tanto, las científicas feministas están invirtiendo todo su esfuerzo en conseguir que sus compañeros les den el trato adecuado. De todas formas, la revisión de algunos resultados tomados como ejemplo de diferenciación, como es el caso de la incidencia y presentación de la patología cardiovascular, ha demostrado que la misma no siempre ocurre tal y como se había teorizado previamente. El caso de la patología cardiovascular me resulta especialmente interesante, porque demuestra cómo un punto de vista tendente a tener en cuenta las similitudes y no las diferencias entre hombres y mujeres puede llevarnos a visiones más exactas de algunos problemas de salud.

Sin embargo, esto no está ocurriendo en el caso de la menopausia, sino todo lo contrario. 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 diferencialización de la salud femenina. 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 mujeres.

A pesar de que sólo tres síntomas (los sofocos, la sequedad vaginal y la osteoporosis) se han podido demostrar asociados a la misma, y a pesar de que la mayoría de las mujeres (más del 80%) no parece que vayan a requerir ningún tipo de tratamiento específico⁴⁶, la conceptualización de la menopausia como una enfermedad, que además afecta a todas las mujeres, y su asociación con problemas o conflictos que sufren las mujeres de edad madura (aunque no sólo) que tienen un origen social, están a la orden del día. Y la conclusión de que la panacea es el tratamiento hormonal que nos va a salvar de este penoso destino biológico. Existen ya bastantes trabajos que alertan sobre el peligro de un tratamiento indiscriminado a todas las mujeres y que abogan por que se realicen investigaciones más amplias y mejor planteadas

⁴² Es importante en este sentido el trabajo llevado a cabo por las primatólogas: véase Haraway, 1978.

⁴³ Véanse Kessler (1990) y Peyre & Wiels & Fonton (1991).

⁴⁴ La esperanza de vida es mayor para las mujeres en todos los países del mundo, salvo India y Bangladesh (Benería, 1993).

⁴⁵ Además algunas autoras muestran objeciones serias a una supuesta mayor vulnerabilidad del cuerpo femenino, deducida de los datos de los que disponemos, y apuntan que las especificida-

des tienen que ver no sólo con una forma distinta de enfermar, sino también con una escucha diferenciada de los síntomas, relacionada en la práctica con una mayor cercanía de las mujeres hacia todo lo que tiene que ver con la salud y su cuidado (Hunt, 1991; Tubert, 1991).

⁴⁶ Contemplando también tratamientos leves y naturistas.

sobre los riesgos y beneficios del llamado tratamiento hormonal sustitutivo-THS⁴⁷.

Sin embargo, el papel que desde el feminismo en conjunto se está teniendo respecto a la menopausia tiene, en mi opinión, algunos fallos fundamentales. Con una voluntad muy encomiable de intentar contrarrestar todos los aspectos arriba comentados, las profesionales se han lanzado a poner en marcha dispositivos de información y tratamiento para las mujeres, sobre todo para las usuarias potenciales de la red sanitaria: desde ciclos de charlas, talleres, seminarios, unidades de menopausia; todo ello muy en la línea de lo que están haciendo los especialistas, con algunos matices diferentes respecto a los contenidos, pero sin lograr poner en cuestión la relación entre menopausia, enfermedad y vejez. Además, un sector importante de feministas están ya plenamente convencidas de la necesidad y beneficios del THS y han comenzado a aplicar esta filosofía en sus centros de trabajo. Todo ello sin que se haya dado un debate tranquilo y profundo entre las mujeres y/o entre las feministas a este respecto, sino más bien desde una reacción espontánea y desorganizada ante los planteamientos médicos. Es probable que nuestro trabajo debería consistir más que nada en mantenernos alertas y críticas, y divulgar el máximo de información posible para que las mujeres puedan decidir lo que quieren hacer en caso de aparecer los síntomas, pero siendo muy cautelosas con el tipo de actividades que organizamos y sus consecuencias sobre las mujeres⁴⁸.

Un tercer principio básico es que la fertilidad, el potencial fértil, y todo lo que tiene que ver con el mismo, se reconoce socialmente, y es reconocida también por nosotras, como la característica básica y definitoria del cuerpo de las mujeres. Todos y cada uno de los fenómenos de su cuerpo se explican a partir de dicha potencialidad. A partir del funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, que une el cerebro (glándulas Hipotálamo e Hipófisis), órgano rector por definición, con las gónadas/aparato reproductor, y mediado en su funcionamiento por las hormonas⁴⁹, las mujeres suelen ser definidas como sujeto continuo de modificaciones (y alteraciones) cíclicas relacionadas con su ciclo fértil-menstrual (directamente comprobables y deducibles de los niveles

hormonales cambiantes)⁵⁰. Así dentro del mismo modelo dualizador del sexo, se han ido definiendo diversos tipos de hormonas sexuales, que son etiquetadas como masculinas y femeninas⁵¹.

Para poder avanzar en la búsqueda de respuestas a las necesidades actuales de las mujeres, en una sociedad donde "ser mujer" se define ya teniendo en cuenta otras dimensiones de la vida al margen de la posibilidad de ser madre, considero totalmente necesario poner en cuestión esta fertilización, esta visión absolutamente reproductivista del cuerpo de las mujeres. En este sentido, 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: menarquia, embarazos-partos, menopausia...⁵².

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.

Para terminar con este apartado, otro principio ha sido que las mujeres son definidas como un conjunto homogéneo y uniforme; de ahí que no se hable nunca

⁴⁷ Véase Rueda, 1993. Otra bibliografía crítica en relación al tratamiento predominante de la menopausia es la siguiente: Cámara, 1990; Esteban, 1993e; Grady & Rubin & Petitti et al., 1992; Greer, 1993; Van Hall & Verdel & Van der Velden, 1984, 1994.

⁴⁸ Otro tema de reciente consideración por parte del sistema médico y ejemplo también de medicalización hacia las mujeres es todo lo concerniente a la incontinencia urinaria y su tratamiento.

⁴⁹ Que se convierten así en el centro de la salud de las mujeres y totalmente determinantes de la misma.

⁵⁰ Y esto se lleva a ámbitos de la vida que no tienen que ver directamente con la salud, como por ejemplo, el ámbito judicial.

⁵¹ La historiadora de la Medicina Teresa Ortiz llama la atención sobre esta clasificación, que ella considera resultado de la visión "cultural y dualista del sexo" de endocrinólogos y ginecólogos del siglo XX, puesto que todos los tipos de hormonas están presentes en ambos sexos, y aunque se encuentran diferencias importantes en las cantidades de hombres y mujeres, también existen diferencias sustanciales entre sujetos del mismo sexo (1993).

Por otra parte, el abordaje de la endocrinología se ha desarrollado de diferente manera respecto a los hombres y las mujeres. En los primeros se han priorizado los aspectos sexuales de la misma, mientras que en las mujeres, los puramente reproductivos, relegando totalmente los sexuales (Lambert, 1987).

⁵² Es posible que esto obedezca en gran parte a un aprendizaje en este sentido por parte de las mujeres, pero también a un planteamiento por parte de los profesionales e investigadores de catalogarlo como tal, de forma que se da por hecho en las encuestas, entrevistas e historias clínicas (Esteban, 1993b, 1993c).

de "salud de mujeres", sino de "salud de la mujer"⁵³. A pesar de que las feministas venimos ya desde hace cierto tiempo haciendo hincapié en la necesidad de hacer teorías desde la diversidad de las mujeres, por lo menos en lo que concierne a la salud, no se han conseguido avances importante a este respecto. Estamos todas de acuerdo en que los factores socio-culturales determinan una salud diferenciada para hombres y mujeres. Pero, de forma paralela a lo anterior, cada vez son más las voces dentro del feminismo que insisten en la importancia de otro tipo de variables, al margen del género: factores ligados a características individuales, étnicas, de status social, de edad, de ocupación laboral, de opción sexual, de religión, etc.⁵⁴. La contemplación seria y sistematizada de estos factores en nuestra práctica cotidiana podría ayudarnos a introducir lecturas diversificadoras y deshomogeneizadoras del colectivo mujeres, que rompieran la uniformización actual⁵⁵.

No hay que ocultar, sin embargo, que hablar de las mujeres y no de la mujer, y construir categorías y teorías que contemplen la importancia de la diversidad, comporta un nivel de dificultad teórica y metodológica muy importante, y que resolver esto es uno de los mayores retos que enfrentan las feministas en la actualidad⁵⁶.

⁵³ Este hecho está íntimamente relacionado con el tipo de lecturas científicas y modelos socio-sanitarios de interpretación dominantes, que no tienen en cuenta el punto de vista de los propios sujetos, ni su dimensión experiencial; y también con el sistema sociopolítico en el que vivimos que, como señala la filósofa Celia Amorós, hace que el espacio público, visible, sea un espacio masculino por definición, mientras que el conjunto de las mujeres queda totalmente sin diferenciar, sin individualizar. En la práctica cotidiana general, las mujeres no funcionan en grupos, como los hombres, sino absolutamente serializadas (1992).

⁵⁴ Es de señalar que, aunque actualmente las feministas se muestran muy preocupadas por la influencia sobre la experiencia de las mujeres de todas estas variables, éstas han sido consideradas de importancia secundaria a lo que se define, explícita o implícitamente, como lo básico: el ciclo fértil y el funcionamiento del sistema reproductivo.

⁵⁵ Dentro de los diferentes colectivos de mujeres, es constatable, por ejemplo, la existencia de grupos que aplican a su vida referencias éticas o morales al margen de los modelos imperantes, basados habitualmente, en el caso de las mujeres, en la dedicación a los demás. Elementos alternativos como la importancia otorgada al empleo u ocupación desarrollada, y la trascendencia de proyectos más relacionados con la propia vida que con la de las personas de alrededor. Es posible, por tanto, que mujeres que estén introduciendo estos nuevos modelos en su vida sean sujetos de definiciones diferentes de salud y sexualidad, no percibibles a primera vista desde las interpretaciones y lecturas al uso (Esteban, 1993b, 1993c).

⁵⁶ La resolución de esta dificultad podría venir de la puesta en marcha de diferentes fases de estudio y estrategias metodológicas como, por ejemplo, el análisis de colectivos muy concretos y definidos de mujeres. De esta manera y poco a poco, seremos más capaces de ir descubriendo las posibles características comunes y/o diferentes. Dentro de estos colectivos, muchas veces minoritarios, se podrían identificar algunos situados "en el mar-

A mi modo de ver, romper el esencialismo y tomar en su justa medida la diferencialidad, que es la tarea y el reto fundamental que tenemos por delante las feministas en estos momentos, implica avanzar en un modelo/s de entender la salud que comprendan y contemplen tanto la dimensión biológica como la social de la salud y del cuerpo, con todas sus variables debidamente jerarquizadas y categorizadas, en la línea de lo propugnado por Lewontin & Rose & Kamin en su libro **No está en los genes**, sin caer en determinismos ni biologicistas ni ambientalistas (1987).

LAS PROFESIONALES FEMINISTAS

Dejando al margen en este momento el fenómeno del incremento del número de mujeres dentro de todas las ciencias de la salud (al que ya he me he referido anteriormente) y sus posibles efectos, una consecuencia fundamental de la influencia feminista en el campo de la sanidad es la organización e ideologización de las propias profesionales. En la mayoría de los países occidentales existen o han existido organizaciones específicas de profesionales, aunque en muchos casos constituyen sectores dentro de organismos mixtos. Es el caso de Canadá, Gran Bretaña, EEUU...⁵⁷.

También en el Estado Español, aunque en mucha menor proporción que entre sus compañeras las científicas sociales, encontramos este tipo de colectivos incluidos o no en Seminarios o Institutos de Estudios de las Mujeres⁵⁸. También están funcionando algunos

gen" de la sociedad: desde políticas, feministas, artistas, ejecutivas, hasta colectivos muy marginados económicamente. (Para una profundización en este tipo de perspectivas, véanse del Valle (1988) y Moreno (1988)).

Considero necesario que también para el caso de la salud se estudien detenidamente estas experiencias minoritarias y/o alternativas, puesto que, además de constituir una buena manera de romper con las visiones centrales y estandarizadoras de la experiencia de las mujeres, puede aportarnos claves y elementos que estén intrínsecamente relacionados con los procesos de cambio (Esteban, 1993c).

⁵⁷ En EEUU, por ejemplo, existen la "American Medical Women Association" y la "Society for the Advancement of Women's Health", así como otro tipo de colectivos dentro de organizaciones mixtas (como es el caso de "Women in Physiology", organismo interno a la "American Physiological Society"). El trabajo de estas organizaciones se centra tanto en la definición de nuevas prioridades de investigación, la investigación en sí, y la concienciación sobre los aspectos específicos femeninos, clínicos y asistenciales.

⁵⁸ Como por ejemplo el ya citado grupo perteneciente al Seminario de Estudios de la Mujer de Granada, o el área de "Salud de las Mujeres" incluida en el C.A.P.S.-Centre d'Analisis i Programes Sanitaris, de Barcelona.

colectivos femeninos de profesionales en otros organismos, como en las FADSP-Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, y en la Federación de Comisiones anti-sida del Estado Español.

De todas formas, la proporción mayor de feministas profesionales se encuentran en el campo de la salud reproductiva y sexual, sobre todo respecto a la contracepción y planificación familiar, dado que la lucha por el control reproductivo fue desde siempre una prioridad política feminista. En este sentido, está pendiente un análisis concienzudo de lo que ha significado el trabajo en este campo, y en concreto la existencia de los CPF-Centros de Planificación Familiar en las últimas décadas⁵⁹.

La delimitación y el trabajo en torno al campo de la salud reproductiva y sexual ha sido muy importante, dado que supuso un avance respecto a planteamientos médico-sanitarios anteriores⁶⁰. Pero, antes de entrar en el mismo y abordar las políticas asistenciales, me gustaría apuntar un segundo y muy importante eje de trabajo de las profesionales feministas, correspondiente a la definición del área de trabajo: la especialidad (o área) de "salud de las mujeres". La necesidad de tener prioritariamente en cuenta las especificidades de las mujeres (y en la misma línea, aunque retrasado en el tiempo, que otras especialidades dentro de los Estudios Feministas) ha llevado a algunas autoras y profesionales americanas a debatir sobre la posibilidad de crear y consolidar un área específica de "Salud de las Mujeres"⁶¹. Debate que es posible que en un tiempo se traslade al Estado Español. Los estudios de las mujeres en el campo de las ciencias de la salud corresponderían y se implantarían en los tres niveles delimitables en las mismas: el académico, el investigador (donde cómo decía ya existen algunos colectivos organizados) y el asistencial.

No podemos perder de vista que, sin embargo, en este último nivel, el asistencial, ya se da una planificación de la atención específica a las mujeres, sobre todo dentro de dos especialidades, la Gineco-Obstetricia y la Psiquiatría. Es más, en nuestro caso, la reforma sanitaria ha reorganizado y redefinido la

especialidad de Ginecología y Obstetricia, utilizándose actualmente el término "Programa de la Mujer".

Teniendo en cuenta por dónde va el trabajo realizado, dicha especialidad/área de Salud de las Mujeres podría plantear una revisión y ampliación del énfasis actual en la salud reproductivo-sexual y la mental, hacia un programa interdisciplinar contemplando especialidades como la endocrinología, ginecología, inmunología, patología cardio-vascular, la medicina interna, etc. En cuanto a las carreras sanitarias, se trataría, como en otros casos, de poner en marcha las asignaturas o contenidos curriculares correspondientes.

La reflexión y discusión sobre cómo implantar y consolidar los estudios de las mujeres en el mundo académico y profesional es amplia y compleja y abarca a todos los campos de la ciencia⁶². En muchos casos, se han puesto en marcha alternativas más en función de los contextos que de los objetivos a conseguir. Sin embargo, y dado el retraso que las ciencias de la salud arrastran a este respecto sería preciso que el debate en este campo se hiciera teniendo en cuenta toda la reflexión y trabajo previos. Por mi parte, considero que en una primera fase se deberían intentar consolidar los colectivos ya existentes, al tiempo que se podrían ir impulsando distintas experiencias piloto en todos los ámbitos: el académico, el investigador y el asistencial.

De todas formas, a mi entender, el surgimiento de tal especialidad dentro de las ciencias de la salud presenta ventajas, pero también muchos inconvenientes y riesgos claros. Conllevaría, por ejemplo, un peligro claro de ghetización y marginación de sus representantes, sin demasiada trascendencia para el resto de ámbitos de la medicina. Además de que la existencia de tal especialidad, sin más, aunque sus responsables fueran mayoritariamente mujeres, no implicaría que todas las mujeres fueran debidamente representadas, ni que se superaran otros sesgos, como el etnocentrismo o el racismo. Además, se podría contribuir a una sistematización de las diferencias entre hombres y mujeres, dejando totalmente al margen otro tipo de perspectivas. Pero es innegable que podría suponer el reconocimiento de hechos actualmente no tenidos en absoluto en cuenta por la mayoría de los estudiantes, profesionales y científicos, y que el mismo debate y las iniciativas concretas, podrían utilizarse como forma de concienciar e implicar a un número importante de profesionales, mujeres y hombres.

⁵⁹ Prestando atención al contexto en el que surgieron, donde convergieron los ideales feministas con un momento de crisis y cambio en el sector salud, y otros factores socio-políticos de gran trascendencia, como fue el proceso de democratización en el Estado Español y el auge de los movimientos sociales en general.

⁶⁰ La misma definición de "salud reproductiva y sexual" supuso un avance respecto a definiciones anteriores, como "salud materno-infantil" (véanse Esteban, 1993a, 1993b).

⁶¹ Véase Rosser, 1993, y diversos artículos sobre este debate aparecidos en 1993 y 1994 en la revista *Journal of Women's Health*.

⁶² Es ésta por ejemplo una de las líneas de trabajo priorizadas por AUDEM-Asociación Universitaria de Estudios de las Mujeres, integrada por mujeres individuales, así como por miembros de los seminarios o institutos de estudios de las mujeres del Estado Español.

POLÍTICAS ASISTENCIALES

Como decía al principio de esta ponencia, 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-CPF⁶³ constituye una experiencia singular y de gran trascendencia, no sólo en lo que se refiere al movimiento feminista 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 propios⁶⁴. También en el campo de la salud mental y de la práctica privada ha habido iniciativas muy significativas.

Dado que el campo de la Planificación familiar-PF es un terreno que conozco mejor (por haber trabajado en él durante bastantes años), voy a referirme sobre todo a la experiencia de los CPF. De todas formas, considero que muchas de las ideas que apuntaré pueden hacerse extensibles con ligeras modificaciones a todas las alternativas asistenciales puestas en práctica desde las feministas.

Dentro o en torno a los centros de salud feministas, y además de la oferta concreta de prestaciones no contempladas anteriormente por la red sanitaria⁶⁵, se han dado experiencias muy diversas y interesantes en cuanto a educación y prevención de la salud, trabajo con otros colectivos y redes sociales de la comunidad⁶⁶, organización de grupos de reflexión y autoconciencia, diseño de programas de intervención, etc. Otro aspecto muy importante ha sido la dinámica de trabajo de los equipos, donde la interdisciplinariedad, la horizontalidad en las decisiones, así como la rup-

tura de los modelos clásicos de los perfiles profesionales, han sido objetivos preferentes⁶⁷.

Quiero resaltar además, como algo especialmente positivo, el alto grado de conexión entre los grupos feministas y político-sanitarios y los equipos. Es en el campo de la sanidad, en concreto en los centros llevados por mujeres, donde la implantación de la metodología científica reivindicada desde siempre por las feministas que proclamaba una ruptura de las barreras entre expertos y resto, otorgando un papel protagonista a todas las mujeres ha tenido logros mayores y mejor concretados⁶⁸.

No es casualidad, ni fruto exclusivo de las circunstancias políticas del momento en el que surgieron (aunque éstas fueran definitivas), el que se haya trabajado de la forma en la que se ha hecho en los centros feministas, y que se hayan obtenido unos niveles tan importantes de comunicación con la población femenina: detrás de todo ello se encuentra un compromiso con la realidad social de las mujeres y su salud, y un modelo ideológico-reivindicativo-profesional muy importante y sólido, que no ha hecho más que ir poniéndose en práctica de una manera francamente positiva.

Sin embargo, tampoco en este caso la evolución y resultados generales han sido los esperados. Además, en estos momentos y por lo menos en nuestro entorno, la presencia de algunos factores que ya se habían comenzado a anunciar en los últimos años pueden modificar, más o menos directamente (pero en mi opinión radicalmente), el futuro de los mismos. Me estoy refiriendo a cuestiones tan determinantes como la situación de crisis económica, que está teniendo repercusiones específicas en el sector salud, sobre todo en lo que se considera desde los gestores como "atención de lujo".

Pero, otras variables internas a los mismos centros pueden condicionar también su desarrollo a corto y medio plazo: la rutina de bastantes años de trabajo que, unida a la falta de apoyo institucional, está provocando ya de hecho en las trabajadoras disminución en su motivación a la hora de enfrentar nuevos problemas; la necesidad de legitimarse y estar en condiciones de hacer una oferta bien recibida por las autoridades sanitarias, lo cual conllevará en algunos casos la desconexión con las necesidades sanitarias de las mujeres, o por lo menos una lectura demasiado gremialista de su especialidad; el distanciamiento entre

⁶³ Que en muchos casos, y sobre todo en los primeros tiempos, han incluido también otros servicios dirigidos a las mujeres: salud mental, asesorías legales, laborales, etc.

⁶⁴ Aunque los balances realizados incluso desde ámbitos progresistas no siempre tienen en cuenta ni el origen ni lo que los CPF han supuesto en cuanto a protagonismo por parte de las mujeres como usuarias y fisura en el llamado "sistema de expertos". Aparte de poder ser considerados como la alternativa social más importante e innovadora de las últimas décadas en relación al sector sanitario, aunque haya estado directamente vinculada a otras conquistas y reivindicaciones relativas sobre todo a ámbitos marginados de la salud, como la salud mental, y las drodo-dependencias, así como a la difusión social de las ideas feministas.

⁶⁵ Hay que tener en cuenta que, por ejemplo, la legalización de los anticonceptivos en el Estado Español no se hizo hasta 1978.

⁶⁶ Para profundizar sobre la mitificación y riesgos del uso del concepto de comunidad desde ámbitos progresistas de la sanidad, véase Canals, 1994.

⁶⁷ Se puede afirmar que, aunque la responsabilidad final de los centros haya recaído sobre todo en las médicas, se ha dado una mayor democratización que en el resto de centros sanitarios en cuanto a toma de decisiones, diseño del trabajo cotidiano y forma de acceso de las usuarias/os.

⁶⁸ Filosofía que se resumía en la importancia otorgada a los llamados "grupos de autoconciencia".

equipos de trabajo y grupos de mujeres, que supone pérdida real de apoyo frente a posibles ataques de la administración. Otro factor clave puede ser la falta de recambio y de formación específica de nuevas profesionales, lo cual conlleva un problema grave de subsistencia de los mismos centros.

Existen otros elementos que inciden más indirectamente, pero que pueden explicarnos también los resultados no tan halagüeños, por ejemplo, el tratamiento que en esta sociedad se hace de la salud de las mujeres. La salud se ha convertido en un aspecto catalizador y explicativo de la mayoría de nuestras experiencias, pero esto es mucho más evidente en nuestro caso, se encuentren o no soluciones reales a nuestros problemas dentro del marco sanitario. Nosotras mismas, como profesionales y/o feministas, contribuimos a esta idea, canalizando todas nuestras expectativas hacia la organización y diseño de actividades dirigidas a mujeres desde dentro de la red sanitaria. Este proceso presenta ventajas –respuestas a problemas y necesidades– pero también muchos inconvenientes: por una parte, la responsabilidad máxima queda depositada en un sistema que sigue teniendo un papel fundamental como generador y mantenedor de la desigualdad para las mujeres, y las profesionales concienciadas tienen menos margen de maniobra del que ellas muchas veces piensan; por otro lado, tenemos que revisar esta tendencia a sanitizar todos y cada uno de los problemas de las mujeres, porque esto nos distorsiona totalmente el análisis de la realidad y las posibilidades de transformarla.

Es absolutamente necesario que se dé una coherencia entre los diferentes aspectos de la vida de las mujeres, y en este sentido la salud y la vivencia del cuerpo están absolutamente interrelacionadas con el resto de experiencias; pero esto no quiere decir que la solución a nuestros problemas esté en la sanidad, ni siquiera la de algunas cuestiones claramente de salud. Mientras tanto, el feminismo ha ido ganando fuerza en la mentalidad de las mujeres y en la sociedad en general, pero el movimiento feminista en sí ha ido difuminando y dispersando de alguna manera su capacidad reivindicativa y de intervención a nivel general.

En mi opinión, todo lo apuntado está actuando de forma que la orientación actual de los centros feministas no se encamina hacia la ruptura de la sanitización de las mujeres y logro de mayores cotas de autonomía, sino que se está centrando más que nada en aumentar al máximo la profesionalidad y la eficacia de los mismos, de cara a estar en condiciones de poder competir dentro de la misma red asistencial⁶⁹.

La actitud a largo plazo, no debería ser conservacionista sin más, sino que debería tenerse en cuenta todo lo anterior y además los cambios científico-técnicos y la evolución general del área reproductivo-ginecológico-urológica.

Por otra parte, después de muchos años de funcionamiento, y por distintas circunstancias, algo a constatar es que los centros feministas han estado dirigidos prioritariamente a mujeres, aunque los hombres también hayan acudido a los mismos, de forma minoritaria y por lo general en calidad de pareja y acompañante de las usuarias⁷⁰. Pero, si tenemos en cuenta los cambios producidos en la situación social de las mujeres, las cotas de igualdad formal pero no real socialmente conseguidas, las consecuencias negativas para las mujeres de un énfasis excesivo en su dependencia del sistema sanitario, incluso en el caso de que se tratara de un tipo de atención respetuosa con sus circunstancias sociales, entre otros elementos... Considero que ha llegado la hora de buscar un equilibrio entre seguir prestando atención específica a las mujeres (y eso supone mejorar y modificar todos y cada uno de los servicios, no sólo los definidos como específicos), sin por ello perder de vista la conveniencia de no diferenciar de partida a hombres y mujeres, sino contemplar sus necesidades comunes, sus interrelaciones. Porque es casi seguro que la diferenciación redundará en una mayor discriminación para las mujeres.

Por otra parte, si partimos de la base de que se ha hecho un tratamiento general excesivamente fertilista de la salud femenina, eso quiere decir que se tendrían que introducir ya reajustes en el planteamiento general de la atención, que aunque pretendía hacer una lectura globalizadora e integradora de la realidad de las mujeres priorizaba en exceso los aspectos reproductivos, sexuales y emocionales de la salud. Se debería pensar ya en formas de trasladar algunos contenidos de las aportaciones feministas al resto de la red.

No creo que en estos momentos sea posible en la práctica resolver la mayoría de los interrogantes y problemas aquí planteados, en muchos casos porque aun cuando hubiera consenso sobre ellos no está claro cómo traducirlos en propuestas concretas; pero también, porque probablemente el problema principal de algunas iniciativas en estos momentos sea el de conseguir mantenerse con cierta dignidad. Sin embargo, me parece que algunos de ellos pueden servirnos para pensar en hacia dónde caminar, en cómo hacer compatibles estrategias a corto y medio plazo. Pero sobre todo en reflexionar sobre cómo ir consiguiendo que

⁶⁹ Caricaturizando se podría llegar a una situación donde el objetivo fuera "captar a las mujeres como fuera para posteriormente buscar qué hacer con ellas".

⁷⁰ Y esto ha sido algo igualmente reivindicativo dentro de nuestra política de consecución de espacios sociales para las mujeres.

todos los niveles asistenciales vayan integrando los frutos de todos estos años, y no se siga contemplando a los centros impulsados por las mujeres (incluso por parte de muchos profesionales comprometidos con una "sanidad pública para todos") como algo que, en definitiva, está y debe estar en los márgenes del sistema.

CONCLUSIONES

Para terminar, y a modo de conclusión, quiero volver sobre las principales ideas que he intentado defender. Al principio de la exposición he señalado la complejidad y diversificación de la crítica feminista en torno a las ciencias de la salud y el sistema médico-científico. Rosi Braidotti apunta que una de las características de los estudios feministas es la insistencia en lo que ella denomina "volver a los orígenes", y que identifica con una cierta inseguridad por nuestra parte, una sensación de ilegitimidad, (1991:3). Estando de acuerdo con esta idea pienso, sin embargo, que en lo que se refiere a la salud la historia del trabajo feminista está por hacer, una historia que recoja todas las aportaciones, corrientes y puntos de vista.

En segundo lugar, me parece que no somos conscientes del todo de hasta qué punto muchos de los conceptos e ideas base utilizados por las feministas en otras ciencias, así como en la política feminista a nivel general, surgen de este campo. De la misma manera que en nuestra experiencia personal la coherencia entre la vivencia de nuestro propio cuerpo y salud y nuestra experiencia como agentes sociales es imprescindible para poder avanzar, no nos va a ser posible hacer nuevas aportaciones y planteamientos políticos y científicos si todo el proceso no lo hacemos de manera conjunta, si no mantenemos una coherencia científica general de lecturas y análisis. Además, no tenemos por qué aceptar sin más la parcialización y superespecialización de los análisis científicos a nivel general (ni siquiera la misma definición de las disciplinas), y actuar, por ejemplo, como si sólo las/os representantes de cada especialidad tuvieran la última palabra, como si se tratara de compartimentos estanco, o como si las explicaciones generales fueran la suma de las explicaciones parciales y no se tratara de un conjunto donde todas sus partes están en estrecha interrelación.

En tercer lugar, avanzar en la crítica feminista en este campo implica, en mi opinión, resolver o por lo menos cuestionar seriamente los principios básicos anteriormente explicados: todo lo referente al esencialismo, diferencialismo, reproductivismo y uniformismo de los análisis feministas, principios que están en contradicción tanto con algunos descubrimientos

científicos como con reflexiones y replanteamientos feministas de los últimos tiempos.

A este nivel, los principales conflictos a resolver son:

- 1.- Si se ha demostrado que el concepto de sexo es una construcción cultural que hay que entender dentro de un contexto socio-político al que por otra parte hemos dedicado muchas de nuestras críticas por lo que implica de discriminador para las mujeres. Si el dualismo sexual en las ciencias biomédicas es parte de dicho contexto y se ha demostrado totalmente lleno de contradicciones y limitaciones... No es posible que sigamos actuando como si el sexo fuera el principal factor diferenciador entre los humanos, como si fuera una verdad incuestionable.
- 2.- Por otra parte, descubrir los puntos oscuros y los cuestionamientos de las visiones totalmente diferenciadoras de hombres y mujeres a la hora de entender síntomas y procesos de salud y comprobar las aportaciones de lecturas desde las similitudes entre hombres y mujeres; comprender la contradicción que existe entre respetar y tener en cuenta la diversidad de intereses y situaciones de los humanos (una reflexión que ya muchos/as autores/as hacen) con mantener un énfasis total en las diferencias físicas y potenciales entre hombres y mujeres a partir de visiones estandarizadoras y uniformizadoras de los mismos... debería llevarnos a ser mucho más exquisitas/os y rigurosas/os con los conceptos de diferencia, diversidad, igualdad... y a pensar que las posturas esencialistas tienen limitaciones intrínsecas y sólo sirven para redundar en la discriminación para las mujeres, al margen de cómo sea ese mundo igualitario que queremos construir y si queremos que en el mismo los roles de hombres y mujeres sean iguales o diferentes, que es otra discusión por hacer. Además, tendríamos que hacer análisis menos etnocéntricos y occidentalistas, y consolidar mucho más la necesidad de contemplar las distintas realidades culturales y sociales de las mujeres.
- 3.- En el mismo orden de cosas, tenemos que estudiar seriamente las limitaciones de hacer análisis reproductivistas de nuestro propio cuerpo, análisis que entran en contradicción con los propios planteamientos feministas respecto al lugar opcional que debe o puede ocupar la maternidad en nuestra vida, y también con las tendencias en la valoración social de la vida de las mujeres, donde la maternidad no es ya la única variable tenida en cuenta.
- 4.- Por último, creo que es urgente analizar los problemas teóricos y prácticos de la dimensión asistencial, las dificultades internas y externas a las

iniciativas asistenciales que hemos puesto en marcha, porque de lo contrario podemos caer en una especie de inercia de actividad que quizá no nos lleve muy lejos. Unido a esto, deberíamos reflexionar seriamente sobre las consecuencias que la entrada importante de mujeres en el llamado sistema de expertos está teniendo sobre la realidad general de las mujeres.

El debate y el cuestionamiento de estos puntos debería hacerse a todos los niveles, viendo paso por paso las consecuencias de los mismos en los diferentes ámbitos. Pero para ello, deberíamos poner en práctica una visión más globalizadora de los estudios feministas, que tendiera a comprender las interconexiones entre las diferentes disciplinas y resultados, creando para ello, y en palabras de Braidotti: "Una

clase de traductoras transdisciplinarias que puedan trasponer las premisas y metodologías de una disciplina a otra" (1991:12)⁷¹. Pero, además, considero totalmente imprescindible la participación y discusión conjunta de las científicas, con las profesionales, las feministas organizadas y las mujeres en general⁷², encontrando nuevas y alternativas maneras de reactualizar las teorías y metodologías científicas feministas de los años setenta (que entonces se concretó en los llamados "grupos de autoconciencia"). Es decir, no sólo es prioritario el replanteamiento de los contenidos, sino el cómo del mismo: quiénes van a intervenir, en qué se va a concretar y cómo se van a sistematizar la coordinación y los puentes entre unas y otras. Porque todo esto está prácticamente por hacer.

⁷¹ Braidotti alerta, por ejemplo, sobre la facilidad con que muchas veces aplicamos conceptos, como "diferencia sexual" y "género", utilizados de diferente manera por feministas de unos y otros lugares (ibidem:12).

⁷² Es evidente, por ejemplo, que cuestionamientos importantes del discurso feminista sobre sexualidad realizados en los últimos años no se habrían podido dar sin la participación y el protagonismo de las prostitutas organizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTEKRUSE, Joan M. & Suzanne W. McDERMOTT. "Contemporary Concerns of Women in Medicine", en Rosser, S.V. (ed.) *Feminism within Science and Health Care Professions: Overcoming Resistance*. Pergamon Press, 1988, pp. 65-88.
- AMOROS, Celia. "Hongos hobbesianos, setas venenosas". *Mientras Tanto*, Nº 48, 1992, pp. 59-67.
- ARREGI, Begoña. "Evolución demográfica y cambio socioeconómico: Modernización y mujer en el País Vasco", en Del Valle, T. & C. Larrañaga & C. Pérez & B. Arregi & L. Méndez. *La mujer y la palabra*. Donostia: La Primitiva Casa Baroja, 1987, pp. 51-93.
- BENERIA, Lurdes. Conferencia inaugural del Workshop "Dona, salut i treball", organizado por el C.A.P.S.-Centre d'Anàlisis i Programes Sanitaris en Barcelona. 11 y 12 de noviembre de 1993 (inédita).
- BLEIER, Ruth. 1984. *Science and gender: A critique of biology and its theories on women*. New York: Pergamon Press.
1988. "Science and the Construction of Meanings in the Neurosciences", en Rosser, S.V. (ed.) *Feminism within the Science And Health Care Professions: Overcoming Resistance*. Pergamon Press, pp. 91-104.
- BRAIDOTTI, Rosi. "Teorías de los estudios sobre la mujer". *Historia y Fuente Oral*, Nº 6, 1991, pp. 3-17.
- BORDO, Susan. "Reading the slender body", en Jacobus, M. & E. Fox Keller & S. Shuttleworth (ed.) *Body Politics. Women and the Discourses of Science*. New York & London: Routledge, 1990, pp. 83-112.
- CAMARA, Cristina. "El fin del periodo fértil en la mujer". *Salud 2000*, Nº 27, Septiembre 1990, pp. 26-30.
- CANALS, Josep. "La reconstrucción imaginaria de la comunidad: consideraciones sobre un tópico del reformismo sanitario". *Jano*, Vol. XLVI, Nº 1073, 11-17 Marzo, 1994, pp. 87-94.
- COLECTIVO DE MUJERES DE BOSTON. *Nuestros cuerpos. Nuestras vidas*. Boston: Ed. Colectivo de Mujeres de Boston.
- COREA, Gena. "The reproductive brothel", in Corea, G. et al. *Man-made Women: How new reproductive technologies affect women*. London: Hutchinson, 1985, pp. 45-69.
- DELPHY, Cristine. "New reproductive technologies", in "Mothers Union". *Trouble and Strife*, Nº 24, 1992, pp. 13-15.
- DE MIGUEL, Jesus. *El mito de la Inmaculada Concepción*. Barcelona: Anagrama, 1979.
- DEL VALLE, Teresa. 1988. "Aportes antropológicos sobre la mujer en el País Vasco". *Psicología de la mujer y calidad de vida* (Jornadas) Bilbao: Centro de Salud de la Mujer de Leioa-Bizkaia, pp. 11-20.
1991. "Género y Sexualidad. Aproximación Antropológica", en Del Valle, T. & C. Sanz Rueda. *Género y Sexualidad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa/Universidad a Distancia, pp. 13-111.
- DOUGLAS WOOD, Ann. "'Las enfermedades de moda'. Trastornos femeninos y su tratamiento en la América del siglo XIX", en Nash, Mary (ed.) *Presencia y Protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona: Ed. del Serbal, 1984, pp. 373-405.
- EAGAN, Andrea. "The Selling of Premenstrual Syndrome", in Worcester, N & M. Whatley. *Women's Health. Reading on Social, Economic, and Political Issues*. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company, 1988, pp. 90-93.
- EHRENREICH, Barbara & Deirdre ENGLISH. 1984. *Brujas, comadronas y enfermeras (Historia de las sanadoras). Dolencias y trastornos (Política sexual de la enfermedad)*. Barcelona: LaSal ediciones de les dones.
1990. *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Ed. Taurus, Alfaguara.
- ELSTON, Mary Ann. "Women doctors in a changing profession: the case of Britain", en Riska, Elianne & Katarina Wegar (ed.) *Gender, Work and Medicine*. Sage Publications, 1993, pp. 27-61.
- ELZO, Javier y cols. *Jóvenes vascos 1990*. Gobierno Vasco, 1990.
- ESTEBAN, M. Luz. 1992. "Propuestas para un discurso feminista sobre salud". *Geu Emakumeok*, Nº especial, Otoño 1992, pp. 27-42.
- 1993a. *Emakumeen osasunaz beraiei galdezka. Ugalketa eta sexualitate eredu desberdinak. Txostenak*, Nº 8. Donostia: Seminario de Estudios de la Mujer-EBIM de la UPV-EHU.
- 1993b. *Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual. Necesidades de salud percibidas por las mujeres y respuesta del sistema sanitario* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Mayo (inédita).
- 1993c. "La salud de las mujeres: nuevas preguntas para nuevas respuestas", en Díez Mintegui, M.C. & V. Maquieira (coord.) *Sistemas de Género y Construcción (Deconstrucción) de la desigualdad*. VI Congreso de Antropología. Tenerife: Asociación Canaria de Antropología, pp. 243-257.

- 1993d. "AFAI-Madrilgo 'Asociación de Fertilización Asistida e Infertilidad' delakoak: 'Arazoa zera da, administrazioak ez duela erlalketa lagundua gaisotasun gisa hartu nahi'". *Geu-Emakumeok*, Nº 18, Invierno, p. 47.
- 1993e. "Menopausia. Opiniones y debates. A favor de una moratoria inmediata". *Geu-Emakumeok*, Nº 18, Invierno, pp. 4-6.
- 1994a. "La salud de las mujeres: relecturas y revisiones necesarias". *Salud 2000*, Nº 45, Febrero. Madrid: FADSP, pp. 5-8.
- 1994b. Ponencia presentada en las Jornadas sobre "Género y Valores: su incidencia en los trabajos de investigación", celebradas los días 13 y 14 de enero de 1994 por Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. Gasteiz (en prensa).
- EVANS, Frances. "Managers and labourers: women's attitudes to reproductive technology", in Faulkner, W. & E. Arnold (eds.) *Smothered by Invention: technology in women's lives*. London: Pluto, 1985, pp. 110,111,112-113,119,120.
- FALUDI, Susan. *Reacción. La guerra no declarada contra la mujer moderna*. Barcelona: Anagrama, 1993.
- FERNANDEZ RUIZ, Isabel. *Entre el dolor de espalda y la tristeza. La salud de las amas de casa de un barrio de Granada*. Granada: Universidad de Granada-Seminario de Estudios de la Mujer, 1990.
- FINDLAY, Deborah. "The good, the normal and the healthy: The social construction of medical knowledge about women". *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie* 18 (2), 1993, pp. 115-135.
- GENDRON, Colette & Micheline BEAUREGARD. *Les femmes et la santé*. Quebec: Gaëtan Morin éd., 1985.
- GOMEZ, Amparo & Inmaculada PERDOMO. "El eterno femenino: hormonas, cerebro y diferencias sexuales", en Pérez Sedeño, Eulalia (comp.) *Mujer y ciencia. Arbor. Ciencia, pensamiento y cultura*. Enero 1993, pp. 109-140.
- GORDON, Linda. 1980 "La lucha por la libertad reproductiva: Tres etapas del feminismo", en Eisenstein, Z. (comp.) *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*. Mexico: Siglo XXI, pp. 124-149.
1984. "Maternidad voluntaria: inicios de las ideas feministas en torno al control de la natalidad en Estados Unidos", en Nash, Mary (ed.) *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona: Ed. del Serbal, pp. 201-227.
- GRADY, D. & S.M. RUBIN & D.B. PETITTI ET. ALL. "Hormone Therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women". *Ann. Intern. Med.*, Vol. 117, 1992, pp. 1016-1037. Citado en *Avances Abstracta Medica en Ginecología y Obstetricia*, Nº 43. Duphar Farmacéutica.
- GREER, Germaine. *El cambio. Menopausia y vejez*. Barcelona: Ed. Anagrama, 1993.
- HALAS, Mary A. "Sexism in Women's Medical Care", in Worcester, N. & M. Whatley. *Women's Health. Reading on Social, Economic, and Political Issues*. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company, 1988, pp. 9-13.
- HARAWAY, Donna. "Animal Sociology and a natural economy of the body politic". *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 4, Number 1, 1978, pp. 21-60.
- HERNANDEZ, Marga. "Próxima conferencia de la ONU sobre población". *Geu-Emakumeok*, Nº 20, p. 21.
- HUNT, Sonja M. "Ambiente físico y social y calidad de vida", en Valls, C. & E. Méndez. *Mujer y Calidad de vida*. Barcelona: C.A.P.S.-Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, 1991, pp. 190-191.
- JACKSON, Stevi (ed.) *Women's Studies. A reader*. Harvester/Wheatsheaf, 1993.
- JACKSON, S. & J. PRINCE & P. YOUNG. "Science, Medicine and Reproductive Technology", en Jackson, S. (ed.) *Women's Studies. A reader*. Harvester/Wheatsheaf, 1993, pp. 361-399.
- JACOBUS, M. & E. FOX KELLER & S. SHUTTLEWORTH (comp.) *Body Politics. Women and the discourses of science*. Routledge, 1990.
- JOEL, Constance. *Les filles d'Esculape. Les femmes a la conquete du pouvoir médical*. Paris: Robert Laffont, 1988.
- JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH. New York: Mary Ann Liebert, inc. publishers.
- KESSLER, Suzanne J. "The medical construction of gender: Case management of intersexed infants". *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 1990, Vol. 6, Nº 11, pp. 3-26.
- KRONENFELD, Jennie J. "Women in Public Health: Changes in a Profession", en Rosser, S.V. (ed.) *Feminism within Science and Health Care Professions: Overcoming Resistance*. Pergamon Press, 1988, pp. 45-63.
- LAMBERT, Helen H. "Biology and Equality: A perspective on Sex Differences", en Harding, S. & J.F. O'Barr. *Sex and Scientific Inquiry*. Chicago & London: The University of Chicago Press, 1987, pp. 125-145.
- LAQUEUR, Thomas. *La construcción del sexo*. Madrid: Ed. Cátedra (Col. Feminismos), 1994 (1.ª ed. London, 1991).

- LEWONTIN & ROSE & KAMIN. *No está en los genes*. Barcelona: Ed. Crítica (Grupo Editorial Grijalbo), 1987.
- LORDE, Audre. "Age, Race, Class and Sex: Women Redefining Difference", in Worcester, N. & M. Whatley. *Women's Health. Reading on Social, Economic, and Political Issues*. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company, 1988, pp. 33-37.
- LOWE, M. & R. HUBBARD. "Sociobiology and biosociology: Can science prove the biological basis of sex differences in behavior?", en Lowe, M. & R. Hubbard (ed.) Staten Island, N.Y.: Gordian Press, 1979.
- MARTIN, Emily. 1987. *The woman in the body*. Boston: Beacon Press.
1991. "The egg and the sperm. How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles". *Signs*, Vol. 16, Number 3, Spring, pp. 485-501.
- McBRIDE, Angela Barron & William Leon McBride. "Women's Health Scholarship: From Critique to Assertion". *Journal of Women's Health*. New York: Mary Ann Libert, inc., publishers, Vol. 2, Number 1, 1993, pp. 43-47.
- MENDIA, Begoña. "Mujeres, medio ambiente y control de población. Verdades y mentiras del problema demográfico". *Geu-Emakumeok*, Nº 19, pp. 9-10.
- MOORE, Henrietta L. *Antropología y Feminismo*. Madrid: Ediciones Cátedra (Colección Feminismos), 1991.
- MORENO, Amparo. "El discurso académico: ¿Sexismo o androcentrismo? Papers. Revista de Sociología, Nº 30 (Extra "Donas"), 1988, pp. 43-50.
- NOGUEIRAS GARCIA, Belén. "El movimiento de mujeres por la salud en América Latina". *Las mujeres en América Latina: una aproximación necesaria*. Barcelona: Fundación CIPIE & Departament de Sociologia de la Universitat Autònoma de Barcelona, 1990, pp. 93-102.
- OACKLEY, Ann. 1977. *La mujer discriminada. Biología y sociedad*. Madrid: Ed. Debate.
1984. "Les femmes et la santé: Questions principales". *IPPF-Bulletin d'Information Régional*, Nº especial, "Le Feminisme et le Mouvement de la Santé", 1984, pp. 3-12.
- ORBACH, Susie. *Tu cuerpo, tú misma*. Barcelona: Ediciones Juan Granica, 1987.
- ORTIZ, Teresa. 1988. "La Asociación de Médicas Españolas (1928-1936) y su fundadora, doctora Elisa Soriano (1891-1964), en M. Valera; M^a A. Egea; M^a D. Blazquez (eds.) *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Murcia-Cartagena 1986. Murcia: Universidad de Murcia, Vol. I, pp. 595-606.
1993. "El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo XX", en López Beltrán, M^a Teresa (coord.) *Las mujeres en Andalucía. Actas del 2º Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer en Andalucía*. Tomo I. Málaga: Servicio de Publicaciones. Diputación Provincial de Málaga, 1993.
- OSBORNE, Raquel. "La discriminación social de la mujer en razón del sexo", en Marqués, J.V. & R. Osborne. *Sexualidad y sexismo*. Madrid: Universidad a Distancia-Fundación Universidad-Empresa, 1991, pp. 131-295.
- PEYRE, E. & J. WIELS & M. FONTON. "Sexe biologique et sexe social", en Hurtig, M.C. & M. Kail & H. Rouch. *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*. Paris: Editions du Centre National de la Recherche Scientifique, 1991, pp. 27-50.
- PLAZA, Monique. *Femmes, sida et discours médical*. Rapport de recherche, 1992 (inédito).
- RODRIGUEZ, Josep & Jesús de MIGUEL. *Salud y poder*. Madrid: Siglo XXI, 1990.
- ROSSER, Sue V. 1988. "Women in science and Health Care: A Gender at Risk", en Rosser, S.V. (ed.) *Feminism within the Science and Health Care Professions: Overcoming Resistance*. Pergamon Press, pp. 3-15.
1993. "A model for a Specialty in Women's Health". *Journal of Women's Health*, Vol. 2, Nº 2, Verano 1993, pp. 99-104.
- RUEDA, Joserra. *Debates actuales sobre la menopausia e implicaciones para la política sanitaria. Limitaciones de varios estudios económicos sobre la Terapia Hormonal Sustitutiva*. Trabajo presentado en el Master en Planificación Sanitaria y Financiación de la London School of Economics, 1993 (inédito).
- SAWICKI, Jana. "Disciplining mothers: feminism and the new reproductive technologies", in *Disciplining Foucault*. London: Routledge, 1991, pp. 83-85.
- SCULLY, Diane & Pauline BART. "A funny thing happened on the way to the orifice: Women in Gynecology textbooks". *American Journal of Sociology*, vol. 78, Nº 4, 1973, pp. 1043-1050.
- SHORE, Cris. "Virgin Births and Sterile Debates". *Current Anthropology*, Vol. 33, Number 3, June 1992, pp. 295-314.
- STOLCKE, Verena. 1984. "Las nuevas tecnologías. La vieja paternidad". *Mujeres: Ciencia y práctica política*. Madrid: Ed. Debate, pp. 87-129.
1992. "¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?". *Mientras Tanto*, Nº 48, pp. 87-111.
- STONE, Jennifer L. "Contextualizing Biogenetic and

- Reproductive Technologies". *Critical Studies in Mass Communication*, Nº 8, 1991, pp. 309-332.
- TUBERT, Silvia. "Morbilidad femenina diferencial", en Valls, C. & E. Mendez. *Mujer y Calidad de vida*. Barcelona: C.A.P.S.-Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, 1991, pp. 118-129.
- URKAREGI, Arantza. Comunicación presentada en la mesa redonda "Situación en Euskal Herria". Congreso Internacional "Investigación, Docencia y Feminismo". Donostia: Seminario de Estudios de la Mujer-EBIM de la UPV-EHU, 1993 (inédito).
- VALLS, Carme. "Aspectos de morbilidad femenina diferencial". *Informe de situación*. Symposium Internacional "Mujer y Calidad de vida". Barcelona, 25-26 de Octubre, 1990.
- VAN HALL, E.V. & M. VERDEL & J. VAN DER VELDEN. 1984. "Las quejas 'climatericas': Hormonales?". *C. Med. Psicosomática*, Nº 24, 1992, pp. 22-26.
1994. "'Perimenopausal' complaints in women and men: a comparative study". *Journal of Women's Health*, 3 (1), Spring, pp. 45-49.
- VANCE, Carole (ed.) *Placer y peligro*. Madrid: Ed. Revolución, 1989.
- VARELA, Maria Josep. "El surgimiento de las nuevas tecnologías reproductivas", 1990 (inédito).
- WORCESTER, Nancy. "The Politics of Women's Health", in Worcester, N. & M.H. Whatley. *Women's Health. Reading on Social, Economic, and Political Issues*. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company, 1988, pp. 3-9.
- WORCESTER, Nancy & Mariamne H. WHATLEY. "The response of the Health Care System to the Women's Health Movement: The Selling of Women's Health Centers", en Worcester, N. & M.H. Whatley. *Women's Health. Reading on Social, Economic, and Political Issues*. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company, 1988, pp. 17-24.

