

Nº 3 MUJERES, SALUD Y GÉNERO

8 de abril de 2012

Coordinado por: Alicia Gil Gómez¹

ME han dado
un medicamento
para
contrarrestar
LOS EFECTOS
SECUNDARIOS
DEL anterior,
y que,
a SU VEZ,
ME ESTÁ dando
bastantes
EFECTOS
SECUNDARIOS...



¹ Licenciada en filosofía y Ciencias de la Educación, suficiencia investigadora por la Universitat Jaume I de Castellón. Experta en Género, Violencia, Paz, Conflictos, Organizaciones y Transferencia. En 2001 realizó el proyecto de creación de la Fundación Isonomía, que fundó en 2002 y dirigió hasta 2010. Organizó y Coordinó el primer postgrado de Agentes de Igualdad que se realizó en las universidades Españolas y ha dirigido numerosos proyectos adscritos a las iniciativas NOW e EUAL del Fondo social Europeo y Leonardo Da Vinci de la Comisión Europea. En la actualidad dirige la revista digital con la A y preside la Asociación del mismo nombre.

CON LAS QUE CREAN Y MIRAN MUJERES, DE AMELIA PELÁEZ



La obra: *Mujeres* (1958)

Dentro de una figuración esquemática y vanguardista, en esta obra destaca la estructura compositiva: en un formato vertical, la obra se construye en un juego entre los elementos verticales y horizontales, las rectas ascendentes y verticales, que producen sensación de ascensión y altura, y las formas horizontales y curvas. Los contrastes de color son también muy importantes: los azules violáceos que actúan como fondo de las figuras y los amarillos, colores complementarios y opuestos, estructuran la obra en oposiciones de claros y oscuros enmarcados por la gruesa línea negra del dibujo. Las figuras centrales, con sus agudos perfiles, centran la composición y atraen nuestra atención, especialmente a través de los círculos centrales que leemos como ojos y que equilibran con su potencia el predominio de verticales. Las líneas curvas de las flores y los tonos cálidos de la parte inferior (sepías, marrones, ocre) equilibran asimismo la estructura colorística confiriendo humanidad a los personajes. El resultado es una sensación dura y tensa, de conflicto, de perplejidad, de asombro, que tal vez nos sitúa ante la situación y la vivencia de los personajes representados y quizá de la artista y lo que nos ha querido transmitir.

La artista: Amelia Peláez (Yaguajay, Cuba. 1896-1968)

Nacida en Cuba, lleva a cabo sus estudios en la Academia de San Alejandro en La Habana entre 1924 y 1927, aunque esta etapa dejará pocas huella en su obra consolidada posterior. De 1927 a 1934 marcha a París apropiándose del lenguaje de la modernidad y la Vanguardia europea. A partir de 1934 regresa a Cuba desarrollando un lenguaje y una estética que unen la influencia vanguardista y los diseños de las artes decorativas cubanas. Asumiendo la tradición dentro de la modernidad, lleva a cabo, hasta su fallecimiento en 1968, una investigación estética ininterrumpida consiguiendo el reconocimiento a su trabajo. En el aislamiento de su taller elabora un nuevo concepto de la pintura cubana y la esencia de la “cubanidad” a partir del redescubrimiento del universo decorativo del ambiente urbano y doméstico de las ciudades de Cuba.

Que hombres y mujeres tenemos una biología diferente, nadie lo duda, ni siquiera lo cuestiona. Pero esta diferencia, de la que unos y otras nos sentimos mayoritariamente satisfechas, ha sido la coartada que, sistemáticamente, se ha esgrimido para justificar la desigualdad de oportunidades y de trato, e incluso la discriminación en el acceso al empleo, en percibir salarios diferentes por realizar idénticas funciones, en la ausencia de corresponsabilidad entre mujeres y hombres en relación con los cuidados a personas dependientes y las tareas domésticas, en el acceso a espacios de toma de decisiones, en el reconocimiento del talento y las habilidades,... En todo, siempre, aparece la diferencia sexual naturalizada a través del estereotipo: “el bello sexo” “el sexo débil” “el sexo fuerte” “las mujeres son más sentimentales” “los hombres nunca lloran”... Y un largo etcétera que se pierde en la noche de los tiempos y que nos afecta para desarrollar un proyecto de vida personal, elaborado a partir de nuestros deseos.

¿En todo? No, justo donde nos afecta realmente la diferencia, en el ámbito de la Salud, unos y otras recibimos asistencia como si tuviéramos un cuerpo único, de varón naturalmente, de modo que todas aquellas reacciones fisiológicas del cuerpo de las mujeres, de la salud de las mujeres, son medidas por parámetros varoniles ¡Menuda paradoja! ¡Y menudo problema! Porque, claro, si el modelo de referencia es el hombre, situaciones como la menopausia, la regla, todo aquello que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, son tratadas como patologías y, como tales, medicalizadas, generando efectos secundarios y llegando a crear problemas de salud reales donde, en principio, no los había. Por ejemplo, la terapia hormonal de la menopausia, que incrementa los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares y cáncer. Así mismo, el hecho de no valorar “la diferencia” entre una y otra biología (la de hombres y mujeres), afecta tanto al proceso de prevención, como de diagnóstico y tratamiento, tal es el caso de las patologías cardiovasculares, o incluso a no identificar determinados síntomas, como, valga otro ejemplo, los asociados a la fibromialgia, que rara vez es reconocida como enfermedad y que mayoritariamente afecta a las mujeres. Amén de otro tipo de reacciones psicosomáticas, devenidas de procesos socioculturales asociados al género, es decir, a esa construcción social y cultural que determina la vida de las personas, desde el momento de nacer, en función de su sexualidad, de su biología, a través de la educación formal (escuela) e informal (familia, religión, *Mass Media*, grupos de pares, etc.).

Por todo ello, se está desarrollando la Medicina de género ya que, en palabras de M^a Jesús Salvador Taboada (Institut Mèdic de Bonanova, Barcelona)[1]: “... la investigación clínica revela grandes diferencias en las manifestaciones clínicas, en su presentación y en los resultados que vienen determinados tanto por el sexo (...) como por otras características ligadas al género. A su vez, el género puede verse afectado por agentes externos como el estrés, el medio ambiente, la carga de trabajo, la alimentación y el estilo de vida”.

Esperemos que, también en el ámbito de la Salud, se apliquen de una vez las políticas de igualdad, más que nada para seguir garantizando el respeto a la diferencia, a la diversidad... Por la cuenta que nos trae, porque ¡Con la Salud no se juega!

Alicia Gil Gómez

EL IMPACTO DEL MODELO DE SALUD CONVENCIONAL EN EL BIENESTAR DE LAS MUJERES

SOLEDAD MURUAGA LÓPEZ DE GUEREÑU²

Desde el modelo biomédico convencional se entiende la salud exclusivamente como ausencia de enfermedad. Esta concepción perjudica el bienestar de las personas, especialmente el de las mujeres. Dicho modelo sanitario es extremadamente biologicista al considerar que la pérdida de salud se debe únicamente a los aspectos biológicos de las personas, sin reconocer el peso fundamental de los determinantes sociales, psicológicos, las diferencias sexuales, ni las desigualdades de género entre hombres y mujeres.

Es una concepción muy sesgada, que incide negativamente en el diagnóstico y el tratamiento de la salud y la enfermedad de toda la población y especialmente tiene consecuencias muy negativas para el bienestar y la calidad de vida de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud considera caduco este modelo y define la Salud como el *estado completo de bienestar físico, psicológico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades*. Además, declara que la calidad de vida es un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por diferentes factores como: la salud física de la persona; su estado psicológico; su nivel de independencia; sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno.

En la actualidad sabemos que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, pero con mayores enfermedades crónicas, acuden más a menudo a la consulta médica, consumen más medicamentos y tienen una peor percepción de su salud que los hombres. En cambio, ellos viven menos años pero con mejor salud, practican más deporte y duermen más horas que las mujeres, aunque tienen conductas menos saludables, consumen más tabaco, alcohol, drogas y sufren más accidentes y discapacidades por los modelos tradicionales de masculinidad (deportes violentos, conducción agresiva, etc.). Estas diferencias no se explican sólo en función de la biología y hay que analizar los factores psicosociales de género que las sustentan.

Pero, como estamos exponiendo, en el modelo Médico convencional, no se tienen suficientemente en cuenta los efectos de la falta de equidad contra las mujeres, tanto en la distribución del trabajo productivo, en el reproductivo, y en el tiempo de ocio y descanso. Ellas siguen siendo las cuidadoras principales, lo que les produce una gran sobrecarga física y emocional y, por lo tanto, un impacto negativo en su salud. Dichos

² Es psicóloga y activista feminista por la Salud Integral de las Mujeres. Presidenta y cofundadora de la Asociación Mujeres para la Salud y directora y también cofundadora del Espacio de Salud Entre Nosotras y de la revista de AMS llamada *La Boletina*. Recibió en 1983 el Premio Nacional *María Espinosa*, otorgado por el Instituto de la Mujer y el Ministerio de Cultura, y en 2008 el Premio a Participación por la Igualdad, del Consejo de las Mujeres del Municipio de Madrid. Ha sido elegida como Experta del Comité Institucional y Técnico del Observatorio de la Mujeres para la elaboración de *La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, así como de la elaboración de la *Estrategia de Salud y Género* para el Sistema Nacional de Salud de España.

factores psicosociales de género podrían estar en el origen de ciertas enfermedades contemporáneas como La fibromialgia y las migrañas, que afectan a las mujeres en proporciones de 9 a 1, o la artritis que padecen 30 mujeres por cada hombre. También la artrosis, la osteoporosis y el síndrome de fatiga crónica, la ansiedad y la depresión, las padecen tres veces más las mujeres que los hombres. Es necesario investigarlo desde la perspectiva de género que proponemos en este artículo.

También es necesario visibilizar que muchos problemas de salud de las mujeres están relacionados con discriminaciones, abusos y agresiones de todo tipo que sufren éstas en una sociedad patriarcal como la nuestra. Por ejemplo, la Violencia machista de parejas y ex-parejas afectivas; las Violaciones; los Abusos Sexuales Infantiles; la Prostitución y Pornografía; los Abortos clandestinos en malas condiciones o las Mutilaciones genitales femeninas (2 millones al año). Problemáticas todas ellas en las que las víctimas son, en aproximadamente un 90%, mujeres, y los agresores son hombres en el 90% de los casos. Sus efectos son de tal gravedad y amplitud en la salud de las mujeres que la OMS los considera una problemática de Salud Pública.

Por otro lado, el tipo de investigación androcéntrica, del que se nutre este modelo convencional de salud, incide negativamente en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de las mujeres. Se hacen ensayos clínicos con muestras únicamente masculinas, y los resultados se extrapolan a las mujeres, sin considerar, en este caso, las diferencias biológicas entre ambos sexos, con el consiguiente perjuicio para la salud de ellas. Un ejemplo paradigmático del mencionado sesgo de género, lo representa las enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, etc.). En España son responsables del 40% de todas las muertes, afectando a un 32% de hombres frente a un 44% de mujeres. Sin embargo, las enfermedades cardiovasculares han sido tradicionalmente presentadas como enfermedades masculinas, lo que ha repercutido negativamente en la toma de conciencia de su gravedad para ellas, tanto entre el personal sanitario como en las propias mujeres. Los síntomas de dichas enfermedades son diferentes según el sexo. Mientras en el hombre se presentan con el conocido dolor torácico, en la mujer los primeros indicios de una cardiopatía son: fatiga, sensación de ahogo, trastornos gástricos y dolor de espalda o de mandíbula. Son señales que las propias mujeres no saben identificar con problemas del corazón. Ello explicaría los retrasos que se producen desde que la mujer tiene los primeros síntomas hasta que acude al hospital, de manera que cuando se decide a buscar ayuda, se han perdido horas cruciales y la enfermedad se encuentra en una fase muy avanzada y el riesgo de muerte es mayor.

Otra consecuencia negativa del modelo biomédico es que las mujeres consuman mayor cantidad de psicofármacos con prescripción médica, y se auto-mediquen más que los hombres. Entre los 35 y los 54 años, las mujeres consumen, en mayor porcentaje, analgésicos y antipiréticos, seguido por los tranquilizantes y pastillas para dormir (OMS, 2005).

Varios estudios indican el papel discriminatorio que juega el sesgo de género en la mayor prescripción de psicofármacos, debido a la aceptación de estereotipos que consideran a las mujeres más débiles, pasivas, dependientes y con ciertas patologías inespecíficas. Este exceso de medicación utilizado en el modelo biomédico, conlleva el

riesgo de prescribir psicofármacos para solucionar problemas sociales y provoca numerosos efectos secundarios que agudizan los malestares y rebajan la calidad de vida de las mujeres.

Por todo ello, la OMS insta a los poderes públicos y a los sistemas de salud de los países a promover modelos de atención a la salud y al bienestar de las mujeres con un enfoque bio-psico-social, que se dirijan a modificar los factores de injusticia de género.

PILAR PÉREZ CAMARERO³

Las criaturas humanas tenemos un cuerpo, somos un cuerpo, es el vehículo que nos transporta en este mundo. A través del cuerpo todas las cosas ocurren. En el momento de nacer, al bebé humano se le exploran los genitales y ahí se le coloca la primera etiqueta: *hembra*, *macho*. Ese gesto, que puede parecer natural, tiene una carga cultural tremenda. Los bebés que se identificaron como niños o niñas van a llevar consigo este condicionante toda la vida, y sus cuerpos así marcados serán el espacio donde se expresen todos los acontecimientos que irán habitando sus recónditos lugares psíquicos (o almas para quien esta palabra tenga sentido).

El cuerpo de una mujer lleva en su ego la asignación social de *lo femenino*, de ella se espera que cumpla con los valores que se identifican a este aspecto del ser: receptividad, cuidado, emotividad, sacrificio, embellecimiento... Los aspectos de lo masculino se albergarán en el terreno de lo inconsciente y se integrarán con grandes dificultades. Todas las niñas sabrán que nacieron en la peor de las opciones, en el valor a la baja, que por encima de ellas están los hombres que encarnan en sus egos (ellos sí) los constructores de la masculinidad: el pensamiento, la acción, la valentía, la determinación, la capacidad verbal...

Las niñas irán conformando su identidad con la complicación de tener un ego desvalorizado, exteriormente por una sociedad que desprecia lo femenino y sus características, e interiormente por un *animus* (Jung) que se irá perturbando, patologizando y haciendo espejo de lo que el medio expresa, de tal forma que la niña inconscientemente se sorprenderá diciéndose cosas terribles, desde su propio interior, desde su voz interna masculina estigmatizante. Puede que socialmente la chica utilice pantalones, adopte comportamientos varoniles, eso no importa. El asunto clave está en la valoración de su persona, que nació *hembra* y, es un hecho, con un organismo de ciclos lunares, con otros ritmos y otra posibilidad de escucha del cuerpo que si hubiera nacido *varón* (Gray). Pero un cuerpo que no se atiende, que generalmente se silencia hasta que chilla, porque aparte de todo, vivimos en una sociedad donde no se escucha la naturaleza, y el cuerpo es parte de ella.

La mujer adulta, ya suficientemente manipulada por el medio, independientemente de cuál fuera la relación mantenida con su padre, puede que se sorprenda o no diciéndose a sí misma montones de adjetivos descalificadores de lo que la sociedad atribuye a las mujeres como sus puntos débiles, al cosificarnos: estás gorda, estás fea, estás vieja, estás tonta, no eres suficientemente hábil, estás histérica etc., etc., etc. La masculinidad

³ Es Doctora en Bellas Artes, Experta en Educación Artística, Posgraduada en Psicoanálisis Analítico y Profesora Titular en la Universidad Autónoma de Madrid. Profesional de las artes visuales.

saludable no integrada, que debería ser una guía para las mujeres, que serviría como timón en la tormenta, apenas existe (von Franz). Todo confabula en su contra.

A lo largo de los muchos años que llevo trabajando en mi propio autoconocimiento a través del registro de cuadernos oníricos, aproximadamente desde 1997, pero ya utilizados de forma más esporádica desde mi adolescencia, he podido comprobar la presencia de ese *hombre de negro*, de ese “escatimador” interno, lo que los analistas llaman el *depredador natural de la psique*. Mi esfuerzo está en hacerlo consciente y tratar de sanarlo, evitar que se comporte como un amante celoso, tratar de que no boicoteé mis pasos.

En el trabajo que llevo realizando con grupos de personas desde el año 2000, en diferentes talleres e intervenciones, en mis clases de la Universidad, he podido ver en acción a este personaje demoledor. Generalmente la mujer no sabe que habita en sí, piensa que el *enemigo* es externo. Cuesta mucho reconocer que hay algo inconsciente con fuerza para afectar nuestra vida, que nos controla tantas veces y que desconocemos. Ocurre un momento en que se evidencia y es muy interesante porque en ese momento, la atención la dejamos de poner en el injusto exterior, para concentrarnos en nosotras y nuestro autocuidado.

El *animus* negativo se evidencia en los sueños, en la proyección externa cuando permitimos relaciones que nos estragan y en los síntomas de nuestro cuerpo.

Decía al principio que somos un cuerpo y que a través de él recibimos mensajes, los síntomas somáticos nos ponen en contacto con las quiebras internas (Mindell).

Las enfermedades *femeninas* en alza explican la dificultad por asumir, con la honra que merece, un cuerpo que encarna ciclos y que se definió como femenino al nacer. Cánceres afectando a los órganos reproductores o a los pechos nutrientes, socaban esa feminidad.

Con todo esto no quiero decir que seamos responsables de nuestras enfermedades, sino que los procesos de enfermar están conectados con una naturaleza que los trasciende y que es importante contactar con ella. Dicen los analistas junguianos que la vida o la muerte no es mejor ni peor para el inconsciente, es decir, morir es un proceso más que a veces ocurre (de hecho todos moriremos en este cuerpo). Entre tanto, a través de los síntomas podemos tomar contacto con la naturaleza sutil que nos conforma y aprender a escuchar nuestro interior, que tanto sabe. Ver la enfermedad como un camino de aprendizaje la transforma en otra cosa, igual que ver la vida como una oportunidad de obtener conciencia sobre lo que es *ser* y estar vivo.

Quiero terminar con unas pequeñas pautas que me ayudan a vivir y a procurar algo de *salud*, que veo producto de una armonía cuerpo-espíritu, siempre en equilibrio incierto y difícil de obtener, pero no por ello menos deseable.

Llevar un cuaderno diario donde escribir lo soñado o la sensación al despertar, tratando de utilizarlo como una forma de estar en contacto interno.

Realizar tareas agradables y que permitan contactar con el poder curativo de la creatividad y del hacer con las manos como pintar, modelar, tejer, coser.

Incluir el movimiento de forma rutinaria: caminar, correr, bailar etc., cada cual con lo que se sienta mejor.

Practicar la escucha atenta del cuerpo y sus señales y antes de maldecir el dolor, escucharlo.

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ DE CHÁVEZ FERNÁNDEZ⁴

Para comenzar, ¿podría definirnos muy brevemente los conceptos de *salud* y *género* tal como se entienden en la actualidad?

Según la OMS, salud es el estado de bienestar físico, psicológico y social o, dicho de otro modo, el bienestar biopsicosocial. No se refiere, por tanto, sólo a los aspectos puramente físicos sino que tiene en cuenta la psicología y el entorno medioambiental de las personas. En cuanto al género, podemos afirmar que es el conjunto de valores sociales que configura lo que son los hombres y las mujeres y sus roles respectivos. Esos valores configuran identidades que deben adecuarse a roles prefijados. La clave de la relación entre salud y género reside precisamente en la normativización de los roles femenino y masculino. Aumenta la vulnerabilidad para enfermar en la medida que una persona acepta los aspectos negativos de esos roles o se rebela y se siente culpable por ello.

En algunos títulos de sus libros se repite el término *subjetividad*. ¿En que sentido emplea usted esa palabra en sus investigaciones?

En efecto, subjetividad me es una palabra muy querida. Con ella me refiero al modo cómo viven las personas, cómo interioriza cada una las normas, los roles que les han sido asignados. Por ejemplo, el de la maternidad. Trabaje o no, a la mujer se la sigue considerando mujer-madre, cuidadora de otros. Cuando nos rebelamos contra esta u otra prescripción, se nos descalifica. Ya no somos cuidadoras, ya no cumplimos con nuestro rol. En general, la reacción femenina ante esta descalificación es la culpa. No es raro que reaccionemos así porque ya la mitología ancestral hace de la mujer la culpable de los males del mundo. Ahí está el mito de Pandora, la causante de todas las desdichas. En un ámbito más próximo, de los fracasos de los hijos se suele hacer responsable a la madre, y los maltratadores culpan a la mujer por provocarles o por ser la causa de sus problemas.

La proliferación de programas de formación específicos de Salud y Género dirigidos a profesionales de diferentes ámbitos de la Salud parece indicar que los estudios formales (medicina, enfermería, psicología, etc.) no incorporan la perspectiva de género en sus temarios. ¿Es esto cierto o la adaptación de la Ley

⁴ Es profesora titular de Psicología Médica en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y responsable del Área de Psiquiatría del Equipo de Investigación Interdisciplinar Salud y Género, y del Seminario Género y Salud en dicha Universidad. También en la ULPGC ha dirigido los masters *Género y Salud con especialización en Violencia de Género* y *Experto en Violencia de Género* y ha codirigido el programa de Doctorado *Salud, psicoterapia y relación de ayuda*. Es Asesora del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Política Social y pertenece a la Red Nacional CAPS de Profesionales de la Salud con Perspectiva de Género.

Orgánica de Universidades del 2001, el *Plan Bolonia*, ha supuesto un cambio positivo en este aspecto?

La triste realidad es que la formación concreta en Salud y Género no está prevista programáticamente. En general, acostumbra a ser una iniciativa voluntarista de mujeres docentes. En mi caso concreto, desde 1990, he sido pionera en incluir esta materia en la asignatura troncal. La Psicología Médica, que yo imparto, suele ser percibida por una parte del alumnado como una *maría*, debido seguramente a la hipertrofia de lo biológico que descarta tendencias integrales, no exclusivamente biologists. Por supuesto que existen organizaciones muy eficientes. El Observatorio de Salud de las Mujeres es muy activo y ha obtenido éxitos notables como el Protocolo de Atención al Parto. En ámbitos de esta clase, se trata de establecer protocolos para una buena relación especialista/paciente que facilite un diagnóstico correcto basado en todo cuanto puede conducir a enfermar. No se obvia el género y se toma en cuenta lo psíquico incluso en casos de origen claramente orgánico. Pero es muy difícil obtener resultados inmediatos.

¿Se puede hablar de universalidad de la salud cuando se hace referencia a la salud humana, si el modelo de referencia es masculino?

Es obvio que el modelo de referencia es masculino, y eso ha tenido y aún tiene consecuencias terribles. Tradicionalmente, y justificándolo por los riesgos de un posible embarazo, las investigaciones se hacían exclusivamente sobre varones. En consecuencia, se creó un único prototipo al que se aplicaban los mismos tratamientos y dosis. O, en otros casos, como el del infarto de miocardio, se dio por supuesto durante años que las mujeres lo padecían menos, hasta que en 1990 se reconoció que había más fallecimientos femeninos por esta causa y que lo que se practicaba era una errónea interpretación de los síntomas.

Es imprescindible entender que la salud no es solo biológica y que los roles influyen en la enfermedad. Los hombres y las mujeres tenemos distinta fisiología y roles diversos, por tanto el diagnóstico ha de ser también diferente y personalizado. Nosotras soportamos peor nuestros roles -porque nos constriñen más-, padecemos mayor estrés, más ansiedad... La fibromialgia es un buen ejemplo.

El 90% de quienes la padecen son mujeres. Aparte de las causas biológicas, que existen, hay otras que tienen que ver con el sufrimiento psíquico, los abusos sexuales en la infancia y el estrés permanente. Las afectadas suelen ser mujeres hiperactivas que asumen excesivas responsabilidades y que necesitan, antes que nada, lo que yo llamo *poner el altavoz somático*, expresar su fatiga. En ocasiones, esta enfermedad es la única manera que encuentran de parar, de dejar sus obligaciones sin sentirse demasiado culpables.

Su alumnado, y en general el de otras universidades, ¿demanda programas de formación sanitaria que incorporen perspectivas de género?

Al principio, no, no existe tal demanda. Y eso que en la actualidad la proporción de mujeres en mis aulas es del sesenta y cinco por ciento aproximadamente, lo contrario de lo que ocurría hace treinta años. Además, son jóvenes brillantes, que han tenido que superar la nota de corte más alta de España. Pero hasta que no les pongo ejemplos prácticos, no saltan las alarmas a este respecto porque están convencidas de que el

hecho de estudiar en la Universidad y en el número en que están, significa que ya no existe desigualdad entre hombres y mujeres. Creen que es cosa del pasado. Aunque basta que tratemos el tema de la sexualidad, para que se pongan manifiesto las desigualdades. Mientras que los chicos siguen exaltando su virilidad, ellas temen la divulgación de su vida sexual porque reconocer que son activas en ese aspecto sigue siendo denigrante. En lo que se refiere a la salud, también hay que formar a los varones. Los diagnósticos de depresión, por ejemplo, se suelen hacer mal porque los hombres que acuden a consulta nunca hablan de su afectividad. Hay un elevado porcentaje de depresión masculina oculta, que se diagnostica como alcoholismo o drogadicción, y que se debe a esta ausencia de información. Esto produce, además, errores en las estadísticas y dificulta los estudios pertinentes.

¿Según su información, las mujeres que acuden a las consultas medicas demandan esa misma perspectiva de género a quién las atiende?

Tampoco. Hay que tener en cuenta que, en general, las enfermas no saben lo que les pasa, simplemente se encuentran mal. Por eso hay que formar a los médicos y médicas, para tratar a las pacientes con la sensibilidad necesaria. En el caso de enfermedades como la depresión, se acostumbra a medicarlas con psicotrópicos desde la primera consulta. Esto no las alivia de su angustia y su sentimiento de culpa sino que las convierte en lo que yo llamo *drogadictas legales*, consumidoras de fármacos durante largo tiempo. En mis clases, trato de que los chicos y chicas imaginen diagnósticos con sus propias madres. Se dan cuenta, entonces, de que hay dos grupos bien diferenciados: las madres que trabajan, que suelen estar muy fatigadas, y las que solo cuidan de su familia, que están más cerca de la depresión. Las soluciones, en las que reconocen que tiene implicarse toda la familia, consisten, en el primer caso, en lograr un reparto razonable de funciones, y en el segundo, en tratar de que la madre se abra al mundo más allá del hogar.

Aparte de las lesiones físicas, y aún en los casos en que estas no existen, ¿hay alguna relación directa entre la salud y las actitudes que implican violencia de género?

Las consecuencias de la violencia de género, incluso en sus formas más leves, son físicas y mentales: depresión, colon irritable, fibromialgia y otras. Hay que tener en cuenta que la violencia de género está mucho más generalizada de lo que parece, institucionalizada en el lenguaje y en otros muchos ámbitos simbólicos. Por otra parte, se producen situaciones problemáticas, como el conflicto entre el secreto profesional y la ley, que obliga a la denuncia de los profesionales de la medicina incluso cuando la afectada no desea interponer denuncias.

¿Confía usted en un cambio positivo a corto plazo?

En un futuro próximo, desde luego que no. El esfuerzo que se está haciendo dará resultados pero es un proceso muy lento. Los recortes en sanidad que ha anunciado el nuevo gobierno reducirán directamente la cantidad de equipos con orientación psicosocial e incidirán negativamente en los programas de Salud Sexual y Reproductiva y en la praxis de Prevención en Salud Sexual. Además, debemos reconocer que, tanto en congresos como en seminarios, son pocos los médicos y médicas que se sienten

realmente interesados en el tema de Salud y Género. Con frecuencia, acabamos teniendo la impresión de que formamos a los que ya son sensibles a estos problemas.

¿Qué podemos hacer las personas concienciadas para influir en las instituciones?

Organizarnos, no hay otra vía. Y también difundir y crear redes de denuncia. No podemos seguir dependiendo del voluntarismo, es necesario que alguien consciente de estos problemas llegue a puestos de responsabilidad. Hace falta educar a ambos sexos en valores de igualdad y, sobre todo, crear la conciencia de que la existencia de las personas puede cambiar, que es posible ser más felices y, en consecuencia, tener mejor salud.

**LA INFLUENCIA DE LA INDUSTRIA FARMACOLÓGICA EN LAS
POLÍTICAS DE SALUD Y EN LA MEDICALIZACIÓN DE LAS MUJERES****CONCEPCIÓN TOMÁS AZNAR⁵**

La llegada de los anticonceptivos orales, a este país, supuso un gran avance en la salud sexual de las mujeres. Sin embargo, muchas tienen (tenemos) la sensación de que, a partir de entonces, la industria farmacéutica puso el ojo en el cuerpo de las mujeres como fuente de negocio, y comenzaron a medicalizar todo lo referido al ciclo sexual y reproductivo ¿es eso cierto?

La industria farmacéutica, en su afán por obtener los máximos beneficios y lanzar productos al mercado, ha encontrado un importante mercado en las mujeres, pero no solo se ha centrado en los anticonceptivos orales, también lo ha hecho en lo referente a la terapia hormonal sustitutiva (THS), tratamiento de la osteoporosis, etc.

¿No cree usted que el exceso de medicalización puede convertir en enfermedad simples molestias, o incluso pequeñas alteraciones biológicamente naturales no patológicas?

SÍ, lo creo, por diferentes motivos: intereses de las industrias farmacéuticas, que quieren aumentar su mercado; la propia práctica médica, que en ocasiones decide indicar fármacos como la única solución al problema diagnosticado; la propia investigación científica que se centra en evaluar efectos de fármacos más que otras intervenciones de promoción de salud o de apoyo; las propias personas y las mujeres que delegan sobre los profesionales de la medicina las decisiones sobre el consumo de fármacos o de otras intervenciones. En atención primaria se sabe que la escucha y el acompañamiento a las personas enfermas y a sus familiares mejora su salud, más que las medicinas. En muchas ocasiones, las causas de pequeñas molestias se asocian a problemas relacionados con situaciones del entorno que son difíciles de abordar y ello desencadena a menudo ese malestar, que no va a controlar un analgésico o un antidepresivo.

¿Existe una definición universal de medicalización? ¿Y de Salud?

Aunque la medicalización se pueda abordar desde distintos campos, médico, sociológico, antropológico, etc., parece que hay un cierto consenso en determinar el concepto de medicalización como la consideración de problemas de salud que antes no se habían etiquetado como tales y que son objeto de tratamiento farmacológico. Este concepto incluiría: *considerar problemas no médicos, como tal*. Por ejemplo, el problema de las cuidadoras de personas dependientes, sobre las que recae una

⁵ Es Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, y Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Imparte su docencia en Salud Pública y Enfermería Comunitaria en la Universidad de Zaragoza. Desde el año 2004 hasta 2010 fue coordinadora del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer (SIEM) de la Universidad de Zaragoza. Pertenece a su Comisión de Género y Salud, desde la cual ha impartido conferencias, moderado mesas redondas y coorganizado jornadas sobre perspectiva de género y salud, integrando personas del ámbito de la docencia, investigación y asistencial así como a los/as usuarios del sistema. En relación con la investigación con perspectiva de género, es investigadora principal del proyecto *Evaluación de la perspectiva de género en proyectos de investigación en salud y análisis de las dificultades para su incorporación*, financiado por el Fondo de Investigación Sanitario.

sobrecarga de trabajo importante que se traduce en ansiedad, insomnio, malestar, cansancio, etc. La respuesta es medicalizar a la mujer con ansiolíticos o antidepresivos, más que encontrar soluciones en su entorno, por ejemplo compartir los cuidados que le permitan reducir esa sobrecarga. También haría referencia a *patologizar procesos que no lo son*, como las etapas del ciclo vital: ciclo menstrual, embarazo y parto, menopausia. Digamos que las mujeres estamos atadas e íntimamente ligadas a nuestro ciclo vital y se han encargado de hacernos dependientes de diferentes fármacos a lo largo de nuestra vida. Desde que se comienza con la menstruación, siguiendo con la planificación familiar, que ha recaído en muchas ocasiones en el consumo de anticonceptivos orales por las mujeres, y no digamos la menopausia. Respecto al concepto de salud, propongo como referencia el que señala Sara Velasco, donde incorpora el *modelo psicosocial de determinantes de salud*. Considera que la salud y el bienestar se ven afectados por las interacciones entre los factores económicos y sociales, el ambiente físico y el comportamiento individual, así como por factores hereditarios. El salario, empleo, vivienda, acceso a la educación y a los servicios básicos modulan los niveles de salud. También tiene en cuenta aspectos más psicológicos, relacionados con la construcción de la identidad, subjetividad, autonomía como personas, si se ha hecho en relación a los otros o como individuos, si se han cuestionado los imperativos de género, etc.

Cuando una asiste al servicio de Medicina Familiar, se encuentra con más mujeres que hombres esperando ser atendidas ¿Es que las mujeres tenemos peor salud que los hombres, o es que la salud de unas y otros es diferente? Porque, paradójicamente, el índice de mortalidad es mayor en niños que en niñas y las mujeres son más longevas...

El segundo informe de Salud y Género del Ministerio de Sanidad y Consumo, *Salud y género 2006: Las edades centrales de la vida*, editado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, señala que las mujeres enferman más que los varones y son más longevas, y también que tienen una peor percepción de salud y menor expectativa de vida saludable, lo que se puede explicar entre otros factores por: la sobrecarga de los cuidados hacia otras personas, la reproducción, las tareas no remuneradas, las situaciones de subordinación, abusos y la violencia de género, la doble jornada laboral, la competitividad, el ideal corporal, la eterna juventud. En los hombres, su modelo de enfermar se puede explicar por el mantenimiento de las relaciones de poder y el ideal de éxito y la competitividad.

Aunque mujeres y hombres somos biológicamente distintos, los roles de género que nos han sido asignados a lo largo de la vida nos exponen a diferentes riesgos medio ambientales, laborales, etc. Ello ha generado desigualdades en el nivel de salud y de acceso a los servicios. No obstante, la investigación en salud, hasta hace unos años, no ha prestado la misma atención a las mujeres y a los hombres. Se estudiaba el nivel de salud y factores asociados en los hombres y se generalizaba a las mujeres. ¿Este hecho ha condicionado que sepamos menos de la salud de las mujeres que de los hombres?

Se han realizado numerosas investigaciones en el campo de la Salud (tecnología, farmacología,...). Sin embargo, en un viaje a Egipto, pude contemplar, en uno de sus

templos, un friso de una antigüedad de 4000 años, donde se reflejaba un parto, y los utensilios que allí aparecían eran prácticamente idénticos a los que se utilizan en la actualidad ¿Cómo es posible que se haya avanzado tanto en la tecnología médica y en la farmacología y, sin embargo, se sigan utilizando los mismos utensilios desde hace cuatro milenios para atender el parto (cucharillas, fórceps, etc.)? ¿No resulta paradójico que haya tantas *pastillas* y aparatología ultra-avanzada mientras que, por otra parte, no se han resuelto algunos problemas que nos afectan de manera específica a las mujeres (como la fibromialgia) que se siguen diagnosticando y tratando como síntomas que no son patológicos?

En esta situación de crisis, las primeras medidas que están imponiendo los gobiernos (en plural, ya que la Sanidad Pública es uno de los Servicios transferidos a las Comunidades Autónomas) es el aumento del pago (copago) de los medicamentos a la ciudadanía afiliada a la Seguridad Social ¿Considera que esta medida puede afectar a las mujeres de manera especial?

Por supuesto. Las mujeres mayores en España son un grupo más vulnerable por dos razones fundamentalmente: son una cohorte de población que no tuvo un trabajo remunerado y por lo tanto tienen pensiones no contributivas (aquellas que han podido acceder a ellas), que son mucho menores que las de sus parejas, y además tienen una mayor esperanza de vida con mayor número de procesos crónicos que las hacen más consumidoras de medicamentos. Las mujeres mayores en España son más pobres que los hombres, lo que supone una barrera de acceso a los bienes. Cualquier copago, por pequeño que sea, va a suponer un aumento de las desigualdades en el acceso a los servicios, sobre todo para las personas más desfavorecidas, entre ellas están las personas mayores y sobre todo las mujeres.

¿Cómo podemos identificar una medicalización excesiva y cómo debemos actuar las mujeres ante esa situación?

Creo que no lo tenemos fácil. La información a la que tenemos acceso es demasiada, muchas veces es contradictoria y se guía por intereses de mercado y ello dificulta tener comportamientos más responsables respecto de nuestra salud. Creo que nos ayudaría a las mujeres el ser más conscientes de los mecanismos que han determinado nuestra socialización e identificar los elementos que condicionan nuestra salud. No delegando en los fármacos y en la medicina la solución a nuestros problemas; teniendo una actitud crítica y responsable respecto al consumo de los medicamentos que nos recetan y también respecto a las expectativas personales. Esto no lo podemos hacer solas, creo que debemos reflexionar, pensar y actuar juntas, ya que no es un problema de decisiones personales, sino que es una cuestión política.

HACER SOSTENIBLE EL SISTEMA ES UNO DE LOS RETOS AL QUE NOS
ENFRENTAMOS

CARMEN GONZÁLEZ – MADRID⁶

El nueve de febrero pasado, la Fundación Salud 2000, en la que usted ocupa la presidencia ejecutiva, realizó unas jornadas para analizar los retos y las oportunidades de la Ley 33/2011 General de Salud Pública. ¿Podría decirnos cuál es el principal reto al que se enfrenta esta ley?

Es una ley que aborda fundamentalmente aspectos preventivos de promoción de la salud general e individual. Incide en la educación y en la persona como agente fundamental en el autocuidado de su propia salud. Prevé la cesión de derechos individuales en pro de la salud general de la población (como la obligación de ceder determinados datos de salud cuando se requiera por motivos de epidemias, o en situaciones que se vea comprometida la salud general)....

¿Y la oportunidad más notable?

La oportunidad más notable es generar una mentalización colectiva de que todos somos importantes en esta finalidad, puesto que no sólo es responsabilidad del sistema sanitario. Prevé también estructuras de coordinación dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud para atender a los problemas que en esta área se detecten y poder planificar mejor las respuestas que hayan de darse.

En los últimos meses, a consecuencia de la situación de crisis, numerosas Comunidades Autónomas están transformando, a la baja, los servicios públicos de Salud, cerrando centros de atención, incorporando medidas para el copago de los medicamentos, etc. ¿Cómo considera que, en esta situación, va a ser posible aplicar la Ley General de Salud Pública cuando la Sanidad depende de los Gobiernos Autonómicos?

Considero que en estos momentos es muy importante hacer un esfuerzo por racionalizar el gasto sanitario, y eso pasa por la implicación de todos. Hacer sostenible el sistema es uno de los retos al que nos enfrentamos. Mejorar la eficiencia del sistema nacional de salud, teniendo en cuenta todos los actores: pacientes, médicos, administraciones, es fundamental. Hay que hablar de responsabilidad en todos los eslabones del sistema.

La Fundación Salud 2000 depende de los Laboratorios Merck ¿Está afectando a la industria farmacéutica el impago, por parte de la Administración Pública, que sufren las farmacias?

Desde luego que le está afectando y de una forma muy considerable. Los laboratorios farmacéuticos forman parte de nuestra industria. Invierten en investigación para el desarrollo de nuevas moléculas que puedan transformarse en medicamentos ue avancen

⁶ Se incorporó como presidenta ejecutiva de la Fundación Salud 2000 a finales de 2010, con el objetivo de aportar a la Fundación una visión global consecuencia de su dilatada experiencia en la Administración Pública. De formación jurídica, la trayectoria profesional de Carmen comienza ligada al Ministerio de Educación y Cultura, posteriormente al de Justicia y al de Asuntos Sociales. En 1997 es nombrada Directora del Gabinete Técnico del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, posición que ha ocupado hasta su incorporación a la Fundación Salud 2000.

en la curación de enfermedades..., que mejoren la calidad de vida del paciente. Como decía antes, el esfuerzo debe venir de muchas partes: el medicamento es una de ellas a tener en cuenta, pero evidentemente, no es ni puede ser la única.

¿Cómo se puede articular la puesta en marcha de una Ley General de Salud Pública dentro del proceso de privatización de servicios de Salud que se está produciendo en algunas Comunidades Autónomas?

Vuelvo a lo anterior: La racionalización de recursos es fundamental y la eficiencia puede estar en lo público y en lo privado. Por pertenecer a una u otra categoría no se es, a priori, mejor ni peor. El Estado y las Administraciones deben garantizar que todos los ciudadanos (con su responsabilidad) tengan acceso al mejor sistema de salud y para ello deben buscar la mayor rentabilidad (no sólo en términos económicos) de los recursos que se empleen.

¿La nueva Ley tiene en cuenta aspectos como la Salud sexual y reproductiva?

Hay una ley específica que regula estos aspectos, y es muy importante y razonable que así sea. La ley de Salud Pública tiene un ámbito más general pero en la medida que toca principios universales de prevención, educación y actuación de las instancias públicas, incide en todos los ámbitos de nuestra vida. ¡Qué duda cabe que en la salud sexual y reproductiva son fundamentales todos los conceptos que hemos señalado!

¿Cómo considera que la aplicación de esta Ley puede contribuir a la mejora de la salud de las mujeres?

No hace menciones concretas puesto que igualmente hay normas dedicadas a abordar circunstancias en las que la distinción de género tiene enorme trascendencia. Me remito a los argumentos esgrimidos en la pregunta anterior.

La Fundación Salud 2000 contribuye a promocionar la Salud tanto en el campo de la investigación, como en el derecho sanitario y en el asesoramiento de las y los profesionales de la Salud ¿existe algún programa específico que contribuya a la mejora y a la promoción de la Salud de las Mujeres?

Convocamos ayudas a la investigación para el desarrollo de proyectos que avancen en la mejora de la salud de las personas: algunos de ellos tienen como finalidad el estudio de determinadas patologías que pueden afectar a colectivos concretos: niños (por ej. tratamiento con hormona de crecimiento), y las mujeres que pueden desarrollar determinadas enfermedades, como especiales casos de cáncer: el de mama, por ejemplo, sobre los que se ha financiado algún proyecto. En todas las demás actividades indudablemente siempre tenemos en cuenta la condición mujer. Jornadas sobre fertilidad, monografías sobre salud sexual y reproductiva, etc. se aborda con esmerado cuidado lo que pueda afectar a las mujeres.

DOLORS LÓPEZ ALARCÓN⁷

Sra. López, según tengo entendido lleva tiempo trabajando en la formación de Alta Dirección en el ámbito empresarial ejerciendo, también, como Coach. Por ello, y dada su amplia experiencia en este ámbito, consideramos que es la persona adecuada para poder abordar un escabroso tema del que aún hoy, a pesar de que se produce con demasiada frecuencia y que, de vez en cuando, su impacto salta a los medios de comunicación, desconocemos cómo se produce, así como los mecanismos que se ponen en juego para llevarlo a cabo. Nos referimos al acoso. En primer lugar ¿podría decirnos qué es el acoso?

A mí me gusta utilizar la definición de Ramón Gimeno La Hoz, que define el acoso moral (o *mobbing*) como *la presión laboral tendente a la autoeliminación de una persona empleada, mediante la denigración social*. El acoso tiene como objetivo destruir la estabilidad psicológica de un ser humano utilizando los rumores, el descrédito... a través de la manipulación y acusando grupalmente de tal forma que la víctima, marcada, no puede defenderse porque su palabra no tiene ningún valor. La indefensión de la víctima proviene de la pasividad de las personas que son testigos, tal y como dice Marina Parés.

¿Qué patologías sufren las personas acosadas?

Dado que las situaciones de acoso producen una destrucción gradual de la propia imagen y de la autoestima, las víctimas pueden llegar a situaciones extremas de estrés que pueden desembocar en accidentes laborales e incluso en suicidio, todo esto acompañado siempre de un gran sufrimiento moral, psicológico y emocional.

¿Podemos hablar de una enfermedad laboral?

Aunque el acoso no está tipificado como una enfermedad laboral, sí que es el origen de enfermedades laborales reconocidas como tal.

Entonces, usted considera que sí debería estar reconocido como una enfermedad laboral

Considero que no sólo debería estarlo sino que, además, debería tener un protocolo de prevención y tratamiento en cada empresa.

¿Es que el acoso no se produce de la misma manera en todos los ámbitos empresariales?

⁷ Ha sido líder Sindical, a nivel Federal y Autonómico. Además, es experta en dirección y coordinación de Grupos. Durante doce años ha desempeñado un cargo público en una Televisión Autonómica, entre otras muchas actividades y responsabilidades, ejercidas dentro de diferentes niveles y competencias, en el ámbito educativo. Ha dirigido proyectos de Cooperación Internacional en la formación en género de profesionales de la Comunicación. Ha pertenecido a distintas Comisiones Ejecutivas del Partido Socialista. Además, es Profesora de FPA (Formación para Personas Adultas), Terapeuta, miembro de SEPYPNA (Sociedad Española de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente) y Formadora y Coach, dentro del ámbito Empresarial, de Alta Dirección.

El acoso se da en todos los ámbitos empresariales pero, especialmente, se produce en aquellos que tienen dificultades para despedir a las personas. Por ello, según Iñiqui Piñuel, *donde más casos se dan las situaciones de acoso, y por este orden, es en: la Administración Pública, la Sanidad, la Educación, los Medios de Comunicación, las Instituciones ideológicas y las Organizaciones No Gubernamentales.*

¿Existe un tipo de perfil de persona acosada y de persona acosadora?

Cualquier persona puede ser acosada, aunque con frecuencia nos encontramos que sufren acoso personas altamente cualificadas, populares, y que presentan cierta ingenuidad y un alto grado de confiabilidad en sus relaciones. En el perfil de la persona acosadora resaltan rasgos como su mediocridad, envidia, necesidad de control, inseguridad...

¿Existe algún tipo de acoso en el ámbito laboral cuyas víctimas más frecuentes sean las mujeres?

Las situaciones de acoso que, casi en exclusiva, tienen como víctima a las mujeres son las producidas por acoso sexual y de acoso por razón de sexo. También, con frecuencia, se produce el acoso moral, aunque este último se da tanto en hombres como en mujeres. Según tipifica el artículo 7.1 de la Ley Orgánica de marzo de 2007 para la Igualdad efectiva de Mujeres y Hombres: *...constituye acoso sexual cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.* El artículo 7.2, de la misma Ley dice que *...constituye acoso por razón de sexo cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.*

¿Y respecto al acoso moral?

El *mobbing*, o acoso moral, se manifiesta de diferentes modos: horizontal, descendente, combinado y ascendente. El porcentaje de casos entre iguales, u horizontal, es del 44% (¡¡!). El *mobbing* descendente (que se produce desde una persona de rango superior hacia una persona subordinada) es del 37%. El combinado (horizontal más descendente) se produce en un 10% y por último sólo en un 9% de los casos el *mobbing* es ascendente.

¿A qué se refiere cuando habla de *mobbing* ascendente?

El acoso moral ascendente es el que puede ejercer una persona empleada hacia la de rango superior en la escala laboral.

Desde algunas teorías feministas, se ha venido planteando que la incorporación de las mujeres a los ámbitos de toma de decisiones podrían mejorar, e incluso erradicar, situaciones como las que está planteando ¿Cree que esto es cierto?

Tanto en cuanto las mujeres no hemos sido, aún, capaces de modificar los modelos de relaciones afectivas en los que somos educadas, a causa del sistema de géneros, si acaso, precisamente el hecho de ser mujer, nos hace más vulnerables a la manipulación afectiva que ejerce la persona acosadora. Lo único que puede desmontar un proceso de *mobbing*, es decir de acoso, es *la luz* o, dicho de otra manera, poner en evidencia el hostigamiento, la mentira,

¿Cómo actúa el sujeto acosador?

El sujeto acosador actúa sobre la víctima y sobre su entorno, utilizando el entorno de la víctima justamente para transmitir sus descalificaciones, sus calumnias,... Normalmente hay otra persona de la máxima confianza del sujeto acosador que es la persona visible, mientras él desaparece de escena.

¿Quiere decir que el sujeto acosador tiene que tener cómplices?

Sí, pero la persona instigadora (la acosadora) siempre será la misma, y su cómplice, su mano derecha, será *quien haga el trabajo sucio*, pues generalmente tendrá actitudes más violentas, será quien dé la cara y quien arengará al entorno de la víctima. Por último, los testigos mudos no arengados, con su silencio se hacen cómplices, lo quieran o no, si no denuncian la situación.

¿Quiere decir que las personas que son testigos mudos del proceso de acoso son las únicas que pueden pararlo?

Claro, porque la persona acosada está carente de credibilidad y la acosadora está inmersa en el proceso de destrucción. ¿Quién, sino las personas que son testigos del proceso de acoso, puede dar esa *luz* de la que le hablaba? Tenga en cuenta que siempre hay testigos y que, de no denunciar esta situación, su silencio les hace cómplices del acoso. A veces, los falsos compañerismos o el miedo son causas que fuerzan a las personas a mirar hacia otro lado, pero con su silencio contribuyen a que el sujeto acosador se salga con la suya, destruyendo la vida de una persona.

¿Y cómo pueden hacerlo?

Pues actuando en justicia. Para parar un proceso de acoso, hay que reunir todos los pequeños detalles y evidencias para informar a la dirección de empresa y denunciar el acoso.

¿Y en el caso de que sea la dirección la que acosa?

En ese caso, la denuncia habrá que hacerla al Comité de Empresa, formado por representantes de las y los trabajadores, o al Comité de Seguridad e Higiene en el Trabajo, o a las Unidades de Igualdad, o a los recursos que existan en la empresa que sean garantes del respeto a los derechos del personal de esa organización empresarial.

Y ante esa denuncia, ¿qué puede hacer la empresa?

Poner fin inmediatamente a esa situación tomando medidas necesarias con urgencia (expedientes, medidas disciplinarias, etc..) En ningún caso debe caer en la trampa de ver como un problema a la víctima, y actuar inmediatamente y con contundencia para eliminar de raíz este acoso y cualquier otro acoso que pudiera suceder. En un clima sano, un acoso no puede prosperar. Es decir, que la mejor prevención consistiría en crear un clima laboral sano en el que fuera imposible el seguidismo a la persona acosadora.

¿Y esto, cómo se consigue?

No dando crédito a las insidias, a las injurias, a las calumnias, etc. propagadas por las y los compañeros y/o, en el caso de que se produzcan, no actuar de cómplice y denunciarlas a quien corresponda.

POR QUÉ SON IMPORTANTES LAS REDES DE MUJERES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**MARGARITA LÓPEZ CARRILLO⁸**

Si le parece, podemos comenzar haciendo un poquito de Historia. Usted, que tiene una larga trayectoria en el movimiento asociativo de mujeres, ¿podría decirnos cómo y cuándo empezó éste a fraguarse en este país?

Esta pregunta habría que hacérsela a Leonor Taboada o a Montserrat Cervera. A su lado, yo soy una recién llegada. Leonor trajo el movimiento de autoconocimiento en los años setenta, y Montse lidera movimiento de demanda del aborto libre y gratuito desde los 70 también. Ellas han sido mis maestras en el activismo por la salud de las mujeres. Tengo la suerte de formar equipo con ellas dos, junto a Carme Valls, desde que empezamos a hacer la revista.

¿Cuándo, y por qué, comienzan las mujeres a asociarse en torno a un tema como la Salud?

En una clase que dio Mari Luz Esteban en un curso que organizamos aquí en el CAPS hace unos años, comentó algo con lo que estoy muy de acuerdo: que durante los años setenta y principios de los ochenta (hasta la aprobación de la ley del aborto), los temas de salud formaron parte de la agenda política del feminismo pero a partir de entonces, por razones sobre las que haría falta pensar pero que no ahora mismo no sabría explicar, la salud de las mujeres dejó de ser un tema de mujeres, un tema de activistas, para volver a ser un tema de profesionales. La mayoría de los grupos feministas de salud que habían proliferado en las décadas anteriores, en torno, como he dicho, al derecho al aborto libre y al autoconocimiento y autogestión de la salud, desaparecen. Es en este marco de *desmovilización* que surge en el CAPS, en el año 91, el programa Mujer Salud y Calidad de Vida del CAPS, por iniciativa de Carme Valls. Carme no tenía experiencia feminista pero, a través de su práctica clínica, detectó la necesidad de que, no sólo la investigación y los profesionales cambien su mirada sobre la salud de las mujeres, también de que las propias mujeres sean protagonistas de su salud.

En el 95 empieza a trabajar con ella Montse Cervera que, como ya he dicho, viene de esa tradición precisamente, del *derecho a decidir*, y pertenece a uno de los pocos grupos feministas de salud que quedan (Dona i Salut). Pocos meses más tarde, me incorporo yo al equipo para ocuparme del Centro de Documentación y, casi simultáneamente, contacta con nosotras Leonor. Ese es el embrión del que surge, al cabo de dos años, la Red de Mujeres Profesionales de la Salud (RED-CAPS) que yo coordino. También es el núcleo de la Revista MyS, y, en combinación con el grupo de Dona i Salut de Ca la Dona, empieza a fraguarse la Xarxa de Dones i Salut de Catalunya (Red de mujeres y salud). La inspiración para estas dos redes no viene de las redes latinoamericanas:

⁸ Es Documentalista de Salud. Creadora y responsable del Centro de Documentación de Mujer y Salud de CAPS (1996). Cocreadora de la revista MyS (Mujeres y Salud). Coordinadora de la RED-CAPS (Red de Mujeres Profesionales de la Salud) desde su creación en 1998. Presidenta actual de la Xarxa de Dones per la Salut de Catalunya.

RSMLAC (Red de salud de las mujeres latinoamericana y del Caribe), Redsaude (Brasil). Actualmente, en España, a parte de la RED-CAPS y la Xarxa de Catalunya, hay un grupo en Baleares (ADIBS), otro en Madrid (Mujeres por la Salud), otro en Asturias (NIELDA) y yo diría que nada más. De modo que el movimiento de salud está despertando pero aún le queda. Sin embargo, aunque hay pocos grupos, el interés entre las feministas por al salud es muy grande, lo comprobamos las de la Xarxa en las últimas jornadas feministas, las de Granada, en que hicimos una mesa redonda sobre medicalización que tuvo un aforo impresionante. Y mucha gente vino a decirnos que estaba *hambrienta* de escuchar cosas de salud. A raíz de esto, la Xarxa está tratando de organizar unas jornadas estatales de salud con la ayuda de la Coordinadora Feminista. Ya veremos si nos deja la crisis.

¿Qué tipo de mujeres integran estas las asociaciones para la Salud (profesionales, usuarias, jóvenes, maduras, mayores) y dónde se ubican territorialmente (zonas urbanas, rurales,...)?

La RED-CAPS es una red de mujeres feministas o, como mínimo, interesadas en las salud de las mujeres y profesionales de la salud en un sentido amplio: hay médicas, psicólogas, enfermeras y trabajadoras sociales, pero también hay algunas sociólogas, periodistas, antropólogas, pedagogas, economistas, historiadoras, demógrafas o documentalistas de salud (como yo), profesionales que se relacionan de alguna manera con la salud. Esto da una gran riqueza a los debates e intercambios de la red. Son de muchas edades, desde chicas de veintitantos, recién licenciadas, a mujeres ya jubiladas de sesenta y tantos o setenta. Respecto a si son urbanas o no, la mayoría sí, pero es que hay mucha población urbana, más que rural. Pero también hay profesionales del ámbito rural, sobre todo médicas. Respecto a la Xarxa de Dones per la Salut, al tratarse de una federación de grupos, la composición es más variada. Hay grupos de activismo puro, como Dona i Salut de Ca la Dona, de activismo y actividad sanitaria, como Creación Positiva, que es un grupo de prevención y asistencia a mujeres seropositivas, de autoayuda, como el grupo AGATA (afectadas de cáncer de mama) o los grupos de lactancia materna, o de activismo y formación/investigación como CAPS. Esto también es una riqueza enorme.

¿Existe alguna especialidad cuyas profesionales sean más proclives a asociarse que otras?

No lo sé. Yo diría que no. La tendencia a asociarse, desde mi experiencia de catorce años al frente de la RED-CAPS y doce en la Xarxa, es que hay personalidades proclives a asociarse, más que nada. En la RED-CAPS hay más médicas que psicólogas (que son los dos grupos mayoritarios) pero quizá se deba a que muchas médicas se asocian en este el único lugar y las psicólogas suelen estar en más sitios, no sé. Habría que hacer un estudio.

¿Qué beneficios obtienen las profesionales de la Salud que forman parte de este movimiento asociativo?

Cuando una médica, psicóloga o enfermera descubre la existencia de la RED-CAPS, lo primero que dice es *pensaba que estaba sola* o *qué maravilla que esto exista y qué pena no haberlo sabido antes*. Tenemos una socia en la Patagonia, por ejemplo, una médica rural de los confines de Argentina, en la zona más pobre, que nos descubrió por Internet

y desde entonces tiene la sensación de que ya no está sola a pesar de estar tan sola (sola porque hay pocos médicos por la zona y sola porque no hay ninguno/a que vea la salud y la medicina y a las mujeres como ella). Este es el primer beneficio. Luego, es lo que supone un foro auténticamente multidisciplinar. Cuando empezamos, en los primeros seminarios anuales, recuerdo que la gente se escuchaba con sorpresa, respeto y una gran sensación de vértigo. Les unía el interés por las mujeres y su salud y el rechazo a la medicalización, pero escuchaban discursos que nunca habían oído. Las médicas escuchaban a las psicólogas y a las enfermeras por primera vez en su vida, y a la inversa. Poco a poco, este intercambio ha ido dando lugar a una apertura de miras y de discursos muy interesante.

¿Esta experiencia se refleja en el *modo* de ejercer su profesión? ¿Cómo? ¿Cómo se benefician las usuarias de los Servicios de Salud?

Sí, desde luego. Te cuento un ejemplo concreto. Ahora, muchas psicólogas de la red, cuando tratan a una paciente son capaces de detectar que hay algo que no funciona bien y que no es psicológico, y se la mandan a alguna médica a ver si pasa algo con el hierro o con tiroides o con la vitamina D, ya que esas carencias dan una sintomatología muy parecida a la depresión. O, a la inversa, las médicas han empezado a darse cuenta de que si no saben cómo vive esa mujer, qué relaciones tiene, qué preocupaciones o traumas, ya pueden estar dándoles fármacos que no arreglan nada.

¿Qué impacto han tenido, sobre la sociedad española, los movimientos de mujeres para la Salud? ¿Cuáles han sido sus logros? ¿Cuáles sus decepciones? ¿Cuáles son sus retos?

Bueno, el principal impacto, ya lo he dicho al principio, fue la Ley de Aborto que, aunque limitada, marcó un hito. Yo soy de la generación de veinteañeras que teníamos que ir a abortar a Londres. Lo ocurrido en los últimos años: las denuncias a clínicas y mujeres, la nueva Ley de Aborto y la amenaza actual de echarla atrás de nuevo y volver a poner la decisión en manos de todos menos de las mujeres, demuestra que hay que renovar los pactos entre feminismo y movimiento de salud. Por otro lado, el logro de estos últimos diez años, gracias a la RED-CAPS y a la revista MyS (modestia aparte), es haber sensibilizado a muchas mujeres respecto a la medicalización, es decir a la intervención médica y farmacológica excesiva en la vida y la salud de las mujeres. Logros concretos son por ejemplo, el movimiento contra la vacuna del virus de papiloma humano que ha levantado mucha polvareda y ha hecho que saliéramos en todos los medios de comunicación. O contra la terapia hormonal sustitutiva (menopausia), promovida insistentemente por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología), una sociedad que, aparte de misógina, es prácticamente el portavoz de los laboratorios que fabrican la THS. En este sentido, desde la Xarxa *obligamos*, como quien dice, a la Agencia Española del Medicamento, la AEM, a sacar una nota informativa para profesionales y pacientes en 2008, desaconsejando la terapia hormonal sustitutiva, como ya había hecho en 2004, y en respuesta de un comunicado de la SEGO, que decía que había nueva evidencia de calidad que avalaba la terapia.

¿En qué Comunidades Autónomas ha *prendido* más el movimiento y por qué motivos?

Yo creo que actualmente hay grupos de salud o relacionados, más o menos feministas, en muchos sitios, pero que no los conocemos. Hay, seguro, grupos de mujeres pequeños haciendo cosas super-interesantes pero que no están conectados con nadie porque, igual que las profesionales antes de conocer la RED-CAPS, piensan que están solas. Esta es una de las razones que nos empujó a montar la Xarxa de Dones per la Salut en Catalunya y sería estupendo poder llegar a montar algo parecido a nivel estatal. Respecto a la RED-CAPS, tiene miembros en todas las comunidades menos en Extremadura. Las CCAA con más participantes son Madrid y Catalunya (como es normal) pero también hay mucha gente en Andalucía, Canarias, Aragón, Baleares, Asturias y Valencia.

En general, ¿cuál ha sido y es el principal obstáculo para el desarrollo de este movimiento?

En lo que respecta al activismo, es lo que he dicho antes, el hecho de que la mayoría de las mujeres, también las feministas piensen que la salud es cosa de profesionales, no creen que haya una mirada feminista para abordar la salud ni que hace falta que mujeres no profesionales la aporten. Es como si pensarán que la salud es *aséptica*, políticamente hablando, que no tiene ideología. Como se supone que la medicina es una ciencia, no piensan que tiene un sesgo androcéntrico o que está contaminada por los intereses comerciales de la industria médico-farmacéutica.

Y ahora hablemos de Redes: según parece las redes tienen sesgo de género porque los hombres no son tan proclives a trabajar en Red, fuera de internet, ellos parecen tener preferencia por las Federaciones, los organismos colegiados... ¿Podría explicarme en qué consiste una Red y en qué se diferencia de otros modelos de organizaciones?

Una red como la RED-CAPS es una organización bastante informal en el sentido de que no tiene un NIF, no está dada de alta en el Registro de Asociaciones, no tiene una junta ni nada de eso, es una organización que, como única estructura fija, tiene una coordinadora, que soy yo, que tiene el mandato de conectar a la gente y filtrar la información. Aunque esto es posible porque hay una asociación, CAPS, que es quien paga mi sueldo y me permite hacer esta labor. Es una red independiente de las administraciones y de los intereses privados. Al no tener una estructura organizativa oficial, no aparecen en ella luchas internas por el poder y, cuando ha aparecido, han muerto por falta de oxígeno. Se ha planteado en dos ocasiones si nos convertíamos en una sociedad científica (para ser tratadas con más respeto por las sociedades existentes que encuentran esta red poco *seria*) pero la mayoría de la gente ha preferido seguir funcionando como hasta ahora ya que es un modelo que permite una pluralidad que no es posible en una sociedad. En la red sólo hay un par de consensos básicos: uno, el interés por la salud de las mujeres, y dos, el rechazo a la medicalización. Todo lo demás se puede compartir, disentir y debatir. Estos dos consensos básicos ni siquiera hay que decirlos cuando alguien se da de alta ya que lo comprende pronto y si no es su enfoque (su ideología) ella misma se va (selección natural).

Usted, que ha sido una de las principales impulsoras de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud del Estado Español (RED-CAPS), podrá explicarnos por

**qué y para qué *enredarse* ¿No es mucho lío? ¿Qué ventajas tiene trabajar en Red?
¿Y los inconvenientes?**

Pertenecer a esta red sólo tiene ventajas. Se saca un montón de información útil y se comparte la soledad (esto es lo principal que aporta la red a sus miembros). No es incompatible con cualquier otra militancia o activismo, y es una cantera para encontrar colegas con las que hacer proyectos. Y todo por el módico precio de una cuota anual que hasta ahora era de 40€ y a partir de ahora será de 60€.

¿Por qué son importantes las redes de mujeres en el ámbito de la Salud?

Las redes, de todo tipo, las de tipo profesional como RED-CAPS, donde se dan abordajes profesionales tan diversos (cosa que no es frecuente), y las de grupos de mujeres, como la Xarxa de Salut, son muy necesarias porque sacan el debate sobre la salud de los ámbitos científicos. Desacralizan los temas de salud y visibilizan la salud de las mujeres como algo diferente a la salud de los hombres. E incorporan la idea de que el campo de la salud no es algo objetivo sino que también hay una manera feminista de concebir la salud.

Por último, Margarita, ¿cómo considera que las Redes para la Salud pueden contribuir a mejorar el futuro de la Salud Pública, tan amenazado como está en este momento?

Sé lo que estamos intentando: introducir en las carteras de servicios pruebas diagnósticas que no se hacen y a las mujeres les beneficiarían. Evitar que se hagan otras que no son importantes. Llegar a cuantas más profesionales mejor para modificar el modo en que se atiende y tratan los problemas de salud de las mujeres. Y a cuantas más mujeres, para que se adueñen de su salud y dejen de creer que cuanto más atención médica mejor salud. Llamar la atención sobre la medicalización, sobre las maniobras interesadas de los laboratorios y la concepción médica de que el cuerpo de las mujeres es *problemático*. Llamar la atención sobre los efectos en la salud de las mujeres de sus condiciones de vida y trabajo, sobre el estrés crónico (producto de su papel de cuidadores universales y permanentes). En fin, en esto estamos.

CON LAS QUE OPINAN ALLÁ Y ACÁ
LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER EN LATINOAMÉRICA: ¿UNA SUMA DE INEQUIDADES?

RAFFAELA SCHIAVON ERMANI⁹

El estatus de la salud reproductiva de las mujeres, en la región de América Latina, sigue remarcando la deuda que los gobiernos de la región tienen con sus mujeres, en particular con las más jóvenes, las menos escolarizadas, las más marginadas y las más pobres. No pueden abatirse la elevada mortalidad materna y la alta tasa de embarazo en adolescentes sin reducir las brechas de inequidades de género y de desarrollo humano en la región. Para eso, se necesitan programas integrales de desarrollo y sobre todo, voluntad política.

Hace ya más de tres lustros, en las Conferencias Internacionales de Cairo y Beijing, la mujer surgió como la protagonista central de la agenda de salud y desarrollo de los países. La agenda gira entorno a diversos ámbitos, descritos en el cuadro 1, La mujer en la Agenda de Cairo y Beijing: 1: La mujer y la pobreza; 2: La educación y capacitación de la mujer; 3: La mujer y la salud; 4: La violencia contra la mujer; 5: La mujer y los conflictos armados; 6: La mujer y la economía; 7: La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; 8: Los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; 9: Los derechos humanos de la mujer; 10: La mujer y los medios de difusión; 11: La mujer y el medio ambiente; 12: La niña (y adolescente).

En esta agenda, se hace patente cómo situaciones muy diversas (que se conocen como los determinantes sociales) se entrelazan e interactúan para impactar en el nivel de bienestar, educación y desarrollo, incluyendo la salud, física, mental y social, de la persona en general, y de la mujer en particular. Como parte de estos consensos, los países se comprometieron a promover la equidad en el goce de los derechos esenciales de las mujeres, como, entre otros: elevar su nivel de escolaridad, gozar de opciones reproductivas saludables y elegidas, garantizar su acceso a la participación laboral, con salarios paritarios y dignos, tener participación política igualitaria, ser libres de violencia de género, y no padecer de los estragos del medio ambiente.

En estos años, ha habido avances en la región desde las instituciones gubernamentales, debido a acciones específicas, a cierta voluntad política, a programas y presupuestos asignados. Por su parte, las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil han promovido y fortalecido el monitoreo y fiscalización de los avances, sumándose a la obligación de informar y reportar a los Comités de seguimiento regionales e internacionales, sobre los Planes de Acción y de los Tratados Internacionales.

La brecha entre lo comprometido y lo logrado, sin embargo, es todavía muy amplia. En los países de la región, se reflejan de manera diversas las inequidades, tanto en el nivel

⁹ Es ginecóloga y endocrinóloga de formación, ha dedicado muchos años de su carrera trabajando a favor de las mujeres, en particular de las adolescentes. Se ha desempeñado como médica clínica, investigadora y funcionaria pública de la Secretaría de Salud de México. Actualmente, es directora de país de IPAS México, organización no gubernamental que se dedica a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo su derecho al aborto legal y seguro

de desarrollo como en términos de género. Para medir de manera concreta estas inequidades, y comparar entre países y en el tiempo los avances o retrocesos, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha construido Indicadores específicos: el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que mide de manera conjunta la esperanza y la calidad de vida, así como el alcance educativo de las mujeres, y el Índice de Desigualdad de Género (IDG). Este último refleja la desventaja de la mujer en tres ámbitos -salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral- y mide la “pérdida” en desarrollo humano debido a la desigualdad entre los logros de mujeres y hombres en estos tres ámbitos. Los dos indicadores de Salud Reproductiva incluidos en el IDG son la Razón de Muerte Materna y la Tasa de Embarazo Adolescente: dos variables particularmente sensibles para medir avances o retrocesos y que además participan de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud Reproductiva (ODM 5a y 5b).

Estos indicadores de salud reproductiva y de desigualdad de género están estrechamente ligados con el desarrollo socio-económico de las mujeres: donde el nivel de subdesarrollo es mayor, mayores son las tasas de mortalidad materna y de embarazo adolescente. América Latina sigue siendo la región del mundo con el nivel más pronunciado de desigualdad en el ingreso. En su interior, existen países como Haití (IDH 158; IDG 123), Guatemala (IDH 131; IDG 109) Nicaragua (IDH 129; IDG 101) y Honduras (IDH 121; IDG 105). Aquí, en los países más pobres de la región, las muertes maternas son más de 100 por cada 100,000 nacidos vivos (NV); y en Haití, son tres veces más altas (300 por cada 100,000 NV). Aquí mismo, por cada 1,000 adolescentes, entre 93 y 112 se reportan embarazadas.

Al mismo tiempo, en la misma región, coexisten países como Chile (IDH 44; IDG 68), Argentina (IDH 45; IDG 67), Uruguay (IDH 48; IDG 62) y Cuba (IDH 51; IDG 58), donde las muertes maternas oscilan entre 26 (Chile) y 70 (Argentina) y la tasa de embarazo adolescente varía entre 45 por mil en Cuba y 61 en Uruguay.

Aun al interior de los países, estas profundas diferencias e inequidades se siguen replicando, ya sea en los niveles de desarrollo como en la inequidad de género, y por supuesto, la salud reproductiva. En México, por ejemplo, las entidades federativas más pobres, marginadas y con mayor porcentaje de población indígena (Guerrero, Chiapas y Oaxaca) presentan la mayor mortalidad materna (entre 107 muertes por 100,000 NV en Chiapas y 92 en Oaxaca para el año 2009) y en general también la mayor fecundidad adolescente (87 por mil en Chiapas).

Detrás de las cifras y de los indicadores, que sirven para exigir avances y dar seguimiento a los logros -la famosa “*accountability*”- hay que recordar que hay personas de carne y hueso, mujeres que pierden la vida, niñas que dan luz a niños, adolescentes que tienen que abandonar la escuela por un embarazo, niñas violadas obligadas a parir, arriesgando su vida y su salud mental; adolescentes sin acceso a información, educación o métodos anticonceptivos, en especial a la anticoncepción de emergencia; mujeres de todas las edades que se someten a un aborto inseguro, arriesgando su vida, su salud y su libertad para interrumpir un embarazo que en ese momento no desean o no pueden continuar.

Todo esto, en el campo de la salud, puede deberse a falta de programas o a insuficiencias en los servicios, en los recursos humanos y en los presupuestos, así como

a actitudes negativas y capacidades técnicas deficientes en los servidores públicos. Acabamos de ratificar también que se asocia, de manera inextricable, con una ausencia de programas e inversiones sustantivas en educación, de infraestructuras para el desarrollo, medidas de protección para el ambiente, en suma, de oportunidades de progreso para toda la población, en particular para las mujeres.

Sin embargo, con mucha frecuencia en nuestra región, la ausencia de avances en el desarrollo, la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, se debe a una falta de voluntad política, mezclada con concepciones ideológicas, morales y religiosas que nada tienen que ver con la evidencia científica y que desconocen o reniegan la perspectiva de género y el marco de derechos humanos de las mujeres, niñas y adolescentes.

No poder tiene justificación; no querer es imperdonable.

ANA ZABALETA¹⁰

¿Podría explicarnos qué es el *coaching*? ¿Cuáles son las funciones de una coach?

El *coaching* es una disciplina novedosa, aunque no nueva ya que tiene más de 20 años, en la que un entrenador o coach acompaña en un proceso de avance hacia una o varias metas a su cliente o *coachee*. Se utiliza la técnica de las preguntas, en la que el coach, no suele dar indicaciones a su cliente, sino que le hace preguntas poderosas para que este llegue a las respuestas por sí mismo.

¿Por qué usted, como coach, se dirige a las empresarias en particular?

Creo en la especialización. Realmente la gente no compra *coaching*, sino resultados. Tener una especialización es fundamental tanto a la hora de venderte como de ofrecer un buen servicio a tus clientes. Soy mujer empresaria, y qué mejor nicho de mercado para ayudar, que este en el que me encuentro yo misma. Así me es más fácil ponerme en los zapatos de mis clientas ya que pasé y paso por sus mismas inquietudes.

¿Qué diferencia a una empresaria de un empresario cuando deciden emprender?

La verdad, no me gusta generalizar, cada persona es un mundo. La empresaria es más valiente y se encuentra con más problemas, tanto por la discriminación como porque suelen cargar con más obligaciones, pero como te digo no me gusta generalizar, hay hombres muy valientes y que cargan con tantas obligaciones como las de muchas mujeres.

¿Y en el ejercicio de su función durante el desarrollo de la empresa?

Las mujeres suelen estar más abiertas a las colaboraciones y a aplicar nuevas estrategias ya que suelen ser menos críticas. Los hombres suelen ser más tradicionales, pero como te digo hablo en líneas generales y en base a mi experiencia, no me baso en cifras.

¿Y en el acceso a los espacios de toma de decisiones? Porque sólo un 11% de mujeres están presentes en los Consejos de Administración, a pesar de que los currículos del estudiantado femenino, porcentualmente, son más brillantes que los del estudiantado masculino...

Todo esto suele deberse a una cuestión de que practicidad, los empresarios quieren a alguien totalmente dedicado a la empresa, y saben que una mujer es más fácil que se vea repartida entre familia y trabajo. De todos modos, son temas que no entran en mi tipo de cliente. Yo trabajo con mujeres empresarias que son libres y toman el control de su vida, no que dependen de un empleador que es quien decide sobre sus vidas, sus puestos

¹⁰ Es Empresaria especialista en Coaching. Master en Coaching Organizacional por Coaching Lab. y coach por la International School of Coaching. Miembra del Comité Ejecutivo de la AIDCP (Asociación Internacional de Coaches Profesionales) y de la AICC (Asociación Internacional de Coaches y Consultores). Participa en el Proyecto de Creación de Empresas de la Dirección General de Formación Profesional de la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias.
www.coachdelaempresaria.com

y su capacidad de decisión. De hecho, gran parte de mi trabajo consiste en enseñarles a salir de la posición de víctimas y tomar el timón de sus vidas y sus negocios.

Con la A, ha revisado diferentes programas de formación (cursos, grados y postgrados) dirigidos a la formación del empresariado y/o personal directivo y lo que hemos encontrado es que, todos ellos, parecen estar dirigidos a personas que nunca van a tener responsabilidades familiares, que son dueños de sus tiempos y que tienen la ambición como un valor positivo, es decir que la formación del empresariado parece estar dirigida a los hombres casi en exclusiva ¿No cree que esto puede ser un obstáculo añadido para que las mujeres se decidan a crear o dirigir una empresa? ¿Incluso a decidirse por este tipo de estudios?

La verdad, no tengo esa sensación. De todos modos creo que todo se puede hacer, y que unas cosas no quitan otras. Para algo está el aprender a gestionar el tiempo, el establecimiento de prioridades, cosa necesaria tanto en la empresa, como para poder llegar a todo. Además, hoy en día, en Internet, hay todo tipo de cursos empresariales, hasta para madres con poco tiempo. Quizás creo que esto puede ser una mala interpretación porque lo que sí es verdad es que estos cursos no van dirigidos a gente que no quiere tomar el control y culpa a los factores externos, sino a gente que toma el control y se hace responsable. Por otro lado, la ambición debe ser un valor positivo, porque es la que va a generar riqueza e inquietud por mejorar. La ambición es mala cuando pasa por hacer daño a otras personas. Creo que ser dueña de tu tiempo es algo que depende de nosotras, es una elección y una decisión. No podemos colocarnos en situación de víctimas esperando a que cambien las cosas. De hecho, si no se saben hacer dueñas de su tiempo, ni hacerse responsables de sus acciones, no van a poder ser empresarias, o al menos no tendrán éxito. Tengo clientas que son madres y están muy ocupadas, pero gestionan su tiempo, delegan y se adaptan a las circunstancias, sin tener que renunciar a sus proyectos empresariales.

A pesar de todo, en este país, el 95% del tejido empresarial son medianas y pequeñas empresas y, sobre todo estas últimas, están constituidas por mujeres ¿Cómo puede articular una mujer su vida familiar y personal con el rol de empresaria sin que ello le suponga tener que realizar renunciaciones severas o acumular cansancios excesivos?

Aprendiendo a delegar, tanto en su negocio como en su familia. Hemos asumido que tenemos que hacernos cargo de todo, con lo cual los hombres no se preocupan. La mujer podrá hacerlo en el momento que sencillamente lo haga. Y no haga más allá de lo que puede en pro de sus parejas.

Usted también trabaja con empresarias de América Latina ¿Existe alguna diferencia sustancial entre las mujeres empresarias de “allá” y las de “acá”?

Sí, precisamente a las de allá les cuesta más eso de delegar en sus maridos. En A L la cultura es aún más machista. Hay más dificultades económicas y el nivel cultural suele ser más bajo, por lo que les es más complicado tanto a la hora de invertir como de perder miedos.

¿Qué tendría que cambiarse, social, económica y culturalmente, para que las mujeres no tuvieran que hacer renunciaciones personales para poder desarrollar un proyecto empresarial?

El cambio comienza por nosotras mismas. Tanto hombres como mujeres en algún momento tenemos que renunciar a algo. La pregunta es qué están dispuestas a hacer por sus proyectos y a qué están dispuestas a acostumbrar a sus parejas y familiares para no verse limitadas.

En estos momentos de crisis, ¿animaría a las mujeres desempleadas a crear una empresa?

Por supuesto que sí y precisamente ahora más que nunca, ya que tal como está la economía actualmente, buscar esa falsa seguridad del empleo las pondría cada vez más en situación de víctimas, donde además no tendrían ningún control. En cualquier caso, tanto empleada como empresaria, es importante mantener la mentalidad empresarial, donde no se pongan todos los huevos en la misma cesta y se tenga gran parte del control. La empleada debería mirar a su empleador como a un cliente, si su cliente, o sea su jefe, gana más dinero gracias a su trabajo, tendrá el puesto asegurado.

PEP APARICIO GUADAS¹¹

Es curiosa, solamente curiosa, la sensación que te invade cuando lees los titulares periodísticos que fabrican algunos de los miembros del actual gobierno y, en especial, el del antaño piropeado alcalde de Madrid, cuando declara, urbi et orbi, que las mujeres, embarazadas o no, están siendo sometidas, en la sociedad española, a una presión inaudita e intolerable para no ejercer su derecho a la maternidad, y que esta violencia estructural, que subsiste en el imaginario educativo, cultural y social, obstaculiza de manera vehemente la realización de las mujeres... ese parece ser el gran obstáculo para que las mujeres asuman su cuerpo y su palabra, y los ejerzan desde una dinámica autónoma –dándose a sí mismas las leyes que consideren- y libremente; ellas y no los hombres en su deseo y necesidad de pastoreo.

Es quizás una violencia estructural que se muestra discreta pero contundente en el ámbito educativo, ético y político, de manera permanente parece ser, y que en estas opiniones del actual ministro del gobierno de España, aflora a la superficie connotando acaso las raíces y las ramas, posiblemente el humus y el estiércol con los que se ha alimentado... ese sempiterno genio y espíritu español, inmisericorde y malaventurado, que escinde razón y vida así como trata de condenar, aquí y ahora, a las mujeres –y también a los hombres que con ellas compartimos y constelamos esos tiernos momentos de amor y de vida- al suicidio de su autonomía y su ciudadanía, en virtud de una absoluta concepción autoritaria, enferma y mortal de la mujer. Una violencia estructural que tú no sabes si es mítica o divina, pura o impura... pero en esa boca deviene poder, más o menos legítimo, y autoridad, más o menos justificada, que actúa con fuerza de ley en ese panorama devastador que te quiere vender, con la gravedad y textura de un tirano, sin corona ni cetro, en un melodrama barroco salvífico que quiere y necesita prefigurar un mundo y un orden, ambos nuevos. Una nueva realidad está en restauración... y llega por la fuerza esencial de las voces de algunos hombres y, también, de unas pocas mujeres, que temen a la vida y quieren conformar un vasto movimiento de retorno al pasado; que tienen una cierta nostalgia conservadora, romántica y patriarcal, de unos tiempos caducos, en los cuales las mujeres requerían de la protección y el control de un amo a full time que las situaba –y nos situaba también a los hombres que disentíamos y disentimos- en un infierno terrestre apaciguado religiosamente por la perenne envidia masculina hacia las mujeres que, ahora mismo, vuelve a desatarse con las contrarreformas normativas –con especial atención las que atentan directamente contra la igualdad en la educación, en el trabajo, en la vida cotidiana...-, que enuncian el advenimiento de nuevas prácticas –un modo de actuar y de pensar- conformadas en una cruzada triunfal, desapasionada y fría, que inunda las aulas, los medios de información, el cine y los videojuegos, etc. y que, en las manifestaciones y acciones en

¹¹ Es maestro ignorante; editor; miembro del consejo gestor del Instituto Paulo Freire de España; miembro de los consejos de dirección de las revistas *Quaderns d'educació Contínua* y *Educación y formación de personas adultas* y editor de la revista on line *rizoma freireano/rhizome freirean*.

torno a esta cuestión, vuelven a presentarse y de las cuales, el discurso del ministro, son un simple exponente. Es una realidad en la cual la mujer es y está ausente, no sólo no está en el mundo sino que, sobre todo, se le fuerza a traer el mundo al mundo –del cual ella es y está extrañada-, bajo las condiciones y los requisitos que el varón domado o domesticado quiera establecer, bajo su perversa batuta, para que se pliegue exclusivamente a la servidumbre celosa de los deseos de este prototipo de hombre y además navegue inclusivamente en el ámbito doméstico que le es connatural, así como también lo es el hecho diferenciador y diferenciante de ser madre, no sabes si matutina o vespertina, que ha de consumir de manera imperiosa, lo cual, como decía María Zambrano, *nos preocupa a quienes esperamos con impaciencia la plena entrada de la mujer en el imperio de la dignidad.*

Es una sensación de irrealidad, como si de repente, te hubieses trasladado y habitaras otro tiempo y otro lugar; como si hubieses desnacido a un nuevo mundo dogmático en el cual la fuerza de la ley la hayan transformado en derecho, es decir la ley de la fuerza, y en él, tu corazón se hubiese quedado en pausa y su sonido, primer esbozo de una indiscutible música, hubiese desaparecido, anunciando un mutismo y, quizás, ¿una temporalidad marcial? Y también, por supuesto, los actos que suscitan y manifiestan tus resistencias, unas resistencias para un pueblo que todavía no existe, que está haciéndose, en marcha y en proceso, esperanzado en las aulas, en las plazas, en los centros autogestionados... aquí; y en él las mujeres tienen mucho que decir y hacer, acaso, piensas, junto con los hombres.

CON LAS QUE ESCRIBEN Y LEEN
VER SACRUM, DE ROSA M^a VILARROIG¹²

Se dice que desde la segunda guerra
Púnica no realizáis ofrendas a los dioses.
Ni frutos ni animal, ni usanzas
fueron incinerados,
ni flores primaverales
doblaron la gesta desesperada
de lo imposible.

El desafecto engrandeció erarios
encadenados a sí mismos,
y el gran trofeo,
recalado en brazos de la muerte,
fue discrepante y tal vez altivo.
Sabed que el ser remoto, antes de morir
o cometer perjurio,
proveía favor refulgente
para no equivocar ambición
por verdad.
Alguien esparció sobre doblete
libaciones infinitas de trances feudos
y el poder acumuló codicia
y liviandad.

Vociferado tras el silencio impuro,
el desamor, desde el perigeo al núcleo,
imponía dominios sin razonar.
Acaso en íntima soledad,
su lamento presidiera elegías
que nadie inculpaba.

¿En qué lugar depositó el viejo tabú
el inicuo altillo de albor,
la sentencia máxima donde el silencio

¹² Es profesora de Pedagogía Terapéutica y Psicomotricidad, poeta y escritora.

OBRA:

VILARROIG, ROSA M^a. La mujer y la escritura. Asperkía nº6. Ed. Univesitat Jaume I. Castellón, 1996.

VILARROIG, ROSA M^a. Espejo de Alabasdría. Huerga y Fierro. Madrid, 2001.

VILARROIG, ROSA M^a. Eloísa muere por hablar. Asperkía nº14. Ed. Univesitat Jaume I. Castellón, 2003

cumplimenta su sazón?

Pero, recuerda: tras la sempiterna
interrogación, el gran vitral
de la Naturaleza -llamado insurgente-
sobre amor recrece.

En vibrante cenefa
transmigra regiones de luz devenida
donde habitan ocultas doncellas
en los doce números del círculo;
audaces confieren hidalguía
al firmamento.

En punto vernal, rasgada la máscara,
se asienta el candor.

Y no hay cristal ni salitre
para detenerlo.