

1764 ✓
25.27
C735

MUJERES Y MEDICINA

3

Cómo son las cosas...

UNIDAD XOCHIMILCO
Secretaría General: Ing. Alfredo Rosas Arco
Rector: Arq. Roberto Eibenschütz Hartman, Secretaría: Lic. Cesarina Pérez Pita, Director de la
División de Ciencias Biológicas y de la Salud: Dr. Fernando Mora Carrasco, Jefe del Departamento
de Atención a la Salud: Adelfa Sánchez Flores, Coordinadora de Extensión Universitaria: M. en C.
Magdalena Fresán Orozco, Jefa de la Sección de Producción Editorial: Lic. Virginia Carraga Covarru-
bias, Tipografía: Ana Bertha Galván, Formación: Arturo Fariñas, Corrección: Lourdes Gómez
Vogel, Ma. Elena Ortega y Amalia Rivad Moravia, Portada: Víctor Muñoz.

Dora Cardaci (compiladora)

División de Ciencias Biológicas y de la Salud/
Departamento de Atención a la Salud/ Area Educación y Salud
UAM-X

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

Rector General: Dr. Oscar González Cuevas
Secretario General: Ing. Alfredo Rosas Arceo

UNIDAD XOCHIMILCO

Rector: Arq. Roberto Eibenschutz Hartman, **Secretaria:** Lic. Cesarina Pérez Pría, **Director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud:** Dr. Fernando Mora Carrasco, **Jefa del Departamento de Atención a la Salud:** Adelita Sánchez Flores, **Coordinadora de Extensión Universitaria:** M. en C. Magdalena Fresán Orozco, **Jefa de la Sección de Producción Editorial:** Lic. Virginia Careaga Covarrubias, **Tipografía:** Ana Bertha Galván, **Formación:** Arturo Fonseca, **Corrección:** Lourdes Gómez Voguel, Ma. Elena Ortega y Amelia Rivaud Morayta, **Portada:** Víctor Muñoz.

INDICE

Introducción. Cómo son las cosas	7
Dora Cardaci	
— Mujeres y Medicina	15
Giovanni Berlinger	
— Las mujeres y la atención a la Salud: Una comparación de teorías	21
Elizabeth Fee	
— Mujeres que trabajan en el hospital	47
Gene, Lucy, Sue Ellen, Eileen	
— Las mujeres psicoanalistas	55
Graciela Rahman	

Con mi trabajo analítico yo intento que las mujeres no caigan en el amor obsesivo, sentadas al lado del teléfono, desgastándose ante la incertidumbre. . . Tenemos que aprender feministamente a valorar nuestro trabajo. Un hombre no deja su profesión por estar enamorado; las mujeres somos capaces de todo, de obsesionarnos y olvidar todo lo demás. . .

Marie Langer*

* Mi sexualidad y mi maternidad. Entrevista inédita realizada por Marta Lamas.

Introducción

Cómo son las cosas . . .

Dora Cardaci

Pues yo casi no me di cuenta de que venía mi primer niño, pero antes yo no sabía, yo no tenía quién me dijera *cómo son las cosas*. . .

Rosi, obrera.

La dificultad y la necesidad de dar directamente la palabra a las mujeres han hecho de la recuperación del testimonio oral, un instrumento central para la indagación de aspectos poco fáciles de sondear, para profundizar en la comprensión de la subjetividad femenina.

Los esfuerzos por llegar a la elaboración de una historia de las mujeres, historia que no sea "menor" ni aislada, han puesto en discusión el uso de las fuentes orales, el problema de cómo traducir la oralidad a la escritura conservando toda su complejidad y sin eclipsar con la propia visión del mundo las voces y los silencios de las mujeres entrevistadas.

Se trata de respetar el testimonio teniendo en cuenta que la memoria no es una reproducción exacta de la experiencia de vida, sino una reinterpretación, una mediación simbólica analizable a varios niveles en los que cristalizan elementos individuales, sociales, generacionales.

"Antes yo no sabía, yo no tenía quién me dijera cómo son las cosas. . .".

¿Cómo testimoniaríamos nosotras nuestra propia vida? ¿Cuántas vidas diferentes alcanzaríamos a relatar? ¿Cómo hacemos para no recurrir a una única clase de lectura y poder llegar hasta la ambivalencia de los comportamientos y los deseos de Rosi, los que oscilan entre la subalternidad y la rebelión, entre la agresividad y la solidaridad, entre la identificación y la resistencia a los roles impuestos socialmente?

¿Cómo sustraerse a una visión voluntarista y lineal de la historia como progreso, como avance desde el sometimiento hacia la emancipación, desde la ignorancia hasta el conocimiento de "cómo son las cosas"?

Innumerables y contradictorios son los cuestionamientos que se entrecruzan en esta especial etapa de avance y producción sobre la problemática de la mujer.

Uno de los artículos de este tercer volumen de *Mujeres y Medicina* concluye con el interrogante: "¿ Por qué las mujeres deberían andar por otros caminos o caminar en sentido contrario? ¿Por qué separar el cuerpo de la mente, el individuo de la colectividad, la mujer de la sociedad?"

Giovanni Berlinguer se hacía estas preguntas durante el período en el que se fueron elaborando y discutiendo diversas propuestas de ley para la legislación del aborto en Italia. Y sus interrogantes tienen que ver con un punto clave: el control de nuestros

cuerpos; problemática que aún hoy, y especialmente en nuestros países, sigue teniendo vigencia y es motivo de posiciones divergentes.

En el artículo “Mujer y Medicina” se presentan diversos elementos útiles para interpretar el significado y los alcances de los movimientos de auto-ayuda y auto-atención, especialmente aquéllos que toman a la mujer como centro de sus acciones.

La expansión del modelo médico hegemónico no se da en forma lineal, ya que se presenta como un proceso en el que se suceden avances y retrocesos, contradicciones y cuestionamientos y la producción de soluciones alternativas que frecuentemente se encuentran en una relación subordinada respecto al modelo dominante.

Eduardo Menéndez, uno de los científicos sociales latinoamericanos que han investigado con mayor rigurosidad la crisis de la práctica médica hegemónica, señala como rasgos característicos del modelo basado en la auto-atención: “eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de otros modelos” y define a este modelo como aquél que está sustentado “en el diagnóstico y la atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parental o comunal y en el cual no actúa directamente un curador profesional”¹

Contra la exclusión total de los “curadores profesionales” (en este caso los médicos) se pronuncia Berlinguer en la polémica que sostiene con las militantes del *Movimento di Liberazione della Donna* (MLD). Su posición, sin embargo, no parte de la aceptación a ciegas del modelo médico dominante sino de la reivindicación de los objetivos feministas respecto al conocimiento, el control, la valorización del propio cuerpo a través de una utilización masiva y consciente de los servicios de salud reestructurados a partir de la aprobación en 1978 de la ley 833 de Reforma Sanitaria.

La alternativa feminista en salud no se agota en la propuesta del MLD ya que tuvo en Italia diversos desarrollos entre los que se encuentran las distintas variantes de los consultorios o clínicas, surgidas en una situación de emergencia y de lucha en la que se trataba de suplir la escasez de recursos con la solidaridad, el esfuerzo, el trabajo voluntario y las dotes personales de las compañeras agrupadas en torno a la iniciativa.

Elizabeth Fee en: “Las mujeres y la atención a la salud: una comparación de teorías” se ocupa del tema de las clínicas feministas refiriéndose especialmente a la realidad norteamericana. Así, señala:

¹ Menéndez, E.; *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto-atención (gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, Cuadernos de la Casa Chata No. 86, 1984, p. 8-9.

“La limitación más importante del programa feminista radical para rehacer la atención médica, es que sólo considera aquellas áreas en donde las necesidades de salud de las mujeres son distintas de las de los hombres. Pero las necesidades de salud de una mujer abarcan más que la atención a su sistema reproductivo (. . .) . . . es claramente imposible para estas clínicas (sin una reordenación nacional de las prioridades de salud para hombres y mujeres) que operan al margen del poderoso (aunque ineficiente) sistema de salud establecido, hacer frente a todos los problemas. Las mujeres son así forzadas a volver a confiar en el establecido e insatisfactorio orden”.

Elizabeth Fee suma a su señalamiento respecto a los obstáculos para lograr una extensión de esta alternativa contra la deshumanización de la consulta médica y el sexismo en la utilización de los avances científicos, el rescate de estos modelos de salud en la medida en que se han convertido en campos de desarrollo político y plataformas desde las cuales se puede lograr mayor “conciencia sobre las deficiencias en otras áreas de la atención a la salud y multiplicar las presiones por un reordenamiento más humano y civilizado de las prioridades médicas”.

La autora hace estas consideraciones al definir la postura del movimiento feminista radical respecto al sistema de atención a la salud. En su examen de lo que, desde su perspectiva, son las tres vertientes del feminismo: liberal, radical y marxista, considera como uno de los ejes de esta última posición, al análisis del sistema de servicios de salud como componente de la estructura económico-social capitalista. Este estudio puede arrojar elementos que aclaren la opresión que sufre la mujer como usuaria y/o trabajadora del sistema de salud.

En relación al feminismo liberal, al señalar las limitaciones de este enfoque “que es la versión más ampliamente difundida y generalmente aceptada del feminismo”, expresa que la “crítica liberal aborda los problemas de la atención médica en el lugar más visible para el consumidor de las clases media y alta: el consultorio privado del médico o del especialista”. Y agrega más adelante: “Al hablar de las actitudes de los médicos hombres, esta crítica se centra en la punta del *iceberg* médico y tiende a no ocuparse de la mayoría de los trabajadores de la salud: técnicos médicos, asistentes, trabajadores de limpieza, y enfermeras, quienes en más del 70 por ciento son mujeres”.

Son precisamente las relaciones entre el personal que se desempeña en las diversas jerarquías hospitalarias el tema central del artículo elaborado por Gene, Lucy, Sue Ellen y Eileen, un grupo de “mujeres que trabajan en el hospital”.

En este caso, los diversos testimonios personales son la vía de entrada para conocer cómo en una situación laboral concreta, la voluntad de unirse contra el sexismo no fue un elemento aglutinador suficiente ya que la discriminación sexual se da en un contexto en el que existen no sólo una desigual distribución del tipo de trabajo que se desempeña sino también diferencias originadas por factores raciales, educativos, socio-culturales y económicos.

Aunque el artículo seleccionado hace referencia al caso particular de un hospital de Boston y las conclusiones a las que arriba no son generalizables, consideramos que la problemática presentada no nos es ajena y abre la posibilidad de promover una discusión sobre cuáles son las particularidades de esta situación en otros contextos:

Amparo, obrera textil relata:

Yo me aguanté así, yo esperaba que él viniera, entonces mi hermana dice: 'pus' como ves ya llegó la hora, mejor hay que avisarle a él y ya le fue a avisar y vino ¿no? y bueno, de mi casa salí como a las tres y media. De aquí me mandaron a una clínica, a la de los Venados, ahí me revisaron y todo, de ahí me mandaron para el Mancera, fue un relajo. . . Yo podría decirle que no he visto nacer una criatura porque a mí varias personas me pusieron en la plancha, que es como camilla, y entonces uno está en posición y el médico me dice: Puje madrecita que sino se le muere.

¿Las palabras del médico deben ser condenadas exclusivamente porque son parte de un discurso sexista? ¿El recurso de culpabilizar a los pacientes por su propia salud o, como en este caso, por la de las personas que dependen de uno, no es una herramienta usada frecuentemente por todo el personal de salud? ¿El peregrinar a través de diversos servicios de salud para recibir atención médica no es, antes que una problemática femenina, una situación injusta que padecen los integrantes de ciertos sectores de la sociedad? y por último: ¿Qué elementos de la práctica en salud pueden cambiar con la incorporación masiva de las mujeres a los puestos de decisión?

Un estudio que se lleva a cabo actualmente* con médicas mexicanas que se desempeñan tanto en instituciones académicas como de atención a la salud, ha puesto en evidencia diversos aspectos relevantes de la práctica médica dominante. Uno de los hallazgos de dicha investigación es que también en el campo de la medicina se encuentra que la mujer ha interiorizado la desvalorización secular del sexo femenino.²

Así, una de las médicas entrevistadas, cuando se le pide su opinión sobre si existen especialidades más adecuadas para la mujer, contesta:

“Las madres escogen pediatras hombres; si necesitara operarme iría con un hombre. En cirugía son mejores los hombres, en psiquiatría también. Las mujeres tenemos menos habilidad”.

La falta de capacidades para ejercer la cirugía es un rasgo que se destacó frecuentemente en las respuestas obtenidas. Debe señalarse, sin embargo, que los argumentos vertidos no permiten conocer si esta “ineptitud natural” de la mujer para ser cirujana se atribuía a un déficit en el ejercicio de actividades que ponen en juego la motricidad fina (el enorme número de mujeres en la maquila electrónica desmentiría esto, por

* Nos referimos al trabajo: *La mujer y la profesión médica en México*, coordinado por Deyanira González de León en la UAM-X.

² Caldera, R.; “Rivalidad entre mujeres ¿por qué?”, *Rev. Nosotras* No. 2, Sept.-Oct. 1987 p. 14.

otra parte) o a razones que tienen relación con el tradicional mito de la inestabilidad emocional femenina.

La ausencia de mujeres en la Academia Mexicana de Cirugía, compuesta en la actualidad por 349 hombres, es un elemento más que debe ser tomado en cuenta al analizar esta situación.³

Pasando al caso de la psiquiatría, es más complejo comprender en qué datos se apoya el juicio sobre la mayor habilidad de los hombres para resolver la problemática de salud mental.

No son recientes los esfuerzos que se han venido haciendo para reorientar las concepciones y técnicas terapéuticas tradicionales, en especial aquellas referidas a la psicología femenina y, en este viraje, han sido protagonistas principales el movimiento feminista y las propias mujeres psiquiatras, psicólogas, psicoanalistas. . .

Marie Langer señala al respecto:

“Freud ha dicho cosas que han sentado muy mal a las feministas, con razón, porque ha centrado la psicología femenina alrededor de la envidia del pene. En México, que es un país bastante machista, pero no el único, me encontré con muchas mujeres que querían psicoanalizarse conmigo, entre otras cosas, por ser yo una mujer. Estas pacientes habían tenido alguna experiencia con psicoanalistas varones que interpretaban cualquier entusiasmo por emprender algo nuevo, o cualquier actividad, como envidia del pene. Yo diría que, así como el hombre trata mejor la impotencia porque es algo que le concierne y con lo que se puede identificar, también creo que una mujer va a entender, y por lo tanto tratar mejor, los conflictos de otra”.⁴

¿Pueden las mujeres analistas aportar a la teoría psicoanalítica una conceptualización diferente relacionada con el hecho de ser mujeres?

Graciela Rahman hizo esta pregunta a cinco profesionales que trabajan en México y sus diversas respuestas conforman el núcleo del artículo “Las mujeres psicoanalistas”, incluido en este volumen.

Las opiniones obtenidas son heterogéneas y hasta contradictorias:

“Por supuesto que el hecho de ser mujer permite conceptualizar de manera diferente algunos aspectos de la teoría psicoanalítica”, “No creo que el hecho de ser psicoanalista mujer pueda aportar algo nuevo a la conceptualización de la teoría freudiana”.

Los marcos conceptuales desde los que se da respuesta, las diversas formas en que se conciben tanto la práctica profesional como la existencia o no de un “ser mujer”,

³ González de León, D.; *Op. Cit.*

⁴ Langer, Marie; “La angustia de ser mujer”, *Rev. Cambio* 16, No. 670, octubre 1984 p. 137.

son algunos de los factores que determinan el particular mosaico de posiciones que logra integrar el trabajo de Graciela Rahman.

La labor que desarrollan las mujeres psicoanalistas no se agota, sin embargo, en el tema de los profesionales y las teorías que se acercan más adecuadamente a la psicosexualidad femenina. Muchos puntos quedan aún poco claros.

Uno de los aspectos que, en este sentido, debemos estudiar aún con mayor profundidad son los cambios que introduce en la teoría psicoanalítica y en la formación de los terapeutas (hombres y mujeres) el apartarse del modelo hegemónico de trabajo individual, en la esfera privada y con pacientes de la burguesía, para pasar a una práctica grupal, en el ámbito de las instituciones y dirigida a sectores sociales que han estado excluidos tradicionalmente de este tipo de atención.

En el caso particular de las mujeres, la discusión de estas temáticas permitirá visualizar que nuestra interioridad y nuestra vida en el exterior están entrelazadas, que hemos internalizado el mundo externo, que necesitamos pelear en todos los frentes para producir un cambio social.⁵

Dora Cardaci
Septiembre de 1987

⁵ Eichenbaum, Luise; Orbach, Susie; *Outside in, inside out. Women's Psychology: A Feminist Psychoanalytic Approach*, New York, Penguin Books, 1983 p. 7.

Mujer y Medicina *

Giovanni Berlinguer,**

* Publicado en: "Donna e política", noviembre 1975 y reproducido posteriormente en: *Donna e Salute*. II Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1978 p. 67-71.

** Médico, Senador por el Partido Comunista Italiano, profesor de Fisiología e Higiene del Trabajo en la Universidad La Sapienza de Roma. Autor de numerosos artículos y libros entre los que encuentran: *La salud en la fábrica*, *Medicina y política*, *Los años difíciles de la Reforma Sanitaria* y otros.

Traducción: Dora Cardaci

La discusión sobre el aborto profundamente enraizada en la ética, en la relación hombre-mujer, en la responsabilidad individual y colectiva y en la aplicación social de la ciencia; además, ha centrado la atención en la relación de la medicina respecto a la "cuestión femenina". Dicha discusión ha derrumbado la imagen estereotipada de la medicina benéfica y objetiva y ha suministrado nuevos datos y nuevas interpretaciones.

En primer lugar: ¿qué influencia ejercen los médicos en el actual debate político sobre el aborto? En Francia, como se sabe, las asociaciones profesionales han sido protagonistas de enérgicas campañas propagandísticas en contra de su legalización. Vencidas por el voto del Parlamento, estas asociaciones buscan ahora la revancha obstaculizando la aplicación de la ley.

En Italia no ha habido hasta ahora, sin considerar algunas tentativas para desencadenarla, una movilización similar. Aún existe el riesgo de que ello ocurra, si en el debate en curso y en los artículos de la ley en preparación se cometiesen dos errores opuestos: atribuir a los médicos excesiva responsabilidad de tipo judicial o, en caso contrario, no incluirlo en sus obligaciones profesionales, como si la práctica del aborto no requiriese de una calificación científica precisa.

La insistencia de la Democracia Cristiana acerca de que cada caso de aborto sea considerado por un colegio médico con funciones judiciales y la propuesta del *Movimento di Liberazione della Donna* (MLD) por un aborto no solamente libre y generalizado sino también realizado por la mujer sobre sí misma, representan los ejemplos antitéticos de tales errores de orientación.

Tácticamente aparece como inoportuno estimular que se encuadre al aborto en una categoría profesional (fuerte en su influencia y decisiva en la aplicación de la ley) contra la modificación de las leyes fascistas contra el aborto. Estas razones son, sin embargo, secundarias respecto a consideraciones más amplias sobre la relación entre la mujer, el propio cuerpo y la medicina moderna de la que nos deseamos ocupar.

En el folleto del MLD *Aborto: hagámoslo nosotras* (Ed. Napoleone, Roma, 1975 pp. 128) hay dos consideraciones válidas. La primera es la respuesta a la pregunta: "¿qué papel ha jugado la medicina en la historia de nuestra opresión? Ha provisto al poder de interpretaciones de "entrecasa", de coartadas autorizadas, ha avalado ideologías represivas y racistas hacia la mujer". Las teorías biológicas y psicológicas sobre la inferioridad femenina lo confirman.

La segunda afirmación es aquélla que señala que "la medicina para las mujeres, la información sexual sobre y hacia la mujer, la investigación sobre anticonceptivos femeninos y masculinos, la asistencia sanitaria en los hospitales para el parto y todo aquello que se refiere a la mujer, son cuantitativa y cualitativamente inadecuados y caducos, cuando no inexistentes; la figura del médico, extremadamente estereotipada, aún es fuente de prestigio y de poder. . .". Se agrega, además, que las afirmaciones del médico "a los ojos de una persona de buen sentido, carecen claramente de cualquier base científica".

Este punto es discutible. En la medicina moderna existe mucha pseudo-ciencia, especulación, charlatanería. Las mujeres tienen razón de lamentarse y de recordar que en el siglo pasado, cuando se comenzó a parir en los hospitales, las obstétricas transmitían en las salas, de madre a madre, los microbios de la infección puerperal provocando verdaderas hecatombes. Posteriormente, sin embargo, la mujer ha obtenido de la ciencia médica y de la organización de la salud pública muchos beneficios reales: el embarazo, el parto y el puerperio representan raramente un peligro, lo que era, sin embargo, frecuentísimo cuando las mujeres pasaban solas por esta experiencia.

También en otras esferas se han obtenido adelantos: por ejemplo, en lo que se refiere a tumores, los de útero son ya objeto de diagnóstico precoz y de intervención preventiva sistemática. La duración media de la vida femenina era en el pasado entre cinco y diez años inferior a la masculina y hoy es superior a ésta en esa misma proporción.

Aunque no sea una vida plena y esté circunscrita y coaccionada en muchos aspectos, es un innegable progreso respecto a la no-vida. Y es un progreso debido tanto a los descubrimientos científicos como a la socialización parcial de los mismos obtenida gracias a la lucha de los trabajadores y a los movimientos de emancipación (incluido el de las mujeres).

¿Se quiere hoy dar marcha atrás? Este parece ser el sentido del *slogan* “hagamos nosotras el aborto”. Es cierto que esta tendencia nace sobre la base objetiva de un aislamiento de la mujer cuando enfrenta una maternidad no deseada. La ley considera el aborto como un grave delito. La relación social elemental, la que se da entre el hombre y la mujer, se desmorona en estos casos; la medicina deja paso a la práctica empírica. Pero el camino a seguir no es aquél que acentúa este aislamiento, sino por el contrario, hay que tratar de romperlo. La vía a seguir no es la revalorización de la medicina primitiva (el volumen del MLD comienza exaltando a las curanderas, a las mujeres farmacéuticas que “cultivaban las hierbas medicinales e intercambiaban los secretos de su uso”, a las comadronas que “andaban de casa en casa, de pueblo en pueblo”) sino abrir a las mujeres la participación en la medicina científica y en la organización de la salud pública.

No me refiero solamente al riesgo que corre la mujer en las prácticas abortivas efectuadas sin una adecuada asistencia, aún con el método Karman. Cuando se habla de complicaciones, “solamente en el 2 por ciento de los casos” (? ¡), cuando se invita a usar bombas de bicicleta para la aspiración intrauterina, cuando se sugiere suministrar sin control médico fármacos de uso y dosis delicadas (como atropina, methergin, hidrocortisona) esto ya nos debe llamar a la cautela. Me refiero sobre todo al objetivo (justísimo) que se propone el movimiento de liberación de la mujer: el conocimiento, el control, la valorización del propio cuerpo, los que no pueden ser obtenidos por la sola vía del *self-help* o de la “autogestión”.

La recuperación del cuerpo, el desarrollo no sólo político y cultural, sino también físico y psíquico de todos los hombres, es uno de los objetivos (no siempre suficientemente perseguidos) de nuestro movimiento de lucha.

Las experiencias más positivas han sido llevadas a cabo en estos años en Italia por la clase obrera: millones de trabajadores han llegado a conocer las enfermedades relacionadas con su quehacer, a exigir cambios ambientales y organizativos en las fábricas, a involucrar a los médicos y a las instituciones públicas en esta actividad. Han adquirido, por esta vía, algunos elementos de una conciencia científica de masas y han redimensionado (ofreciendo nuevos espacios de calificación y de profesionalidad) el poder de los médicos. Si ha existido un límite en este movimiento, es lo que se refiere al excesivo subjetivismo y a la autogestión de parte del sindicato y de la organización de fábrica. Pero, por parte de los trabajadores, no ha existido jamás la voluntad de afirmar "la salud es mía, la voy a controlar yo solo": particularmente en el último periodo se han multiplicado las presiones y las formas de colaboración hacia los entes locales, las instituciones científicas, la universidad, los trabajadores sanitarios.

¿Por qué las mujeres deberían andar por otros caminos o caminar en sentido contrario? ¿Por qué separar el cuerpo de la mente, el individuo de la colectividad, la mujer de la sociedad?

Las mujeres y la atención a la salud: Una comparación de teorías*

Elizabeth Fee **

* Tomado de: Fee, E., y otros: *Women and Health Care. The Politics of Sex in Medicine*, Baywood Co. New York 1983, p. 17-34.

** Prof. de la Johns Hopkins University, E.U.A.

Traducción: Deyanira González de León Aguirre. Profesora del Departamento de Atención a la Salud.

¿Qué tienen que decir las feministas acerca del sistema de salud en relación con las mujeres? Mucho, y la mayor parte de lo que tienen que decir es sumamente crítico.

Las mujeres reciben atención médica y han sido, cada vez más, críticas de la forma y el contenido de esta atención. Particularmente en aquellas áreas de la atención médica que influyen más directamente sobre la vida de las mujeres en tanto mujeres —exámenes ginecológicos, control de la natalidad y aborto, sexualidad, parto y psicoterapia— las feministas han sido lúcidas críticas de la naturaleza y la calidad del tratamiento médico.

Las mujeres prestan también atención a la salud. Por milenios, tradicionalmente las madres asumieron la responsabilidad de la salud de sus familias. Muchas de estas tareas tradicionales de las mujeres han sido en la actualidad socializadas, profesionalizadas y organizadas en gigantescas organizaciones médicas, pero la abrumadora mayoría de los trabajadores de éstas siguen siendo mujeres. Ocupan los escalones más bajos de la jerarquía médica, están mal pagadas y tienen poco poder y voz en las organizaciones en las que trabajan. Claramente, las mujeres experimentan su opresión, no sólo como pacientes sino también dentro del mismo sistema de distribución.

Cabe preguntar si ha surgido un análisis sistemático sobre la relación entre las mujeres y la atención a la salud a partir de los escritos feministas de la última década. Quejas específicas se comparten ampliamente y generalmente tienen reconocimiento tanto por las feministas como por las mujeres en general, pero a pesar de que pueden estar de acuerdo acerca de la existencia de los síntomas de una atención a la salud enferma, el diagnóstico sobre el problema toma formas muy diversas. Consecuentemente, los distintos grupos pueden llegar a prescribir diferentes tipos de curación.

Todo mundo reconoce que los problemas de las mujeres con respecto a la organización y prestación de servicios de salud no pueden resolverse dentro del contexto del sistema médico aislado. En tanto se trata solamente de un aspecto de su opresión social como mujeres, las soluciones que se requieren deben involucrar cambios sociales más radicales. El diagnóstico que hacemos sobre lo que está mal en la atención médica, debe tener relación con el diagnóstico que hacemos de lo que está mal dentro de la sociedad en general. Aquí no todas las feministas están de acuerdo. Una conciencia feminista nace a partir de la emergencia de la rabia de ser constantemente manipuladas, acosadas, limitadas y reprimidas dentro del papel social de la “mujer”. Pero las respuestas a las preguntas obvias sobre por qué sucede esto y cómo mejorar la lucha en su contra, no son por sí mismas evidentes.

El movimiento de mujeres ha adoptado por lo menos tres formas de crítica social; éstas pueden ser etiquetadas como feminismo liberal, feminismo radical y feminismo marxista. Como estas tres vertientes del movimiento feminista tienen diferentes enfoques para analizar la situación de la mujer, sus prescripciones para el enfermo sistema de atención a la salud norteamericano son también distintas. Por lo tanto, esta discusión sobre feminismo y medicina será presentada en tres partes. Cada sección describirá brevemente el marco político general adoptado por las vertientes del movimiento

y después se procederá a la consideración del análisis de la atención médica que hace cada una de ellas. Este acercamiento general y quizá demasiado esquemático, tiene el propósito de aclarar y también de estimular la discusión; debe notarse que posiciones que de hecho son sumamente dinámicas y que se encuentran en proceso de desarrollo, se presentan como si fuesen estáticas. Asimismo, a pesar de las categorías utilizadas para describir los distintos enfoques para analizar la “problemática de la mujer”, se trata de una clasificación de las formas de análisis y no de posiciones individuales. Algunas mujeres y/u organizaciones, pueden y lo hacen, adoptar elementos de cada uno de los enfoques; pueden, y lo hacen, cambiar su perspectiva con el tiempo, como resultado tanto de sus condiciones externas como de su discusión y desarrollo internos. Cualquier intento de descripción de un movimiento político dinámico será anticuado tan pronto como se imprima.

Feminismo liberal

El feminismo liberal es la versión más ampliamente difundida y generalmente aceptada del feminismo. Incluso muchos de los que se oponen a la “liberación de la mujer”, pueden aceptar, por lo menos en principio, las metas de igualdad de salario y oportunidades para las mujeres. Esta posición liberal feminista se cristalizó en el ya clásico texto de Betty Friedan, *La mística femenina*, y en la forma organizativa de la *National Organization of Women (NOW)**. El movimiento demandaba igualar la oportunidad de las mujeres para llegar a los puestos superiores del mercado de trabajo y la igualdad de trato una vez que los hubiesen alcanzado.¹ Las feministas liberales no desafían seriamente la estructura jerárquica de la sociedad norteamericana; quieren simplemente acceder a las mismas oportunidades que tienen los hombres. La NOW luchó para “llevar a las mujeres hacia la plena participación en la evolución de la sociedad norteamericana *ahora*, ejerciendo todos los privilegios y responsabilidades de esto en una verdadera asociación de igualdad con los hombres”.²

Una de las tareas de este movimiento era probar que las mujeres son tan capaces como los hombres, que su exclusión de todos los centros de poder no tenía bases racionales o biológicas. Por consiguiente, atacaron los nexos de ideas y actitudes, el “chauvinismo masculino”, que mantenía a las mujeres en un estatus de seres inferiores. Si las mujeres no eran realmente inferiores, entonces eran víctimas de una ideología sexista, sustentada y reforzada por un sistema de socialización que entrenaba a las mujeres para aceptar y adaptarse a un papel social limitado. Si el problema de las mujeres no era real sino ideológico, podría ser contrarrestado eficazmente por un programa que combinaba la persuasión, la reeducación, la provisión de “papeles tipo”, y el desarrollo de grupos de presión que cambiarían tanto las ideas de la gente sobre la mujer como la discriminación legal y económica que reflejaban estas ideas.

Una suposición básica era que el complejo chauvinista de los deteriorados estereotipos femeninos no cumplía con ninguna función social esencial; el chauvinismo era o

* Siglas que en español significan *ahora* (nota de la traductora).

una peculiaridad psicológica masculina o una especie de fanatismo. Servía mal a los ideales de igualdad de derechos, a lo cual las sociedades democráticas estaban supuestamente comprometidas; aseguraba verdaderamente la pérdida de recursos y talento humanos. Estaba claramente fuera de moda, era contraproducente y un vestigio de épocas oscuras de ignorancia. El movimiento portaría las banderas levantadas por primera vez por las feministas cien años antes y finalmente desterraría los vestigios históricos de la discriminación sexual. La época de los años 60 favoreció la creencia de que la igualdad o al menos una "igualdad de oportunidades" más cautelosa, podría ganarse sin necesidad de transformar la infraestructura económica y social de los Estados Unidos. Este considerable entusiasmo ganó apoyo a partir de la revisión de sus cifras: las mujeres constituían la mayor parte de la población. Por más insatisfechas que estuvieran sus necesidades, en alianza con los hombres progresistas dispuestos, las mujeres podrían hacer valer los cambios que querían y necesitaban. En aquellos impetuosos primeros días, pocas creían que no todas las mujeres compartían los mismos intereses esenciales o que las diferencias de clase o raza podrían perturbar la unanimidad femenina. El movimiento lanzó una campaña para todas las igualdades: igualdad de derechos a los ojos de la ley, igualdad de oportunidades de trabajo, igualdad de salarios, igualdad en el acceso a la educación, igualdad en la promoción y desarrollo profesional, igualdad de crédito.

El cuidado de los niños y el trabajo doméstico —requisitos tangibles del orden existente— podrían ser compartidos equitativamente con los hombres dentro de la familia u organizados socialmente por medio de guarderías y acuerdos de vida comunitaria.³ La futura socialización de los niños hacia papeles sexuales específicos, sería combatida mediante presión sobre el sistema educativo, sobre los editores de libros infantiles y sobre los fabricantes de juguetes.

Durante la próspera época económica de los 60, el movimiento feminista liberal hizo considerables avances. La causa por la igualdad alcanzó una extensa publicidad y parecía convencer a muchas mujeres y hombres; las victorias legislativas concretas reforzaron la creencia de que los progresos hacia la igualdad eran posibles "dentro del sistema"; avanzaron hacia una enmienda constitucional que incorporaría su demanda central en la legislación fundamental de la patria, como sus predecesoras lo habían hecho con la enmienda para el sufragio de las mujeres 50 años antes. La resistencia a demandas aparentemente razonables ha probado ser más fuerte y más obstinada de lo que la teoría parecía predecir, particularmente por parte de otras mujeres, algunas de las cuales se aferraban a los papeles de amas de casa y madres, en lugar de entrar al mercado libre de trabajo. Las liberales contestaron con la explicación de que las mujeres son libres para elegir entre quedarse en casa o salir a trabajar, pero el ideal de la libre elección parece cada vez menos posible ante el crecimiento del desempleo y la inflación. Claro está, que como la situación de la economía ha empezado a restringir y erosionar algunos de los logros alcanzados más importantes de la última década, muchas han comenzado a buscar un análisis más penetrante de las raíces de su opresión. Para muchas otras, sin embargo, la dirección ya marcada parece suficientemente correcta y continúan la lucha por los derechos y la igualdad de las mujeres dentro del sistema establecido.

El feminismo liberal y el sistema de atención a la salud

Las feministas liberales ven la subordinación social de las mujeres reflejada en la estructura sexual de la organización de la medicina, ya que en un campo en el que las mujeres conforman la mayoría de los trabajadores de la salud, los puestos superiores de la jerarquía médica constituyen un virtual monopolio masculino. El desequilibrio de los sexos es aquí más extremo que en otras áreas del empleo, situación que parece particularmente irónica, puesto que la práctica de la medicina requiere características personales compatibles con aquéllas que tradicionalmente se atribuyen a las mujeres. El caso de la Unión Soviética, en donde la mayoría de los médicos son mujeres, se ha citado con frecuencia para mostrar que ninguna necesidad social o biológica impone como regla que los hombres sean médicos y las mujeres enfermeras. La demanda de igualdad sexual en la educación y el empleo, debería en cambio tener como consecuencia números aproximadamente equitativos de hombres y mujeres en cada categoría ocupacional.

Otra área de crítica se refiere a la naturaleza de la interacción médico-paciente. Los médicos curan (o no) desde una posición de poder; se relacionan de manera ya sea paternal o autoritaria con sus pacientes. Pueden ocultar información sobre un diagnóstico, ser deliberadamente vagos o confusos, o ser simplemente incapaces de explicar un problema en términos no técnicos; parecen dudar del derecho de los pacientes a una explicación sobre su enfermedad. Conscientes de que estas actitudes también se dan hacia los hombres, las feministas liberales argumentan correctamente que éstas son exageradas cuando el paciente es del sexo femenino: sanas o enfermas, las mujeres merecen menos respeto. Muchas mujeres sienten que sus síntomas son tratados con menor seriedad que los de los hombres, porque los médicos guardan la secreta sospecha de que la mayoría de los problemas que presentan son psicósomáticos.

El término "especialista" es más exacto que el de "doctor" para describir el enfoque central de la crítica feminista liberal sobre las actitudes médicas. Las mujeres de clase media usualmente no consultan a un médico general sino a una serie de especialistas: un ginecólogo para el control natal y el Papanicolao, un pediatra para las fiebres de los niños y un psiquiatra para la depresión y la ansiedad. El descontento hacia la atención médica, dirigido al estrato superior de la profesión, tiende a concentrarse en dos especialidades: la ginecología y la psiquiatría (4-7). Es en estas áreas médicas en las que el desprecio por las mujeres es más evidente. Cada una tiene una larga historia en la explicación sobre las desventajas del cuerpo y la mente femeninos. Una revisión de los textos de ginecología o psiquiatría revela la contribución de la educación médica para la reproducción de estas actitudes en las nuevas generaciones de estudiantes de medicina.

Las críticas de la tipología sexual de las profesiones de la salud y de las actitudes sexistas de los médicos, encontraron su intersección en el llamado para que fueran admitidas más mujeres en las escuelas de medicina. Las médicas serían más capaces para tratar los problemas de salud presentados por pacientes mujeres con respeto, aunque sólo fuera porque el cuerpo femenino estaría menos alienado y la mente de la mujer

sería menos misteriosa. El abrumador sesgo masculino de la ginecología y la psiquiatría sería difícil de mantener si por lo menos la mitad de los médicos fuesen mujeres. La investigación médica podría tener menos desviaciones masculinas si los equipos de investigación estuviesen compuestos por un número igual de miembros de cada sexo. Las distinciones rígidas entre las habilidades médicas y las funciones de "atención" se atenuarían si no fuesen reforzadas por la diferenciación sexual; el difundido deseo de tal integración es atestiguado por la popularidad de la imagen de Marcus Welby, por más ficticia que pudiera ser. También, una feminización de la profesión médica y una correspondiente invasión de la enfermería por los hombres, erosionaría el ingreso artificial y las distinciones de estatus entre médicos y enfermeras; esto se mantiene como la tradicional relación hombre-dominante, mujer-subordinada.

De este modo, esta crítica liberal aborda los problemas de la atención médica en el lugar más visible para el consumidor de las clases media y media alta, el consultorio privado del médico o del especialista. Desde esta posición ventajosa, las gigantescas instituciones médicas, clínicas y salas de emergencia de los hospitales, tienden a desaparecer de la escena, a pesar de que es ahí donde los problemas de salud de la mayoría de las mujeres son atendidos, o, más frecuentemente, no atendidos.

Al hablar de las actitudes de los médicos hombres, esta crítica se centra en la punta del *iceberg* médico y tiende a no ocuparse de la mayoría de los trabajadores de la salud: técnicos médicos, asistentes, trabajadores de limpieza y enfermeras, quienes en más del 70 por ciento son mujeres (8,9). Al subrayar la necesidad de igualar los sexos en los rangos superiores de la profesión médica, condesciende implícitamente con una estructura jerárquica que descansa sobre una amplia base de trabajo femenino explotado. La posición liberal ofrece más a quienes pueden permitirse una visión desde arriba, a mujeres que hubieran podido asistir a escuelas de medicina si la admisión hubiera sido igual para ambos sexos, a mujeres que podrían pagar una terapia feminista si ésta existiese. Ofrece menos a la mujer que limpia los pisos en el hospital o que está enferma porque la atención médica no es accesible o es demasiado cara.

Feminismo radical

Las metas del feminismo radical no son alcanzar la igualdad con los hombres bajo las estructuras social y económica vigentes, sino la total transformación de las instituciones sociales existentes. Las soluciones liberales parecen débilmente reformistas e inadecuadas para dar respuesta a las necesidades de las mujeres; las feministas radicales no quieren perpetuar una sociedad que es percibida como fundamentalmente inhumana.

Muchas de las mujeres orientadas hacia el feminismo radical habían participado en movimientos por los derechos civiles, estudiantiles y contra la guerra. Compartieron con los hombres radicales ciertas características y actitudes: una profunda alienación con respecto a la cultura norteamericana, una aversión por los sistemas jerárquicos formales, un desprecio por las formas políticas tradicionales, y un compromiso hacia la reestructuración radical tanto de los valores como de las instituciones.

Se hizo aparente, sin embargo, que las organizaciones de izquierda existentes, a pesar de su desacuerdo con respecto a la cultura dominante, aún compartían una importante característica con ella: el sexismo. La organización *Estudiantes por una Sociedad Democrática* (SDS) demostró el sesgo y la dominación masculinas; las mujeres radicales estaban invisible o claramente subordinadas.¹⁰ La mayoría de las mujeres de izquierda no objetaban la naturaleza idealista y utópica de la Nueva Izquierda, pero querían una visión utópica que les satisficiera a ellas tanto como a sus contrapartes masculinos.

Aún aquellas corrientes de la izquierda firmemente basadas en una perspectiva marxista exhibían características similares, algunas simplemente surgidas en las actitudes sexistas personales de muchos hombres radicales, otras más profundamente enraizadas en la teoría y la práctica socialistas. Muchos marxistas veían al feminismo como una protesta burguesa que no tenía nada que ofrecer al movimiento de la clase obrera, excepto divisiones. Los problemas de las mujeres, dirían los hombres, tendrían que estar subordinados a la larga lucha. En todo caso, las mujeres sólo serían capaces de ganar su liberación *después* de que el socialismo fuera alcanzado.¹¹ Las mujeres del movimiento que miraban hacia los modelos socialistas se mantuvieron firmes para sostener esta afirmación —China, Cuba y la Unión Soviética representaban a lo más una confusa serie sobre derechos para las mujeres. En el nivel teórico, también, los análisis marxistas parecían inadecuados para explicar las opresiones particulares de las mujeres; el énfasis marxista en la producción de comodidades en el centro de trabajo parecía menospreciar el trabajo de las mujeres, como por ejemplo en la crianza de los niños y las labores domésticas. Los intelectuales de izquierda no proporcionaban una respuesta teórica satisfactoria sobre el amor, el matrimonio, la familia, la reproducción, la sexualidad, la socialización de los niños. El ortodoxo texto básico de Engels, *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*, parecía insuficiente.¹³

Algunas de estas mujeres abandonaron las organizaciones de izquierda, formaron movimientos independientes y desarrollaron perspectivas teóricas alternativas; atacaron a aquéllas que se quedaron atrás como militantes *políticas*, quienes subordinaron sus propios intereses como mujeres a la política definida por los hombres.¹⁴

Las feministas radicales empezaron entonces a producir estudios sobre los aspectos específicos de la opresión de las mujeres en los Estados Unidos (2,14). Analizaron y atacaron la familia patriarcal. No sólo porque oprimía directamente a las mujeres, sino porque socializaba a los niños hacia una polarización sexual artificial y destructiva.¹⁵ Atacaron el psicoanálisis freudiano, considerándole como la base del control patriarcal y la justificación de la familia patriarcal.¹⁶ Cuestionaron el modelo convencional de la pasividad sexual femenina, otro sostén del patriarcalismo.^{17,18} Desmantelaron las suposiciones prevalecientes acerca de la naturalidad y universalidad de la familia patriarcal a través de revisiones históricas e investigaciones antropológicas sobre la mitología matriarcal, redescubriendo imágenes de mujeres que contrastaban fuertemente con la insípida femineidad de la aculturación social y de los medios de comunicación.^{19,20}

Estos enfoques compartían una implícita o explícita suposición teórica: que el agente opresivo central de la sociedad era la familia patriarcal y el conjunto de estructuras psíquicas y culturales que ésta creaba. Kate Millet¹⁶ escribió que “difícilmente existe un referente con el que ésta pueda contrastarse o refutarse. Mientras que lo mismo puede decirse de las clases, el patriarcado tiene un dominio aún más tenaz y poderoso a través de su exitoso hábito de hacerse pasar como natural”. Las revoluciones económicas y de clase pueden triunfar e incluso dejar “intactos los procesos de socialización de las diferencias de papeles y temperamentos”. Las feministas planearon atacar la estructura psíquica misma: “El campo de la revolución sexual está dentro de la conciencia humana, incluso más preminentemente que dentro de las instituciones humanas. El patriarcado está tan profundamente imbuido, que la estructura de carácter que crea en ambos sexos es quizá incluso más un hábito mental y una forma de vida que un sistema político”.¹⁶

Para las feministas radicales la lucha central de la historia era la batalla entre los sexos, no la lucha de clases de la que hablaban los marxistas. Esta tendencia teórica tuvo su expresión completa en *La dialéctica del sexo* de Shulamith Firestone,²¹ quien afirmó que la división biológica de los sexos fue la primera y más fundamental división de clases de la historia; ésta proporcionó las bases para la división posterior hacia clases socioeconómicas. La revolución feminista tendría así que derrocar no sólo una forma específica de organización social (el capitalismo), sino a la Naturaleza misma. El medio revolucionario de aniquilación de las diferencias de sexo sería la trascendencia de la reproducción humana normal a través de la tecnología, la fertilización artificial y los bebés de probeta liberarían a la mujer del futuro de las cargas de la reproducción natural, finalizando así el apuntalamiento biológico de su opresión. El brillante análisis de Firestone de las estructuras de opresión de las mujeres se colapsó en el punto donde trató de especular cómo las contradicciones entre los sexos iban a ser superadas. La dificultad con plantear al sexo como la contradicción primaria es que se vuelve casi imposible proponer cualquier solución final al problema; uno podría sugerir la abolición de los hombres, pero usualmente sin mucha convicción de que tal paso sería posible o practicable. La idea de Firestone sobre la abolición de la reproducción natural humana fue una solución original y aún creíble a la cuestión, si no es que hasta un plan convincente para la revolución feminista.

El énfasis en la opresión sexual como la contradicción primaria ha tenido varias funciones esenciales. Ha dirigido la atención de las mujeres hacia su opresión como mujeres, y focalizado así la atención sobre precisamente aquellas áreas donde su experiencia es diferente a la de los hombres; fue una precondition necesaria para explorar que la mitad de la experiencia humana había sido generalmente ignorada o considerada como insubstancial en la literatura producida por los hombres.

No obstante, las dificultades teóricas de una perspectiva fundamentada en el sexo desde el punto de vista biológico como base de la opresión de las mujeres merecen ser enfatizadas.²² Si las mujeres son en cualquier lugar oprimidas por los hombres sobre la base de esta diferencia biológica, entonces ¿cómo se ha desarrollado esta si-

tuación? ¿cómo se ha mantenido? y ¿cómo será superada? ¿cómo puede trasladarse una conciencia creciente sobre la opresión patriarcal hacia un movimiento político dedicado a la transformación de la realidad concreta? La supremacía masculina puede ser a duras penas predicada con base en la fuerza física en una sociedad en donde la fuerza no es una característica notable de aquéllos que están en las posiciones de poder; la capacidad para tener hijos es el rasgo biológico más obvio de la mujer, pero no lo que sostiene el peso de la opresión de las mujeres. ¿Deben las mujeres dejar de tener hijos para ser libres? Firestone piensa que sí; ella representa una tendencia dentro del feminismo radical que ve en la biología de la mujer al enemigo de su libertad humana. Una posición diferente, y aún opuesta, es la glorificación de la capacidad reproductiva de la mujer como el aspecto central y más significativo de la vida humana. Las *Memorias de la Primera Conferencia Internacional sobre el Parto*,^{2,3} proporcionan una serie de consideraciones y experiencias apoyando esta perspectiva que ha sido popularizada por el movimiento pro parto natural y lactancia materna como las experiencias más sensuales de las mujeres.^{2,4,25}

Si la visión de Firestone parece menospreciar la especial contribución humana de las mujeres en la reproducción, la resurrección del parto como una experiencia femenina esencial es un callejón sin salida. Por el contrario, parece devolver la atención de las mujeres hacia los mismos papeles que, dentro de las estructuras sociales vigentes, sólo pueden ser experimentados como un encarcelamiento.

Si el trabajo teórico de las feministas radicales ha sido desigual, ha sido productivo en luchas reales contra una realidad opresiva y creativo en el desarrollo de nuevas formas de resistencia. Además de la desmistificación de la ideología paternalista, las mujeres han creado estructuras organizativas especiales para combatir síntomas específicos de su opresión. Entre ellas se encuentran los grupos de concientización, los centros de mujeres, los centros para mujeres violadas, la comuna de las mujeres y los grupos de auto-ayuda.

Dentro de estas estructuras las mujeres han experimentado diferentes formas de organización, con y sin autoridad formal o liderazgos reconocidos; han apuntado a romper las barreras entre las mujeres y a basar sus relaciones en la responsabilidad colectiva y el apoyo mutuo, más que en la competencia y el aislamiento individual. La jugada ha sido no tanto el demandar la igualdad de oportunidades en un sistema que se sabe es estructuralmente opresivo, sino más bien organizar colectivamente a las mujeres y armarlas con instrumentos ideológicos para que puedan resistir su opresión políticamente. Su solución general es la autodefensa organizada e inteligente, respaldada por un recién adquirido orgullo de su sexo, su historia y su cultura. Un posible inconveniente de la estrategia del pequeño grupo puede ser que restringe la lucha a los márgenes del orden establecido o conduce al desarrollo de enclaves alternativos dentro de él. En tanto forma política, el pequeño grupo puede no permitir el desarrollo del poder suficiente para confrontar o derrocar las estructuras dominantes, pero ayuda a desarrollar una conciencia colectiva y a romper la ideología dominante.

Así, las ideas del feminismo radical se han expandido a partir de una base fuerte en los Estados Unidos y han influido el desarrollo del feminismo a través de los países capitalistas occidentales en donde la opresión especial de las mujeres está siendo explorada y rechazada. La organización separada de las mujeres y el desarrollo tanto de la conciencia como de la teoría son un prerrequisito necesario, pero no suficiente, para la liberación de las mujeres.

Las feministas radicales y la atención a la salud

Las feministas radicales ven a la profesión médica como otro sistema que conforma el patrón patriarcal establecido en la familia. El médico-padre dirige una familia compuesta por la enfermera (esposa y madre) y el paciente (el niño). El médico posee las habilidades científicas y técnicas y la enfermera cumple con los deberes de la atención y el consuelo; esos papeles, desde luego, reproducen las relaciones que existen dentro de la familia patriarcal. Esta perspectiva ayuda tanto a los pacientes como a los trabajadores de la salud a comprender las actitudes que encuentran y los sentimientos que experimentan cuando se enfrentan a los médicos. La visita al médico es en realidad una experiencia que infantiliza; las enfermeras *son*, con frecuencia, tratadas como esposas.

¿Cuál es entonces la solución feminista radical a los problemas de la atención a la salud? No es simplemente aumentar el porcentaje de médicas. Las feministas radicales estarían de acuerdo en que es difícil para una mujer ser tan autoritaria como lo es un médico hombre (aunque sólo sea porque los pacientes esperan que sea más solidaria y comprensiva). Pero también son conscientes de que es probable que las médicas sean socializadas hacia el "papel del médico" mientras el mismo permanezca inalterado. El paternalismo y el autoritarismo no tienen una determinación genital, sino estructural y cultural. Las radicales tampoco recomiendan la construcción de "equipos" de salud como antídoto. Tal solución podría simplemente producir una familia poligámica en lugar de la monogámica; si la estructura patriarcal permanece intacta, cada nueva trabajadora de la salud se socializaría dentro del papel de sumisión femenina. Los estudios sobre los papeles jugados por los miembros de equipos de salud existentes confirman esta sospecha.²⁶ Además de sus críticas sobre el poder de los médicos y los administradores de los hospitales, las radicales trabajan para aumentar el conocimiento y con ello la capacidad de los pacientes para resistir la infantilización a que les someten quienes poseen el saber. Muy a la manera de los Naderitas,* buscan informar y organizar a aquéllos que reciben atención médica y de este modo indirectamente hacer presión sobre los patriarcas del sistema.²⁷

Las radicales sostienen que las mujeres deben conocer su cuerpo y saber razonablemente lo que deben esperar de los médicos. Sólo así pueden juzgar por sí mismas la competencia de la atención que reciben. Cuando se trata con médicos (como cuando

* La autora se refiere al movimiento que creó Ralph Nader en Estados Unidos entre la población civil para protestar por el carácter de las leyes que defienden a las empresas y no a los consumidores.

se trata con un mecánico de automóviles), el conocimiento es poder. Las mujeres están decididas a presionar a sus médicos para que les informen sobre los resultados de sus exámenes, a hacer listas de preguntas para los ginecólogos, a adquirir sus propios registros médicos, a obtener los nombres de los medicamentos que se les prescriben, a asistir a conferencias médicas. Conscientes de la dificultad que esto implica —la disparidad en el saber especializado es enorme— las feministas llaman a formar grupos de concientización. Los grupos de auto-ayuda se reúnen regularmente para explorar problemas de salud, compartir conocimientos y experiencias sobre el sistema de salud, familiarizarse con el propio cuerpo y con el de otras, auxiliarse unas a otras en el control de sus ciclos a través del autoexamen, generar la comprensión sobre las variaciones normales entre las mujeres sanas para facilitar el reconocimiento de síntomas de enfermedad y romper con la alienación del cuerpo impuesta sobre las mujeres por la cultura patriarcal.

El movimiento de auto-ayuda se inició con las funciones sexuales y reproductivas de las mujeres, las áreas de máxima alienación entre ellas y el sistema de salud. Las integrantes aprendieron a ver su cérvix y el de otras mujeres con un artefacto simple y barato (50 centavos de dólar), el espejo vaginal de plástico. Este sencillo examen resultó una revelación para muchas mujeres que asumían que las características impersonales del examen ginecológico de rutina —el ser cubiertas por sábanas blancas, revisadas con fríos instrumentos de metal, en un ambiente de secreto y vergüenza— era de un modo u otro inherente al proceso. La atmósfera de amabilidad, calidez y apoyo mutuo del grupo de auto-ayuda hizo claro que esto era también sólo otro subproducto del orden existente. Los grupos de auto-ayuda de hecho permiten a la paciente potencial hacer grandes progresos en la comprensión de su propio cuerpo, quien se vuelve considerablemente fuerte para el trato futuro con los profesionales médicos.²⁸

Otro aspecto del movimiento de mujeres por la salud fue el desarrollo de protestas contra la forma del parto en los Estados Unidos. Los procedimientos hospitalarios normales para las madres embarazadas se encuentran entre las prácticas médicas más inhumanas. La posición de decúbito, las actitudes impersonales, el afeitado y los tactos, las enemas y las medicaciones, el aislamiento y la inducción del trabajo de parto, los gastos y la pasividad forzada, conducen al sufrimiento para la madre y con frecuencia al deterioro físico de su hijo. Las feministas han sido lúcidas críticas de este sistema y han demandado la legalización de las parteras; muchas sostienen que la mejor forma de dar a luz es en la casa, con la presencia de los esposos y parientes.^{23, 29}

Al mismo tiempo que las feministas confrontaban la intransigencia del sistema de salud, pasaban cada vez más de la resistencia como consumidoras a la construcción de formas alternativas de atención, los centros de salud para mujeres. Estas instituciones montadas y controladas por mujeres, buscan ayudarlas con sus problemas de salud *fuera* de las instituciones oficiales. En las clínicas para mujeres, las pacientes aprenden sobre sus cuerpos; no se les convierte en receptoras pasivas de un tratamiento. La información se comparte y la paciente tiene control sobre las decisiones esenciales que se refieren a su propia salud. Además, la educación es recíproca: las “proveedoras”

buscan aprender de las "consumidoras". Algunas veces las pacientes llevan sus propios registros. La atención es gratuita siempre que es posible o se adapta a una escala móvil de tarifas. Algunas clínicas optan por prestar atención gratuita cobrando por los abortos; los ingresos así obtenidos pagan el funcionamiento total de la clínica.³⁰ El Centro de Salud de Mujeres Feministas de Los Angeles es el modelo para muchos otros. Ofrece servicios clínicos de auto-ayuda, exámenes y tratamientos ginecológicos, control y consejos sobre el embarazo, programas de entrenamiento de personal paramédico y tiene su propia clínica de abortos. Todos los miembros del personal participan en cierto grado en las decisiones; la "dirección" depende del grado de compromiso hacia el centro y del tiempo que se ha trabajado en él.³¹ De acuerdo con el ideal de compartir y no restringir el conocimiento y las habilidades médicas, hay cursos en el verano para la instalación de otros centros.³²

Cuando las feministas se movilizaron para desarrollar los centros de mujeres como una alternativa amplia al orden médico establecido, tropezaron con obstáculos impuestos por ese mismo sistema. Cada vez más empezaron a confrontar el mismo tipo de problemas que había en las comunas, problemas inherentes a cualquier intento para organizar alternativas reales mientras el viejo orden permanece intacto, poderoso y al mando de la riqueza, los recursos y los mecanismos políticos y legales de la sociedad.

Por alguna razón no hay suficientes médicas para satisfacer la demanda. Muchas clínicas han tenido que depender de médicos hombres para hacer abortos, mientras buscan mantener el control y el poder y la toma de decisiones políticas en manos de las mujeres. Hay una tensión real, sin embargo, entre el poder que da la posesión del conocimiento (en este caso la pericia médica) y el deseo de conservar el poder en manos inexpertas. Más generalmente, el dictamen radical de que el saber por sí mismo es poder, pronostica las dificultades inherentes a un monopolio virtual del conocimiento especializado por el orden establecido. La falta de credenciales y la insuficiencia de fondos dificultan el acceso a la tecnología sofisticada y la obtención de los medicamentos necesarios.

La profesión, también, está dispuesta a defenderse de lo que correctamente percibe como una amenaza para su poder y sus prerrogativas. Los cargos legales por practicar la medicina sin licencia son un arma disponible; tres parteras fueron arrestadas en marzo de 1974 por su trabajo en el *Home Birth Center* de Santa Cruz, por esos cargos.³³ El uso de restricciones legales para evitar que las mujeres continúen con las actividades de auto-ayuda, generalmente ha fracasado, aunque sólo sea por la dificultad para decidir el punto exacto en el cual el control del individuo sobre su propio cuerpo es reemplazado por la restricción de la práctica médica a los profesionales con licencia. No obstante, las presiones económicas pueden ser usadas para reprimir. La clínica para mujeres de Portland, Oregon, fue parcialmente apoyada por la Oficina de Oportunidades Económicas, pero los fondos fueron cortados porque las mujeres se rehusaron a establecer la jerarquía conveniente y decidieron hacer funcionar la clínica sin un médico.³⁰

La limitación más importante del programa feminista radical para rehacer la atención médica, es que sólo considera aquellas áreas en donde las necesidades de salud de las mujeres son distintas de las de los hombres. Pero las necesidades de salud de una mujer abarcan más que la atención a su sistema reproductivo. Los verdaderos avances de las clínicas para mujeres sólo han señalado las deficiencias obvias del resto del sistema de atención a la salud. Algunas clínicas han intentado ir más allá, empezando a dar consejos sobre problemas de nutrición y drogas; pero es claramente imposible para estas clínicas que operan al margen del poderoso (aunque ineficiente) sistema de salud establecido, hacer frente a todos los problemas sin una reordenación nacional de las prioridades de salud para hombres y mujeres. Las mujeres son así forzadas a volver a confiar en el establecido e insatisfactorio orden.

Las diferentes alternativas feministas han demostrado, por lo tanto, la profundidad de las dificultades; se han convertido —además de formas de auto-ayuda— en campos de desarrollo político. Así, Ellen Frankfort se quejó (en su libro *Vaginal Politics*) de que el grupo de auto-ayuda era médicamente peligroso. El torrente de cartas de felicitación de médicos que recibió le demostró que de hecho éstos estaban más molestos ante la independencia potencial que los grupos proporcionaban a las mujeres, que ante cualquier peligro médico potencial. A ese respecto, se dio cuenta de que los médicos mismos tenían opiniones contrapuestas —profundos desacuerdos— sobre los “hechos” médicos en cuestión. Esto la forzó a cuestionar su prematura apreciación acrítica sobre la pericia médica (4; pp. 202-204).

El potencial del movimiento por la salud de las mujeres no depende sólo de la extensión en la cual puede proporcionar un contexto más humano y menos alienante para que las mujeres puedan aprender sobre sus cuerpos, sino también de su papel como modelo para la atención a la salud en general.³⁴ Así, su éxito puede aumentar entre los consumidores la conciencia sobre las deficiencias en otras áreas de la atención a la salud, y multiplicar las presiones por un reordenamiento más humano y civilizado de las prioridades médicas. La demanda por un mayor conocimiento y control de los consumidores sobre el sistema de distribución de servicios de salud se desarrolla al mismo tiempo que el sistema se vuelve cada vez más alienado de las necesidades de la gente para la que en teoría existe y a la que debe servir.

Feminismo marxista

Las feministas marxistas han tratado de entender la posición de las mujeres utilizando el método de análisis desarrollado por Marx y Engels, creyendo que esta es la herramienta disponible más efectiva para comprender todas las contradicciones sociales, incluyendo la opresión de las mujeres. Reconocen como la tarea esencial de desarrollo teórico dentro del movimiento de las mujeres aquella de confrontar la conciencia feminista con el método de análisis histórico y dialéctico.

De acuerdo con Engels, “. . . somos nosotros mismos quienes hacemos nuestra historia, pero la hacemos en primer lugar, con arreglo a premisas y condiciones muy con-

cretas. Entre ellas, son las económicas las que deciden en última instancia”.³⁵ * Así, por ejemplo, aun la más biológica de las funciones, la reproducción, está en última instancia gobernada por la estructura económica existente, lo que es evidente cuando uno mira hacia la investigación, la distribución y el control de la contracepción a nivel nacional e internacional. Esto no quiere decir, sin embargo, que hay una simple relación de causa y efecto entre la estructura económica y la experiencia y la acción humanas; en una relación dialéctica, las mujeres (y los hombres) forman las condiciones de su existencia y a la vez son formadas por ellas. Es esta una interacción dinámica y evolutiva. Así, el desarrollo del modo de producción erosiona los viejos patrones de la organización social que deben ser gradual y quizá dolorosamente destruidos y reemplazados por nuevos patrones adaptados y hechos posibles por la organización económica transformada.

Engels³⁶ enfatizó que la forma dialéctica de pensamiento no era simple determinismo:

... la causa y el efecto son representaciones que sólo rigen como tales en su aplicación al caso concreto, pero que, examinando el caso concreto en su concatenación con la imagen total del universo, se juntan y se diluyen en la idea de una trama universal de acciones y reacciones, en las que las causas y los efectos cambian constantemente de sitio y en lo que ahora o aquí es efecto, adquiere luego o allí carácter de causa y viceversa.*

Las feministas marxistas creen que esta concepción debe usarse para explorar y explicar los cambios en el estatus* y la conciencia de las mujeres en relación con el desarrollo y la organización del capitalismo.

El sexismo ha sido históricamente útil a los capitalistas. Las suposiciones patriarcales acerca del papel social específico de las mujeres como esposas y madres, apoyan y refuerzan el sistema por medio del cual las mujeres son casi invariablemente pagadas con salarios inferiores a los de los hombres por el mismo trabajo. Este sistema tiene otras funciones: tiene el efecto de deprimir los salarios en general, de aumentar los márgenes de ganancia y de dividir la fuerza de trabajo a lo largo de líneas sexuales. El mero hecho de que el trabajo de las mujeres pueda ser comprado más barato, lleva frecuentemente a una preferencia del patrón hacia el trabajo femenino sobre el masculino, especialmente en aquellas áreas más nuevas del empleo masificado, como el trabajo de oficina y los servicios. Las mujeres son entonces cada vez más atraídas hacia la fuerza de trabajo, un hecho que en su momento socava la estructura de la familia patriarcal. Si la mujer ha entrado a la fuerza de trabajo en búsqueda de una carrera y de satisfacción personal, o si ha sido obligada a hacerlo de mala gana por las presiones de la inflación y el desempleo masculino, el resultado en ambos casos será un debilitamiento de los vínculos de la familia patriarcal. La esposa que ya no es totalmente

* Para esta traducción se tomó la cita de la obra publicada en español: Engels, F.: Carta a Joseph Block, en Marx C. y F. Engels, *Obras Escogidas*, Edit. Progreso, Moscú, p. 718.

* Cita tomada de la obra publicada en español: Engels, F.: *Del Socialismo Utópico al Socialismo Científico*, en Marx C. y F. Engels, op. cit. p. 428.

dependiente económicamente de su marido puede permitirse desafiar su autoridad cuando ésta va en contra de sus propios intereses. Nancy Seifer³⁷ ha proporcionado recientemente una descripción muy favorable de algunos de los cambios en la conciencia de las mujeres que están ocurriendo en comunidades blancas obreras y del creciente activismo comunitario que es una de sus consecuencias. Otras consecuencias del multiplicado empleo de las mujeres fuera del hogar incluyen el mayor consumo de alimentos preparados, la creciente demanda de guarderías y una elevada tasa de divorcios en tanto los matrimonios resultan incapaces de adaptarse a la nueva realidad social.

Una división del trabajo que alguna vez pareció natural o inevitable ya no parece razonable para muchas mujeres (36, p. 433):

Cuando nace en los hombres la conciencia de que las instituciones sociales vigentes son irracionales e injustas, de que la razón se ha tornado en sinrazón y la bendición en plaga, esto no es más que un indicio de que en los métodos de producción y en las formas de cambio se han producido calladamente transformaciones con las que ya no concuerda el orden social, cortado por el patrón de condiciones económicas anteriores, con lo cual, dicho está que en las nuevas relaciones de producción tienen forzosamente que contenerse ya —más o menos desarrollados— los medios necesarios para poner término a los males descubiertos.*

Las mujeres que están abandonando sus antiguas definiciones sociales como esposas y madres protegidas y dependientes, toman en su momento la iniciativa para demandar pago y empleo iguales, mientras la ideología patriarcal pierde su fuerza y contenido social. Si la diferencia salarial entre el trabajo de los hombres y las mujeres tiende a aumentar o a disminuir, esto será importante para la relación del feminismo y el socialismo, porque determinará el grado en el que la fuerza de trabajo se dividirá en razón de líneas sexuales. El análisis de Braverman³⁸ sugiere que mientras la tendencia es hacia un igualamiento de las tasas de participación de la fuerza de trabajo entre hombres y mujeres, la polarización del ingreso aumentará en tanto las mujeres estén concentradas en los sectores del empleo con los salarios más bajos. El rechazo a la tipificación sexual de las ocupaciones por parte de un movimiento feminista organizado y las campañas contra la discriminación sexual en el empleo pueden, sin embargo, impedir este desarrollo. El apoyo a la enmienda para la igualdad de derechos por los obreros organizados es también significativo.

¿Cuáles son las fuentes históricas de la opresión de las mujeres y qué estructuras son las responsables de mantener la ideología del sexismo? Mientras los marxistas tienden a estar de acuerdo en identificar a la familia como la fuente inmediata de la opresión sexual, consideran que la forma de la familia está en última instancia determinada por la naturaleza del desarrollo económico y de las “relaciones sociales de producción”. Así, Engels en *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado* correlaciona el inicio de la opresión de las mujeres con el surgimiento de la propiedad privada y la explotación de clase. Sostiene que en las culturas primitivas hombres y mujeres se

* Engels, F., op. cit. (36).

dividían las tareas, las mujeres recolectando y preparando los alimentos, los hombres cazando; esta división del trabajo fue inicialmente recíproca y no de explotación. Con el uso de instrumentos, la domesticación de animales y el desarrollo de los derechos de propiedad sobre los rebaños y la tierra (ambos bajo dominio del hombre), la esfera masculina se expandió rápidamente en poder e importancia. Los hombres que ahora poseían las fuentes de la riqueza requerían el matrimonio monogámico para garantizar la herencia regulada de la propiedad privada. Con el surgimiento del capitalismo y las divisiones de clases, la opresión de las mujeres recibió un apuntalamiento económico nuevo. Casi todos los hombres y mujeres fueron a trabajar para unos cuantos, no porque este último grupo fuese masculino, sino porque poseía los medios de producción. La familia de clase trabajadora, que aún exhibía la división sexual del trabajo, estaba siempre en una precaria posición financiera. El trabajador masculino era responsable, como Elanor Leacock³⁹ escribe, "... no sólo de su propia manutención, sino también de la de su esposa y los niños. Esto en gran medida aseguraba no sólo su trabajo, sino también su docilidad; le hacía —como es hasta hoy— temeroso de pelear contra los excesos de la explotación y de ponerse en peligro no sólo a sí mismo, sino también a su esposa y a sus dependientes hijos". A los temores masculinos que provienen de las responsabilidades como sostén de la familia en una sociedad de clases se agregan los temores de la creciente competencia de las mujeres "liberadas" por los escasos trabajos. Esta inseguridad económica que Guettel⁴⁰ (p. 14) denomina "el corazón del chauvinismo masculino" sirve a los intereses de los dueños del capital.

Pero, a medida que el desarrollo capitalista transfiere más y más áreas del trabajo de las mujeres fuera de la familia, socava las bases de la producción casera. Ello, por consiguiente, proporciona las condiciones materiales para una futura abolición de las distinciones entre el trabajo de las mujeres y el de los hombres: la preparación de alimentos y la confección de ropa son funciones que cada vez absorbe más la producción fabril, mientras el Estado conduce el infructuoso negocio de la socialización de los niños. El desarrollo de la tecnología de la contracepción contiene el potencial para que las mujeres controlen su propia reproducción:⁴¹

Mientras la reproducción permaneció como un fenómeno natural, las mujeres, desde luego, estaban condenadas efectivamente a la explotación. En ningún sentido eran "dueñas" de una gran parte de sus vidas. No tenían alternativa sobre si querían tener hijos y con qué frecuencia (aparte de los precarios métodos anticonceptivos y de los repetidos y peligrosos abortos), su existencia estaba sustancialmente sujeta a procesos biológicos fuera de su control.

El potencial para la erradicación de la desigualdad sexual es, sin embargo, tomado en cuenta sólo en la medida en que sirve al desarrollo del capital y las mujeres son las víctimas de las contradictorias necesidades que resultan. El trabajo doméstico dentro de la familia contribuye a la producción, mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo; este trabajo esencial no es pagado, pese a ser socialmente necesario y el arreglo proporciona la estabilización del capitalismo.^{42,44} Las mujeres también sirven como una conveniente reserva de fuerza de trabajo. La carga de la familia coloca a la mujer en desventaja cuando entra a la fuerza de trabajo (la que, si es miembro de la clase obrera debe normalmente hacerlo para que su familia sobreviva económicamente);

ella “. . . no tiene preparación ni entrenamiento, está limitada por los horarios de los niños, etc., por lo que tiende a aceptar el trabajo que pueda conseguir, y los capitalistas han tomado siempre ventaja de esto”.⁴⁰ (p. 54). Las mujeres reciben menor pago por el mismo trabajo o son lanzadas hacia los empleos en los servicios con salarios bajos, particularmente aquéllos con carácter maternal (servicios sociales, educación, atención médica). El trabajo asalariado de las mujeres es ampliamente utilizado durante periodos de necesidad económica (por ejemplo, en épocas de guerra), y las mujeres son devueltas hacia la familia cuando ya no se les requiere. Así, pueden proporcionarse guarderías cuando una afluencia de mujeres hacia la fuerza de trabajo es juzgada necesaria, para desaparecerlas otra vez cuando las condiciones económicas cambian. Las feministas marxistas concluyen que a pesar de que el capitalismo ha desarrollado una base material para la disolución de la familia patriarcal y la liberación de las mujeres, los pasos finales no pueden darse hacia esa meta mientras las relaciones de producción y propiedad del capitalismo permanezcan intactas. Esto no es, por consiguiente, un juego de ideas que se sitúa entre las mujeres y la libertad, sino un conjunto real y concreto de instituciones y relaciones.

Guettel,⁴⁰ (pp. 25-26) puede estar de acuerdo con Millet en que el chauvinismo masculino es una estructura psíquica profundamente arraigada. Pero se pregunta de dónde vienen esas estructuras:

Para un marxista, la conciencia no se transmite autónomamente de las mentes de una generación a las de la siguiente. Las realidades psíquicas están siempre ligadas a las relaciones sociales y de producción de una sociedad, a través de instituciones sociales, incluyendo la familia, que son creadas a partir de necesidades materiales muy reales. . . En verdad, los patrones de carácter masculino-femenino están muy extendidos y tomará generaciones eliminarlos, pero ello es debido a que están basados en una división del trabajo entre hombres y mujeres, cuya eliminación requiere la transformación no sólo de las fuerzas y relaciones de producción, sino también de la vasta superestructura de las instituciones sociales.

Para resumir, la relación del capitalismo y el sexismo ha sido una relación contradictoria. Por un lado, el capitalismo ha sostenido y se ha apoyado en la subordinación de las mujeres. Por el otro, el capitalismo ha erosionado la base material sobre la cual descansa la subordinación.

Las feministas han buscado reforzarse y apresurarse a lo largo del desarrollo del lado liberador de esta dialéctica. Las feministas marxistas apoyan este esfuerzo, creyendo con Marx que mientras la historia ofrezca las posibilidades, depende del pueblo llevarlas a la práctica. Pero las feministas-marxistas argumentan que a pesar de que el feminismo pueda intensificar las contradicciones inherentes a la sociedad capitalista, la liberación no puede ser alcanzada dentro del marco de este sistema. Las conquistas de las mujeres quedarán contenidas, dependientes y limitadas por el lado represivo de la dialéctica ya que el sexismo sigue siendo útil para el capitalismo. Las conquistas ganadas, además, serán a menudo conquistas huecas; el trato igual por una sociedad profundamente desigual no es una solución satisfactoria. Finalmente, cualquier logro significativo obtenido del sistema por fuerza, y ha habido muchos, es vulnerable a las

repetidas convulsiones y colapsos del capitalismo. Durante las depresiones, las mujeres y los negros son los primeros en ser atacados, las guarderías son rápidamente cerradas y los programas y políticas que no sostienen directamente al sistema son recortados o eliminados.

El capitalismo, argumentan muchos marxistas, no puede liberarse a sí mismo de la dependencia en el sexismo más de lo que puede trascender la opresión de clase o la búsqueda de la ganancia privada a expensas de la satisfacción de las necesidades humanas reales. Estos inconvenientes son componentes inamovibles. Por ello, una condición necesaria para la completa liberación de la mujer, dirían las feministas marxistas, es el rechazo al capitalismo y su reemplazamiento por un socialismo humano y democrático. El ejemplo de China, a pesar de que sus dificultades han sido señaladas, continúa siendo aleccionador. De una historia sumergida en las formas más extremas del patriarcalismo y de la pobreza más debilitante, China ha dado pasos inmensos hacia la igualdad y la prosperidad. Las mujeres chinas, en particular, han hecho conquistas extraordinarias en nada más que 25 años^{45, 46}.

En Estados Unidos, un nuevo orden social no eliminaría ciertamente de manera automática el sexismo. Pero con empleo pleno, sin inflación, con medicina socializada, educación ampliada, transporte gratuito, alimentos y servicios públicos baratos, y con la eliminación del consumismo y el culto al hogar, las mujeres estarían en una posición mucho mejor para continuar en la lucha. Una vez que el alimento y apoyo constantes que el sexismo recibió a partir de las desviadas prioridades y que las condiciones materiales características del capitalismo fuesen removidas, una vez que el sustento del sexismo fuese retirado, la liberación de las mujeres podría finalmente ser capaz de ser alcanzada.

Feminismo marxista y atención a la salud

Las feministas marxistas creen que las estructuras específicas del sistema de salud norteamericano que son opresivas para las mujeres —como trabajadoras y como pacientes— no pueden ser entendidas sin un análisis de ese sistema como un todo. Ese sistema, en su momento, se vuelve cabalmente comprensible sólo cuando es reconocido como un componente de una estructura económica y social capitalista. Muchas de las deficiencias del moderno sistema de salud norteamericano, como aquellas de la educación, el transporte y las industrias de las comunicaciones, provienen de su compromiso con el imperativo de la producción para la ganancia, más que de la satisfacción de las necesidades del pueblo.

El sistema de salud refleja las prioridades y la organización del sistema mayor que lo sostiene y al que éste apoya a cambio en una variedad de formas: en su intensa concentración de poder político y financiero desde arriba; en su absoluta estratificación de su fuerza de trabajo por clase, sexo y raza; en su división del trabajo y especialización; en sus mismas definiciones de salud y enfermedad; y en su falta de responsabilidad hacia la población norteamericana, a la cual teóricamente sirve. Consideremos estas características por partes.

Como en otros sectores de la sociedad norteamericana, el poder está concentrado arriba en un puñado de instituciones monopólicas. Una de ellas, la *American Medical Association*, fue alguna vez la fuerza dominante indiscutible en el campo de la salud. Los tiempos han cambiado, sin embargo. Así como la empresa capitalista establecida del siglo XIX —la pequeña firma competitiva— abrió camino a la gigantesca corporación monopólica, así tiene también el poder indiscutible de los profesionales liberales, alcanzados y ampliamente sobrepasados por formas nuevas de organización médica. Como en otras áreas de la economía, la creciente confianza en la gran escala, la tecnología cara dio el margen competitivo a aquellos que podrían acumular recursos de capital para obtener el nuevo equipo. También complementando el patrón en otros sectores, el ala iluminada de la naciente clase corporativa de principios de siglo, los Rockefeller y los Carnegie, luchó por nacionalizar, organizar y centralizar el sistema médico; El *Informe Flexner* (1910) fue una piedra angular en el proceso.

El poder actualmente se encuentra en una coalición que incluye, además de la *American Medical Association*, las compañías comerciales de seguros, los hospitales de enseñanza e investigación, y a los hospitales comunitarios públicos y de voluntarios. Estas instituciones se dominan a sí mismas por miembros de la clase corporativa o de la clase media alta (administración intermedia y profesionales) que ocupan los puestos de dirección en casi todas las principales instituciones norteamericanas. Por arriba se encuentran las diez más grandes compañías comerciales de seguros de salud (*Aetna, Travellers, Metropolitan Life, Prudential, CNA, Equitable, Mutual of Omaha, Connecticut General, John Hancock* y *Provident*); entre ellas controlan cerca del 60 por ciento de la industria multimillonaria. Su liderazgo está estrechamente vinculado a los sectores corporativos y bancarios y ejerce una influencia decisiva sobre la política del Estado en materia de atención a la salud. En el debate actual sobre cómo enfrentar la crisis financiera del sistema de distribución de servicios de salud, se las han arreglado (con un pródigo consumo de fondos) para dominar de tal modo la discusión, que casi todas las propuestas para la acción son simplemente variantes de los programas de seguros sostenidos por el público. La mayoría resaltaría la capacidad de esas compañías para hacer ganancias y para transferir la carga fiscal del sistema de salud a los ciudadanos de las clases trabajadora y media vía las estructuras regresivas de impuestos.^{48, 49}

Las grandes instituciones de enseñanza e investigación están dominadas también por representantes de la clase corporativa. En 1970, por ejemplo, el *Presbyterian Medical Center* de Columbia, tenía un director de la *Texaco* al mando del hospital de enseñanza más importante, al presidente de la *United States Steel* dirigiendo su comité de finanzas, y al presidente de la *American Telephone and Telegraph* a cargo de su comité de bienes inmuebles y planificación.⁵⁰ Estas instituciones adiestran y socializan a la gente que conforma el personal de los escalones más altos y medios del sistema de salud. Fomentan el desarrollo y la confianza hacia la tecnología médica sofisticada, la excesiva especialización y división del trabajo, y el flujo de fondos para proyectos de investigación extravagante (que con frecuencia implican la experimentación con los pobres, las minorías, o con las mujeres de la clase obrera).⁵¹

Los hospitales comunitarios voluntarios son controlados por consejos integrados por profesionales de la clase media alta, más que por representantes del capital corporativo; predominan los médicos, abogados y modestos hombres de negocios. Las mujeres, los miembros de grupos minoritarios y los representantes de los trabajadores organizados o no organizados están virtualmente excluidos del acceso a cualquiera de estos órganos de decisión.^{5 2, 5 3}

Más abajo de los capitalistas y los profesionales están las clases media baja y trabajadora de la industria de la salud. La primera comprende a las enfermeras y al personal para-profesional auxiliar y de servicios, que representan el 54.2 por ciento del total de la fuerza de trabajo.^{4 8} Ambos grupos son predominantemente femeninos; la clase trabajadora incluye una sobrerrepresentación de los grupos minoritarios. Estas clases son a menudo enfrentadas una contra la otra. A los grupos de categoría intermedia se les concede cierto grado de control sobre los que están por debajo de ellos (a pesar de que son excluidos de los órganos superiores de decisión). El empleo de trabajadores de los niveles más bajos puede ser utilizado para socavar la posición de ventaja de los grupos con nivel medio, como por ejemplo, en el empleo masivo de enfermeras prácticas con licencia y auxiliares de enfermería sobre la oposición de las enfermeras tituladas.^{5 4}

Los trabajadores no médicos están divididos en 375 ocupaciones independientes, la mayoría de ellas reducidas, específicas y rígidamente definidas; gran parte de ellas representan un aspecto del trabajo que alguna vez fue realizado por el médico o la enfermera; un callejón sin salida, con salarios bajos, aburrido, repetitivo y firmemente subordinado al control y la dirección de otros.^{5 5} Este proceso de desmenuzar el trabajo en pedazos pequeños, repartidos individualmente a cada trabajador es una tendencia general del capitalismo moderno. La fragmentación, como Braverman muestra,^{3 8} no es para aumentar la eficiencia sino para maximizar el control sobre los trabajadores y reemplazar a aquellos mejor pagados por los menos capacitados y, por lo tanto, menos costosos.

El 75 por ciento de estos trabajadores de la salud son mujeres que realizan formas modernas del trabajo tradicionalmente femenino. Los antiguos papeles, como la crianza, los cuidados, la cocina, la educación y la limpieza, se han convertido, bajo la medicina corporativa, en ocupaciones como las de enfermera, afanadora, dietista, oficinista o técnica. El 98 por ciento de los nutricionistas y dietistas son mujeres.^{5 5}

Si la medicina capitalista fragmenta la organización del trabajo, fragmenta también la distribución de la atención a la salud. En primer lugar, proporciona servicios de diversos niveles basados en la capacidad del paciente para pagar. Produce servicios de muy alta calidad para los ricos; burdos y en serie para los pobres. La especialización hace difícil, casi a cualquier nivel, encontrar atención integral. La fragmentación médica descansa en la premisa de que el cuerpo es una máquina que puede, como cualquier sistema mecánico, descomponerse en partes para propósitos de reparación.^{5 6} El paciente (como un todo) se vuelve invisible, mientras partes de su anatomía absorben

la atención de diferentes (y bien pagados) especialistas. Cuando el paciente carece de poder sobre las formas de atención médica, sus experiencias con el dolor o la enfermedad se tornan mucho menos importantes para el "caso" que el reporte del patólogo. En donde hay diferencias de clase, raza y/o sexo, entre el médico y el paciente, la situación se vuelve más aguda, la comunicación personal es aún más difícil.

La medicina capitalista refuerza el orden capitalista en formas todavía más sutiles, en sus propias definiciones de salud y enfermedad. La salud se define en términos del sistema más que en los del individuo. El interés central de las instituciones médicas, según Dreitzel,⁵⁷ se encuentra en si el paciente está o no en buenas condiciones para ir a trabajar (esta orientación sugiere por qué las enfermedades de las mujeres son tomadas menos en serio que las de los hombres; ellas no son tan cruciales para el proceso productivo. Sus enfermedades raramente interfieren con su capacidad para el trabajo doméstico).

La medicina capitalista, por otro lado, prefiere concentrarse (en la investigación y el tratamiento) en las "científicas", "objetivas", bases orgánicas de la enfermedad. De esta manera, evade las causas sociales de casi todas las enfermedades, causas cuyas raíces se encuentran en la estructura del sistema capitalista mismo. Se gastan enormes cantidades en buscar las bases orgánicas del cáncer, pero esto resulta extraordinariamente difícil para borrar causas conocidas de enfermedad como el tabaquismo, el polvo de asbesto en las fábricas, o el hollín del carbón en las minas. Mejorar la salud en esas áreas requeriría confrontar los poderosos intereses de las compañías tabacaleras, de los fabricantes de asbestos y los empresarios de las minas de carbón.

El proceso de ignorar las causas sociales de la enfermedad se legitima a sí mismo. La enfermedad a la cual no puede darse una correlación biomédica específica es definida inexistente. El médico hace su propia distinción entre una enfermedad "real" —una cuyas bases orgánicas pueden identificarse con la tecnología disponible— y la enfermedad funcional o psicosomática, en la cual la experiencia del paciente no puede legitimarse por un reporte de laboratorio. Síntomas que se originan en factores del ambiente, tales como la pobreza, el sexismo y el racismo, la naturaleza del trabajo fuera y dentro de la casa, las crisis en el alojamiento y la educación, los problemas en las relaciones personales, etc., pueden ser "tratados" sólo con tranquilizantes y placebos. Las mujeres norteamericanas consumen grandes cantidades de ambos (si el paciente tiene dinero suficiente, ella, o él, pueden ser capaces de obtener el apoyo de un psicoanalista, pero esta opción en general no es accesible).

Además, de definir muchas formas de enfermedad como "no reales", algunas formas de salud son definidas como problemas médicos. El embarazo y el parto son, o deberían ser, considerados aspectos naturales y saludables de la vida humana. La medicina norteamericana los trata como formas de enfermedad para ser distanciados del control de la paciente, un problema que el radical movimiento por la salud de las mujeres está tratando de revertir.

En la medicina, entonces, como en la condición de las mujeres en general, las marxistas encuentran contradicciones cruciales. Por un lado, la posibilidad de extender una magnífica atención a la salud a toda la población, existe; tenemos el conocimiento, los recursos y la necesidad. Pero las relaciones sociales de la atención a la salud, la forma en la que ésta es controlada y organizada, actúan como impedimentos. Las necesidades de las gigantescas compañías de seguros, las corporaciones industriales y las organizaciones profesionales predominan.

Las marxistas piensan que un reordenamiento cabal de prioridades no es posible dentro del sistema actual. La dinámica interna de la medicina capitalista apunta hacia una concentración aún mayor del control, una mayor subordinación de los trabajadores, una medicina todavía más científica, una especialización siempre creciente y una división del trabajo deshumanizante; un pronóstico igualmente pobre para los trabajadores y consumidores. Las marxistas piensan que la única manera de liberar el potencial para perfeccionar la atención y mejorar las medidas de prevención es retirar y reemplazar el orden capitalista por uno socialista democrático.

Una nota final: muchos de quienes están desarrollando un análisis marxista de la atención a la salud son hombres. Es imperativo que los intereses específicos de las mujeres sean integrados en un grado mayor en este análisis que se está realizando. Las contribuciones para el avance de la teoría marxista deben venir de las mujeres, ya sea que se definan a sí mismas como feministas o socialistas. Los hombres sensibles a los logros e intereses de los movimientos de liberación de las mujeres pueden también ayudar oponiéndose al sesgo sistemático hacia el sexo masculino evidente en mucha de la literatura de la izquierda existente, un sesgo que ha funcionado como una barrera entre marxistas y feministas (un caso a propósito es el libro *Sexualidad y Lucha de Clases*, el cual, a pesar de su título, demuestra falta de comprensión del movimiento de las mujeres, un punto elaborado satisfactoriamente por David Fernbach en su artículo).⁵⁸

Las feministas radicales están hoy confrontando cada vez más los problemas de clase y raza. "*Class and Feminism*", una compilación de ensayos de un colectivo de lesbianas feministas (las *Furies*) es una excelente discusión de las actitudes y comportamientos de clase dentro del movimiento feminista.⁵⁹ El desarrollo teórico tanto del feminismo marxista como del radical es auxiliado en la medida en la que cada uno puede beneficiarse de las reflexiones del otro. En el propósito de crear un sistema saludable, una sociedad verdadera que exista para satisfacer las necesidades humanas de la gente, no hay, después de todo contradicción entre ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Friedan, B. *The Feminine Mystique*, Dell, New York, 1963.
2. National Organization of Women's Bill of Rights. Adopted at NOW's First National Conference. In *Sisterhood is Powerful: An Anthology of Writings from the Women's Liberation Movement*, edited by R. Morgan, p. 512. Vintage, New York, 1970.
3. Bernard, J. *Women and the Public Interest*. Aldine, Atherton, Chicago, 1972.
4. Frankfort, E. *Vaginal Politics*. Bantam, New York, 1973.
5. Seaman, B. *The Doctor's Case Against the Pill*. Avon, New York, 1971.
6. Chesler, P. *Women and Madness*. Doubleday, New York, 1972.
7. Miller, J. B., editor. *Psychoanalysis and Women*. Penguin, Baltimore, 1973.
8. Ehrenreich, B., and English, D. *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*, p. 1. Feminist Press, Old Westbury, N. Y., 1973.
9. Rossi, A. S. Barriers to the career choice of engineering, medicine or science among American women. In *Readings on the Psychology of Women*, edited by J. Bardwick, pp. 72-82. Harper & Row, New York, 1972.
10. Dunbar, R. *Female Liberation as the Basis for Social Revolution*. New England Free Press, Boston, undated.
11. Waters, M. A. *Feminism and the Marxist Movement*. Pathfinder Press, New York, 1972.
12. Engels, F. *The Origin of the Family, Private Property and the State*, edited by E. B. Leacock. International Publishers, New York, 1973.
13. Schein, M., and Lopate, C. On Engels and the liberation of women. *Liberation* 16: 409, 1972.
14. Firestone, S. On American Feminism. In *Woman in Sexist Society*, edited by V. Gornick and B. K. Moran, pp. 665-686. New American Library, New York, 1972.
15. Figs, E. *Patriarchal Attitudes*. Fawcett Publications, Greenwich, Conn., 1970.
16. Millett, K. *Sexual Politics*. Doubleday, New York, 1970.
17. Masters, W. H., and Johnson, V. E. *Human Sexual Response*. Little, Brown and Company, New York, 1966.
18. Sherfey, M. J. *The Nature and Evolution of female Sexuality*. Random House, New York, 1972.
19. Davis, E. G. *The First Sex*. Penguin, Baltimore, 1972.
20. Dinar, H. *Mothers and Amazons: The First Feminine History of Culture*, Anchor, Dobleday, New York, 1973.
21. Firestone, S. *The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution*. Bantam Books, New York, 1971.
22. Magas, B. Sex politics: Class politics. *New Left Review* 66: 69-96, 1971.
23. Tennov, D., and Hirsch, L., editors. *Proceedings of the First International Childbirth Conference*. New Moon Communications, Stamford, Conn., 1973.
24. Nile, N. Trebly sensuous woman. In *The Female Experience*, by the editors of *Psychology Today*, pp. 22-25. Communications/Research/Machines, Inc. Del Mar, Cal., 1973.
25. Tanzar, D. Natural childbirth: Pain or peak experience? In *The Female Experience*, by the editors of *Psychology Today*, pp. 26-32. Communications/Research/Machines, Inc., Del Mar, Cal. 1973.
26. Fry, R. E., Alech, B., and Rubin, I. Working with the primary care team: The first intervention. In *Making Health Teams Work*, edited by H. Wise, R. Beckhard, I. Rubin, and A. Kyte, pp. 27-67. Ballinger Publishing Company, Cambridge, Mass. 1974.
27. Boston Women' Health Book Collective. *Our Bodies, Ourselves*. Simon and Schuster, New York, 1973.
28. Lang, R. *Birth Book*. Genesis Press. Ben Lomond, Cal., undated.
29. Lang, R. *Birth Book*. Genesis Press, Ben Lomond, Cal., undated.
30. Grimstad, K., and Rennie, S., editors. *The New Woman's Survival Catalog*, pp. 71-73 Coward, McCann and Geoghegan Berkeley Publishing Company, New York, 1973.
31. Downer, C. What makes the Feminist Women's Health Center "feminist"? *The Monthly Extract, An Irregular Periodical* 2: 10-11, Feb/March, 1974.
32. Hornstein, F. An interview on women's health politics. *Quest* 1: 27-36, 1974.
33. Hirsch, L. Police Bust. Midwives arrested. *The Monthly Extract, An Irregular Periodical* 3:7, March/April, 1974.
34. Reynard, M. J. *Gynecological Self-Help An Analysis of Its Impact on the Delivery and Use of Medical Care For Women*. Thesis presented to School of Allied Health Professions, State University of New York, Stonybrook, 1973.
35. Engels, F. Letter to Joseph Bloch, Sept. 21-22, 1890. In *The Marx-Engels Reader*, edited by R. C. Tucker, p. 641. W. W. Norton, New York, 1972.
36. Engels, F. Socialism: Utopian and scientific. In *The Marx-Engels Reader*, edited by R. C. Tucker, pp. 605-639, W. W. Norton, New York, 1972.
37. Seifer, N. *Absent from the Majority: Working Class Women in America*. National Proyect on Ethnic America, New York, 1973.
38. Braverman, H. *Labor and Monopoly Capital: The Degradation of Work in the Twentieth Century*, pp. 392-397. Monthly Review Press, New York, 1974.

39. Leacock, E. B. Introduction to F. Engels, *The Origin of the Family, Private Property and the State*, p. 42. International Publishers, New York, 1973.
40. Guettel, C. *Marxism and Feminism*. Women's Press, Toronto, 1974.
41. Mitchell, J. *Woman's Estate*, p. 108. Vintage, New York, 1971.
42. Benston, M. The political economy of women's liberation. *Monthly Review* 21: 13-27, 1969.
43. Vogel, L. The earthly family. *Radical America* 7: 9-50, 1973.
44. Gerstein, I. Domestic work and capitalism. *Radical America* 7: 101-128, 1973.
45. Rowbotham, S. *Women, Resistance and Revolution*, Vintage, New York, 1974.
46. Feeley, D. Women and the Russian Revolution. In *Feminism and Socialism*, edited by L. Jenness, pp. 113-118. Pathfinder Press, New York, 1972.
47. Kelman, S. Toward the political economy of medical care. *Inquiry* 8: 30-38, 1971.
48. Navarro, V. Social policy issues: An explanation of the composition, nature and function of the present health sector of the United States. *Bull. N.Y. Acad. Med.* 51: 199-234, 1975.
49. Bodenheimer, T. S. Health care in the United States: Who pays? *Int. J. Health Serv.* 3 (3): 427-434, 1973.
50. Ehrenreich, B., and Ehrenreich, J. *The American Health Empire: Power, Profits and Politics*, p. 52. Vintage, New York, 1971.
51. Ehrenreich, B., and English, D. *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*, pp. 76-78. Feminist Press, Old Westbury, N. Y., 1973.
52. Navarro, V. Women in Health Care. Testimony presented before the Hearings on Women and Health Care of the Governor's Commission on the Status of Women, Pennsylvania, 1974.
53. Robson, J. The NHS Company, Inc? The social consequence of the professional dominance in the National Health Service. *Int. J. Health Serv.* 3 (3): 413-426, 1973.
54. Brown, C. A. The division of laborers: Allied health professions. *Int. J. Health Serv.* 3 (3): 435-444, 1973.
55. Reverby, S. Health: Women's work. *Health/Pac Bulletin* 40: 15-16, 1972.
56. Rossdale, M. Health in a sick society. *New Left Review* 34: 82-91, 1965.
57. Dreitzel, H. P., editor. *The Social Organization of Health*, introduction, p. xi. Macmillan Company, New York, 1972.
58. Fernbach, D. Sexual oppression and political practice. *New Left Review* 64: 87-96, 1970.
59. Bunch, C., and Myron, N. *Class and Feminism*. Diana Press, Baltimore, 1974.

Mujeres que trabajan en el hospital*

Gene, Lucy, Sue Ellen, Eileen,

* Publicado en *Women*, Vol. 2 Núm. 3, Baltimore, Md. 1981 pp 2-4 Traducción: Dora Cardaci.

Somos un grupo de mujeres que trabajamos en hospitales del área de Boston en diversas labores: como estudiantes de medicina, recepcionistas, secretarías, auxiliares y técnicas.

Muchas de nosotras entramos hace pocos años al movimiento de las mujeres entusiasmadas por apartarnos de discusiones abstractas respecto a la falsa conciencia o al análisis clasista. No estuvimos mucho tiempo sentadas en círculo hablando sobre oscuros conceptos retóricos. Por el contrario, arribamos a conclusiones basadas en nuestra propia experiencia en relación a los problemas y alegrías de ser una mujer en esta sociedad.

En nuestro entusiasmo inicial por el movimiento de las mujeres, nos parecía que nuestras experiencias comunes (la expectativa de que todas debíamos ser amas de casa, nuestro bajo salario, el degradante uso de nuestros cuerpos en cientos de formas diversas) eran tan dominantes que lograríamos superar todas las otras divisiones que nos podían llevar a una escisión.

Trabajar en el mundo real de todos los días, en el mundo de hombres y mujeres, de patronos y empleados, nos hizo reconsiderar estos planteamientos iniciales.

Este grupo, cuyas ocupaciones cubren un amplio espectro de las jerarquías del hospital, se sentó una noche para tratar de comprender cómo interfería nuestro rol de mujeres con todos los otros roles que teníamos que jugar en el hospital.

Descubrimos que nuestra experiencia de trabajo nos había enseñado algunas cosas:

1) Que es más fácil relacionarnos con otros del mismo "nivel" que nosotras, hombres o mujeres, antes que hacerlo con mujeres ubicadas en niveles diferentes a los nuestros.

2) Que para nosotras, mujeres con conciencia sobre la liberación femenina, nos es más fácil hablar de una honesta e igualitaria amistad con otras mujeres que conseguirla realmente.

3) Que la lucha común por lograr una hermandad está inmersa en una situación de trabajo donde se confunden simultáneamente opresiones de clase, de rango, de educación y de sexo.

Parecieran existir dos dinámicas en el trabajo, tal como nosotras lo visualizamos en nuestras experiencias laborales: cómo somos tratadas y cómo tratamos a otras mujeres. En muchas situaciones en que somos tratadas como mujeres, la posición que ocupamos no produce ninguna diferencia. Todas las mujeres, naturalmente, son consideradas con paternalismo en una industria donde sus directores y administradores son mayoritariamente hombres.

Eileen, una estudiante de medicina: “Uno de los médicos que era mi maestro, me llamaba “bombón”,* durante todo el mes en que trabajé con él. Una sola mujer dando consulta junto con ocho médicos parecía que les hacía pensar a éstos: “no es gracioso que una chiquilla nos siga todo el tiempo”.

Lucy, otra estudiante de medicina: “los médicos también parece que pensarán que acariciando la cabeza de las mujeres mientras nos explican algo, ayudan a nuestro proceso de aprendizaje”.

También las técnicas y las secretarías viven experiencias como éstas.

Coni, una secretaria: “Me echaron la culpa de haber perdido una llave importante que un doctor había tenido encima todo el día. Finalmente, cuando se dio cuenta de su error, me calmó diciendo que le encantaba mi abrigo nuevo y me acarició el pelo señalando que se veía precioso”.

Sue Ellen, secretaria: “Uno de los doctores siempre se detiene en nuestra oficina a comentarnos continuamente sobre nuestra ropa y peinados como si este tema fuese el único que nos interesase y la única cosa nuestra que despierta interés en la oficina”. Se espera de todas las mujeres (enfermeras, secretarías, médicas) que funcionen como objetos para los ojos y egos masculinos.

La separación en diversos “niveles de inteligencia”, sin embargo, es parte de lo que nos divide como mujeres. Hay una diferencia en el trato que se da a las médicas respecto al trato que reciben las mujeres que laboran en puestos de menor categoría.

Los doctores parecen asumir que las doctoras son listas (aunque no tan listas como los médicos hombres), mientras que todas las demás mujeres no son demasiado brillantes. De allí que ocurran cosas como éstas:

Dice un médico a una estudiante de medicina: “¡Eh!, es agradable hablar contigo porque yo generalmente tengo que platicar con enfermeras tontas”. “Las enfermeras son malísimas. Tengo que revisar todo lo que hacen”.

Lucy: “Cuando oigo todo el día despremiar a otras mujeres por su “estupidez” siento que no puedo defenderlas o identificarme con ellas. Como estudiante de medicina mujer, yo sólo era merecedora de respeto a través de la comparación negativa que establecían con otras mujeres que eran parte del sistema hospitalario. En otras palabras, los doctores solamente ven a sus colegas mujeres como “listas” cuando las comparan con las “estúpidas” enfermeras. Eso me hace sentir que inferiorizo a mis compañeras a través de mi propia existencia y que dejo de lado mis convicciones políticas”.

En los hospitales, además, se promueve una cierta clase de “estúpidez institucionalizada” entre las técnicas y las trabajadoras de bajo nivel. Por ejemplo, Sue, una técnica

* “Sugar” en el original. (Nota de la traductora).

en cardiología, siente que no ha aprendido mucha cardiología en el último año por razones que no tienen que ver precisamente con que la gente se niegue a enseñarle:

“No es que yo no pueda aprender cosas nuevas, sino que recibo reconocimiento por cuestiones tales como mantener bien provistos los estantes, cuidar la limpieza del piso, tener cada cosa en su lugar”.

A las secretarias se les premia por escribir cuidadosamente los mensajes relativos a análisis de sangre y resultados de pruebas, no por comprender qué significan estos datos. Esta es la clase de trabajos en que nuestra mente consume el tiempo, igual que en el trabajo doméstico. Quedan pocas energías o incentivos para aprender algo por lo que no se obtendrá un premio o, al menos, un reconocimiento.

Esta problemática nos habla de que la discriminación sexual es bastante llamativa en nuestros hospitales, pero que también está dividida claramente de acuerdo a las jerarquías del hospital.

La forma en que los médicos tratan a las enfermeras, técnicas, afanadoras, dietistas y médicas es claramente una forma de opresión a las mujeres. Pero es una opresión a las mujeres *combinada* con una opresión de clase. Muchas de nosotras somos mujeres educadas en el *College*, independientemente de cual sea nuestra categoría en el hospital. Todas tenemos dificultades al relacionarnos con trabajadores jóvenes que se ocupan del transporte o realizan tareas de mantenimiento. En un cierto nivel nos oprimen cuando nos susurran cosas o nos molestan en el momento en que pasamos por un pasillo. En otro nivel, nosotras los oprimimos por nueva relación con el sistema de propiedad, de nacimiento y de educación que los mantiene atados a un tipo de trabajo enojoso y mal pagado. Nuestras oportunidades de trabajo no son tan limitadas como las de ellos. Los médicos tratan a la última de las recepcionistas (educada en el *College*, joven, femenina) con más consideración que a una empleada de la cocina, a una ordenanza, a una afanadora.

Entre las mujeres, el entrecruzamiento de estas divisiones es particularmente difícil cuando debemos pedirle a otra mujer que nos haga un trabajo. Partiendo del hecho de que no podemos revolucionar la situación del hospital y de que compartimos diferentes tipos de trabajos, algunas veces estamos obligadas a “dar órdenes”.

Las estudiantes de medicina dicen que les da vergüenza cuando dan órdenes a las enfermeras. Eileen comentaba que se sentía tan incómoda por el hecho de ser una mujer en una, así llamada, “posición superior” que se desubicaba cuando una enfermera intentaba ayudarla.

“Cuando hago algo mal y dejo botellas y gasas sucias desparramadas, comienzo a limpiar yo misma. Pero siempre aparece una enfermera que se ofrecerá a hacerlo. ¿Pero por qué ella? Es todo muy confuso desde el momento en que se me plantea que mi tiempo es mucho más valioso que el de ella”.

En el caso de los médicos, la aspereza de las órdenes se suaviza a través del coqueteo sexual (o así es como se supone que debe jugarse a esto). Para las mujeres no existen estos recursos mediatizadores y un intento por lograr una relación honesta y abierta no siempre es bien reconocido.

El problema de dar órdenes existe también para las técnicas y las secretarias. Generalmente nos sentimos mal de solicitar a la gente que está “debajo” nuestro que realicen alguna cosa. Por ejemplo, pedir a las afanadoras que limpien la leche que derramamos o solicitar a las secretarias que ordenen cosas que nosotras podríamos ordenar.

Las relaciones entre los niveles jerárquicos del hospital difieren de acuerdo a la naturaleza de los trabajos de los que se trate. Las estudiantes de medicina sienten la mayor tensión con las enfermeras, cuya ocupación y objetivos son cercanos a los suyos. Por otra parte, las técnicas y secretarias, muchas de las cuales trabajan en áreas o departamentos autosuficientes, parecen tener gran unidad con todo el personal (excepto los médicos) de su dependencia y la mayor tensión con los que están muy por encima de ellas o muy por debajo, como las afanadoras. Estas parecen aterrorizadas por la posibilidad de causar un disgusto a la secretaria administrativa de un departamento.

La conciencia feminista no es suficiente para romper las barreras de la rígida jerarquía hospitalaria. Otros grupos potencialmente revolucionarios que existen en el hospital nos marginan debido a que somos blancas, femeninas, clase media. La única mujer a la que se le hace fácil tener amigos hombres y mujeres y hablar sobre cambios en el hospital y en el país es una técnica errante cuya categoría no se ve claramente ni en su uniforme ni en sus obligaciones. Nadie puede definir con precisión cuál es su trabajo e identificar su nivel educacional. Pero en muchos casos, las líneas que no pueden traspasarse son clarísimas.

Por ejemplo, las dos técnicas de nuestro grupo plantean los problemas que se les presentan con las médicas. Parece evidente el síndrome de “tía Tomasina”^{*} por el cual las estudiantes y las internas están ocupadísimas en lograr su superación en un mundo de hombres y lo intentan a través de afirmar su autoridad sobre los demás, especialmente sobre otras mujeres. Las que deben trabajar con ellas están atrapadas en la difícil encrucijada de relacionarse con un opresor que debe ser tratado simultáneamente como una “compañera de lucha”. Esto trae a colación la pregunta de ¿a quién llegar con las ideas sobre la liberación de la mujer? La respuesta para nosotras es que queremos acercarnos a aquella gente que tiene el mayor interés por unirse para efectuar una acción colectiva. Y esta gente no es precisamente los doctores.

Esta conclusión preliminar hace difíciles las cosas a las estudiantes de medicina, pues pareciera que no hay opción si se pertenece a este sector.

* Las autoras ponen en femenino el síndrome de “Tío Tom”, refiriéndose al personaje de la novela *La cabaña del Tío Tom* de Harriet Meecher Stowe, personaje que mediatiza la lucha de sus hermanos de raza con una actitud “bondadosa” y servil hacia los blancos.

“Si el movimiento de las mujeres no me admite en mi trabajo, ¿con quién me organizo? ¿quién es mi compañera?”

Al mismo tiempo, las que no somos estudiantes de medicina clamamos por más mujeres médicas con lo que colocamos a nuestras compañeras estudiantes en un dilema.

Además de tomar en cuenta el hecho de que la rígida jerarquía hospitalaria y el papel que juegan las clases sociales en los puestos de trabajo impiden una clara organización de las mujeres respecto a la opresión sexual, está claro que es necesario quitar al médico de su trono en el hospital.

Incluso muchas estudiantes de medicina bien preparadas y con una fuerte conciencia sobre la opresión femenina parece que hubieran sufrido un “lavado de cerebro” cuando expresan que sus colegas mujeres no serán tan competentes como los hombres. Eileen recuerda que una de las pocas mujeres cuyas opiniones médicas merecían tanto respeto como las de un hombre, era una joven considerada poco atractiva sexualmente y aceptada no como una mujer sino como “uno de nuestros muchachos”.

El panorama de la organización de las mujeres *como mujeres* en los hospitales no parece muy brillante. La opresión económica y la jerarquía hospitalaria separan a las personas más de lo que las logra unir el tema de la opresión femenina. La complejidad del lidiar con la institución hospitalaria nos ha llevado a posturas defensivas más que a dar la ofensiva para construir la unidad de las mujeres.

En muchos sentidos, esto nos parece deprimente aunque no es mucho más deprimente que otras cosas relativas a la situación mundial y a la del movimiento feminista en particular. Creemos que todavía hay cosas importantes que hacer como mujeres trabajadoras en un hospital.

1. Queremos tratar de crear unidad entre trabajadores de un departamento, piso o área. Esto significa aliarnos, no a través de favores o coqueteos, sino a través de decisiones colectivas conscientes que sean las mejores tanto para los pacientes como para los trabajadores (esta es nuestra fantasía).

2. Queremos ayudar a acabar con el mito de la competencia y el carisma del médico hombre. Para las que trabajamos directamente con enfermos, esto significa asumir la defensa del paciente ayudándolo a superar la angustia y el terror que le produce el “doctor”.

3. Queremos acabar con la imagen de la defensa de la liberación femenina realizada aisladamente. Queremos dejar de argumentar con los médicos al hacer política para la liberación femenina y concentrarnos en la ayuda que nosotras mismas y otras mujeres necesitamos para comprender nuestros pequeños logros.

4. Deseamos intentar unirnos dentro de nuestras propias categorías laborales y comprender en qué forma nuestros trabajos son opresivos, estúpidos o útiles. Esto es especialmente importante en un hospital en donde además de ocuparnos de que los pacientes reciban un óptimo tratamiento, nos ocupamos también de que el lugar en donde trabajamos funcione bien a pesar de que esté dirigido por hombres capitalistas.

Las mujeres psicoanalistas

Graciela Rahman,*

* Psicóloga. Profesora del departamento de Educación y Comunicación. División de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Es inútil que trate de pensar con frases ordenadas, que intente articular lo que se desvanece al invocarlo. Me asaltan retazos de recuerdos, ecos de voces oídas hace tiempo, imágenes de cuerpos extraviados, miradas que me miran, leyendas infantiles, temores, desamparos, ilusiones; cosas poco seguras, las humanas. Mujeres que se interrogan acerca de sí mismas, que se acercan a las rocas incandescentes, que convocan a los inquietantes fantasmas de la sexualidad. Un coro de mujeres resuena desde dónde, desde qué oscuro continente vienen a desplegar su enigma en mis palabras. Interrogan y esperan. Con su espera interrogan. Las mujeres esperan una loca promesa que nombra lo imposible. Algo quieren, ¿qué quieren? Múltiples velos acuden a vestir con su ropaje mítico una pregunta que angustia en la plenitud de su desnudo.

¿Qué quiere una mujer?

Caramba con las esencias, las ausencias, las diferencias. Los caminos inciertos y este insaciable deseo de saber, a pesar de todo, a pesar de saber que no hay ninguna verdad más allá de su búsqueda infinita. El Psicoanálisis, construido y amenazado por su propio descubrimiento, sólo puede vivir en las tormentas. La sexualidad femenina es, sin metáforas, una verdadera tormenta.

Las voces de los analistas, sus experiencias, sus cuerpos, sus deseos, los laberintos de sus oídos, están jugados. Freud abrió el juego de escuchar a las mujeres desde otro lugar, desde un lugar donde se pueden escuchar otras cosas. Descubrir verdades, por ejemplo, donde antes otros descubrieron engaños. Abrirle camino a una pregunta que duele sobre el sexo, sobre el lugar de la diferencia. Algo que busca su porqué más allá de la naturaleza y se interna en las enigmáticas vicisitudes de la sexualidad humana. Freud buscó las maneras de pensarlo, se movió de la clínica a la teoría, transitó así una pregunta interminable que le habitó el sueño hasta sus últimos días. ¿Cómo se hace mujer un ser humano? ¿Cuáles son los procesos de la sexuación que marcan a hombres y mujeres de modos diferentes? Los discípulos de Freud se apasionaron con la polémica. Unos aceptaron sus ideas, otros las cuestionaron. Hombres y mujeres comprometidos en una discusión cuya divisoria de aguas no pasó por los sexos de la anatomía. Tal vez, porque desde el Psicoanálisis, el sexo no se escribe sólo por los caprichos de la naturaleza, sino a través de los procesos de identificación que recorre cada ser humano.

El tema candente fue la fase fálica, la envidia del pene. Muchos nombres de mujer signaron esta polémica: Helene Deutsch, Josine Müller, Melanie Klein, Ruth M. Brunswick, Lou Andreas Salomé, Karen Horney, Jeanne Lampl de Groot, Marie Bonaparte.

Las mujeres analistas. Este es el nombre de nuestro artículo, que quiere formularse como una interrogación. ¿Existe alguna relación entre el sexo de la persona que trabaja y el modo en que realiza su trabajo? En el caso específico del Psicoanálisis ¿el quehacer práctico y teórico de las mujeres es diferente al que realizan los hombres? ¿Cuando

decimos hombres o mujeres estamos pensando en una diferencia natural, o en una naturaleza radicalmente transformada por las vicisitudes simbólicas del mundo humano? Cuando se interroga a las mujeres analistas y se les pide su palabra en tanto mujeres ¿qué es lo que se les pide? ¿Saben ellas algo más o algo distinto sobre el ser de la mujer, por el hecho de ser ellas mujeres?

Los modos de abordar estas preguntas son múltiples. Nosotros hemos recopilado algunas voces que, desde el Psicoanálisis, han hablado sobre el tema:

Dice Freud:

Pues bien, el Psicoanálisis, por su particular naturaleza, no pretende describir qué es la mujer —una tarea de solución casi imposible para él— sino indagar cómo deviene, cómo se desarrolla la mujer a partir del niño de disposición bisexual. Algo hemos averiguado sobre esto en los últimos tiempos, merced a la circunstancia de que varias de nuestras distinguidas colegas han comenzado a elaborar esta cuestión en el análisis. La discusión sobre ella cobró particular atractivo en virtud de la diferencia misma entre los sexos; en efecto, cada vez que una comparación parecía resultar desfavorable a su sexo, nuestras damas podían exteriorizar la sospecha que nosotros, los analistas varones, no habíamos podido superar ciertos prejuicios hondamente arraigados contra la femineidad y lo pagábamos con el carácter parcial de nuestra investigación. Y a nosotros nos resultaba fácil situándonos en el terreno de la bisexualidad, evitar toda descortesía. No teníamos más que decir: “Eso no es válido para ustedes; son una excepción, más masculinas que femeninas en ese punto”.¹

Pero es también el mismo Freud el que se encarga de poner en cuestión las connotaciones estereotipadas que el sentido común otorga a lo femenino y a lo masculino.

J. Chasseguet - Smirgel escribe:

Pero con el auténtico espíritu científico, el amor a la verdad y la generosidad que caracterizan al genio, Freud jamás consideró sus trabajos sobre la sexualidad femenina como definitivos y dejó abierto el debate, invitando a sus discípulos a proseguir tras él la exploración del “continente negro”.² Germán García opina que las mujeres que se implicaron con el pensamiento de Freud, se dividen en dos grupos: sedicentes y no sedicentes. “Si una mujer no es sedicente, no dice su ser, queda el discurso de un hombre que habla de una alteridad silenciosa que se encuentra entre ellos.” (. . .) “Algunas colegas aceptan callar para convertirse en matriz (medida) de lo descubierta por Freud: en efecto, dicen, es como quiera el maestro”.³

Sedicente, ser—diciente, decir sobre el ser que las constituye. Hablar en nombre propio o tomar la palabra del maestro como toda la verdad.

François Roustang, reflexionando acerca de la sumisión de los discípulos dice: “. . . no se es creyente por casualidad o por placer. Hay que estar sometido a poderosos imperativos interiores, a necesidades graves”. “Si se es discípulo es, fundamentalmente, porque se teme llevar un nombre, hablar en nombre propio, pensar por sus propios fantasmas y sueños. . .”⁴

Lo que se dice de los fantasmas y del deseo de las mujeres, ¿son acaso fantasías producidas por el deseo del hombre?

Eugenie Lemoine – Luccioni escribe:

Mi reflexión siempre se confunde con lo que dice tal o cual de mis analizantes (hombres o mujeres) y también a través de estos decires, la analizante que soy; puesto que se oye sólo lo que se es capaz de decir, pero que sin el otro permanecería no dicho. Este decir atestigua que es muy cierto que la mujer se encuentra capturada en los paradigmas y sistemas de representación viriles. Pero no concluyo por ello que no debería estar capturada allí. De esto no sé nada.⁵

Hay quienes opinan que las mujeres tienen ciertas peculiaridades que las llevan a ejercer su profesión de analistas de un modo diferente. Moustapha Safouan opina que Ello explicaría la facilidad relativa que muestran las mujeres cuando entran en contacto con el inconsciente. Por una parte, es innegable que las mujeres analistas poseen en conjunto chispas de intuición que los hombres analistas obtienen a base de mayores esfuerzos (incluso en la vida cotidiana, la pertinencia es una cualidad femenina que suele fastidiar a los hombres); por otra parte, precisamente entre estas mujeres analistas encontramos nombres como K. Horney, M. Klein, M. Bonaparte, etc., teóricas de las que lo menos que podemos alegar es que manejan el inconsciente con demasiados miramientos.⁶

Françoise Dolto dice:

Cuando el objeto estudiado, una paciente en análisis o una mujer en la vida, es observado por una mujer —aunque sea psicoanalista, es decir, esté advertida de estos escollos— parece que las dificultades mencionadas son aún mayores que para un psicoanalista masculino. Y esto a causa de sus componentes maternas, que pueden inducir de manera exógena una regresión intertransferencial, que traba el trabajo endógeno. . . El hecho de que la terapia psicoanalítica la apliquen con eficacia desde hace largo tiempo profesionales mujeres, no invalida en nada lo que acabo de decir, pues la persona del psicoanalista, si está dotada de las características corporales femeninas, permite a los pacientes de los sexos un estilo de transferencia de las posiciones regresivas de la libido que facilita la connotación pasiva y maternal del psicoanalista. Dicho de otro modo, el hecho de que el Psicoanálisis pueda ser practicado con éxito por mujeres, se debe a las menos resistencias a la asociación libre por parte de los pacientes.

El sujeto decidido a hacer un análisis desconfía a veces menos de una mujer. . .⁷

¿Habría que pensar que la mujer inspira mayor confianza? ¿Esa mujer que, como dice Freud, condensa en su imagen a la madre, a la amante, a la muerte?

Anne Levallois— Colot, piensa que la mujer analista, se ve orillada a ocupar el lugar de la histérica. “. . . sólo la teoría puede decir para goce de quién la mujer analista se deja encerrar tan frecuentemente en la trampa de su histeria, es decir de un sufrimiento que no termina. . .”⁸

¿Por qué histérica? ¿Porque insiste en la pregunta sobre el sexo, porque quiere saber sobre la diferencia sexual, porque se niega al hundimiento de la sexualidad de la mujer en la sola maternidad? Cuántas oscuridades, cuántas incertidumbres. . .

Frida Saal opina que "Frente a la caducidad y al fracaso de muchos de los esquemas, hasta los cimientos se conmueven y vemos que no hay foro de polémica e intercambio en que la mujer no sea convocada. Y convocada en tanto mujer. Se busca, se espera una palabra nueva".⁹

¿Qué piensan sobre el tema las mujeres analistas que trabajan en México? A algunas de ellas les hemos formulado la siguiente pregunta: Según su opinión, ¿pueden las mujeres analistas aportar a la teoría psicoanalítica una conceptualización diferente relacionada con el hecho de ser mujeres?

Una pregunta que necesita ser reinterrogada. He aquí las respuestas que obtuvimos:

Celia Díaz de Mathmann

Freud estudió primero y principalmente el desarrollo de la sexualidad infantil en el varón y fue a partir de éste que estudió la sexualidad femenina. Decenios más tarde fueron psicoanalistas mujeres quienes brindaron nuevas aportaciones a la teoría psicoanalítica, principalmente en lo relacionado a la psicología femenina, permitiendo una mejor comprensión de las dificultades externas e internas (cultura y sujeto) que originan trastornos psicósomáticos en las funciones procreativas de la mujer y en múltiples manifestaciones psicopatológicas tanto en la mujer como en el hombre basadas en la temprana relación madre-bebé.

¿Por qué a la consulta psicoanalítica acuden más mujeres que hombres?

¿Por qué es frecuente el deseo de una mujer de ser psicoanalizada por otra mujer?

¿Por qué se erotizan los tratamientos psicoanalíticos, llegando en ocasiones a la relación sexual entre un analista y su paciente mujer?

Son preguntas que podemos contestar gracias a las aportaciones que desde su ser mujer han brindado numerosas psicoanalistas.

La mujer de antaño tenía bien definida su función maternal y reprimía intensamente su realización sexual. En la actualidad la cultura impone fuertes restricciones a su fecundidad al ser privada del goce de la maternidad por separarse de sus hijos en ocasiones pocos meses después de nacidos, tampoco puede amamantarlos, ni compartir con ellos su amor; consecuencia de esto son trastornos psicósomáticos en sus funciones procreativas: menstruación, fertilidad, lactancia. Por otro lado si la mujer busca su realización sexual con frecuencia se encuentra frígida, incapaz de obtener el placer orgásmico, porque esta situación la hace sentir culpa al reemplazar maternidad por sexualidad.

Así, la mujer intenta en el psicoanálisis integrar una vida productiva económicamente, sexual y procreativa libre de conflicto.

Busca a la analista en el deseo de un reencuentro con una figura materna que le permita identificarse plenamente en su femineidad y sin culpas; deseo que se distorsiona algunas veces cuando se da con un analista que ofrece la relación sexual al carecer de un pecho nutricional que desde la fantasía le permita revivir la relación madre-hija.

Hilda Díaz Marroquín

Por supuesto que el hecho de ser mujer permite conceptualizar de manera diferente algunos aspectos de la teoría psicoanalítica, siempre y cuando no se esté internamente colonizada, esto es, no se acepte acríticamente la visión del mundo del colonizador.

Aparte de que Freud compartía la ideología patriarcal dominante, en su época el paradigma científico lo constituían las ciencias naturales, lo cual le impedía ver la historicidad y relatividad de los fenómenos. Consideraba a la mujer menos inteligente que el hombre, abrumada por sus pulsiones, con un control muy pobre de sí misma por su superego débil y como un hombre castrado que envidia el pene. Al no comprender históricamente sus observaciones decreta a la mujer inferior al hombre por naturaleza. Sin embargo, nosotras, los hombres castrados —según Freud y muchos otros menos geniales— podemos aportar una visión complementaria —y a veces contradictoria a la oficial— que nos acerca a la realidad, cuya complejidad sólo la podemos abarcar desde diferentes puntos de vistas.

Como psicoanalista he observado que la gran mayoría de las mujeres que tienen hijos y además trabajan en forma asalariada (por lo que la mujer cumple con una doble jornada de trabajo) están abrumadas con sentimientos de culpa por no permanecer todo el tiempo con sus hijos. Culpa que no he encontrado en ningún hombre ante similares condiciones. Ante esto podemos: 1) Concluir que la mujer tiene un superego más rígido que el del hombre; 2) Considerar esta culpa “natural” puesto que hay un “instinto materno”; 3) Cuestionar la culpa, el “instinto materno” y a la sociedad que los sustenta.

Aunque por los aspectos tratados podríamos considerar a Freud como un intelectual orgánico al servicio de la clase en el poder, no se demerita el valor científico que tiene su teoría como un todo, ni se descalifica al investigador riguroso, original y brillante que marcó un hito en la historia de la ciencia.

Teresa Guerra de Speckman

No creo que el hecho de ser psicoanalista mujer pueda aportar algo nuevo a la conceptualización de la teoría freudiana; esto se ha ido dando independientemente del sexo, aunque sí ha habido aportaciones específicas sobre sexualidad femenina hechas por psicoanalistas mujeres. Tal vez lo más importante ha sido el rescate que se puede hacer tanto desde la paciente mujer, como desde la psicoanalista, del “ser mujer”, la revalorización del rol femenino. Algunos autores psicoanalíticos coinciden en señalar el

importante papel de la madre en los primeros meses de vida del bebé. Winnicott, Mahler, Spitz, mencionan el papel de la “buena madre” la capacidad de ser compañera simbiótica, de tolerar la simbiosis del bebé para permitirle en un futuro lograr su individuación. Spitz nos habla de los procesos regresivos que se dan en la madre y que la hacen especialmente perceptiva a la comunicación cenestésica.

¿Podríamos pensar que en la mujer psicoanalista además del ya conocido “inconsciente flotante” existe un algo especial que le facilita acompañar a su paciente regresivo y establecer con él el necesario vínculo simbiótico?

María Eugenia Escobar Argaña

Bueno, creo que la pregunta es bastante compleja, y me refiero al hecho de que al escucharla se me plantean tres cuestiones diferentes:

Primero, que el problema del *ser* (hombre o mujer) pasa desde la teoría psicoanalítica por fuera del sujeto si puedo decirlo; segundo, que ejerciendo la función de analistas no asumimos el sexo “propio” sino que intentamos ocupar un lugar (vacío) para el analizante, y tercero el problema de la producción teórica. . .

Intentaré especificar cada una de estas cuestiones no para responderlas precisamente, sino para buscarles una articulación.

Veamos primero que el descubrimiento realmente revolucionario del psicoanálisis fue enfrentarnos con el descentramiento del sujeto en relación a su inconsciente. El sujeto desconoce sus propias motivaciones y deseos inconscientes y vive aferrado a toda una serie de imágenes que tiene de sí (imágenes ideales). Y es desde este lugar de desconocimiento que se relaciona con los demás en una búsqueda ilusoria (y enfermante) de un encuentro total con el otro sexo por ejemplo, o con su “verdad”. Pero el sujeto no se relaciona con puras imágenes sino con palabras y discursos que contengan dichas imágenes totalizantes. Si recordamos que Freud dijo que en el inconsciente no existe una representación que diga a la mujer lo que el hombre *es* y viceversa, nos encontramos desde el inicio con una imposibilidad: hacer coincidir dos discursos. No existe, estructuralmente hablando, una palabra que diga esta relación: hombre-mujer o bien hombre-verdad.

Lacan que “lee” a Freud, como se lee el inconsciente, nos habla de la estructura de hiancia del inconsciente. Es decir, que el inconsciente está estructurado alrededor de un agujero o falta fundamental: padecemos desde el inicio de una falta de significante que nos ubique frente al otro (sexo) en una relación de todo. Y así, con lo que tenemos que vérnosla en la práctica analítica es con los efectos de esta estructura que inscribe diferentes al hombre y a la mujer. Es decir que el *ser sexuado* efecto de la prohibición edípica que como estructura nos ubica en el mundo humano, es decir del lenguaje —sólo aparece como un quiebre, una interrupción al discurso totalizante sobre el ser.

Ahora bien, digamos a riesgo de ser demasiado sintéticos que lo que preexiste al sujeto no es su anatomía sino el dicho. Cada uno de nosotros somos, porque estamos identificados a un significante que nos permite estar dentro de un sistema discursivo. Este significante, el falo simbólico, es el que inscribe la falta en el inconsciente. Y leamos aquí la falta de objeto.

El hombre por su anatomía y por su lugar en la sociedad, asume imaginariamente el uso del falo como lícito; se identifica todo con él y cae en “aberraciones” como por ejemplo el machismo o la posición de amo en el discurso del poder. La mujer también puede identificarse con el falo, por algo se habla de mujeres fálicas, pero lo “propio” de la mujer es una relación muy particular con este significante fálico que como decíamos, inscribe la falta (la castración) en el inconsciente, posibilitándonos ser sujetos parlantes, demandantes. Es importante insistir que antes que nada tanto el hombre como la mujer son significantes. Al hablar de significantes nos estamos refiriendo a un orden simbólico fuera del sujeto; la estructura del lenguaje. Siguiendo el planteamiento de Lacan, esta estructura en sí misma nada significa, salvo en el momento en que un sujeto hable, usándola, habitándola.

Pero volvamos a esto de que la mujer tiene una relación muy peculiar con la castración. El significante fálico al no tener soporte en el cuerpo de la mujer como lo tiene en el hombre, deja algo fuera del discurso, algo que no se puede decir de la mujer, y este hecho pone a la mujer en un lugar de no-todo por excelencia. De hecho hay experiencias solamente femeninas, como el parto, por ejemplo que coloca a la mujer en una relación totalmente especial con su cuerpo. Algunos psicoanalistas dicen, por ejemplo, que este lugar especial que tiene la mujer en relación a la castración le da un acceso al inconsciente diferente (más rico digamos) que lo que tendría un hombre.

Con esto entraríamos ya en el segundo problema: es decir, la práctica analítica. Yo decía, haciendo funcionar la fórmula del discurso analítico, que el analista aparece como semblante, como apariencia de la causa discursiva del paciente (que habla desde la escucha del analista), ocupando un lugar de por sí imposible: lugar del sexo, de la muerte. . . mediatizado por un sin fin de proyecciones imaginarias con que le inviste cada paciente. Ya decía Freud que el analista “forma parte de las series psíquicas del paciente. . .” el analista forma parte del inconsciente del paciente, presentificando esta imposibilidad radical de la que hablabamos al principio. Que sea hombre o mujer poco importa, lo fundamental es que mediante su propio análisis cada analista haya rodeado su propia falta y que no piense que puede decir-todo (verdad o sexo) a su analizante.

Con todo esto, ¿puede la mujer conceptualizar diferente? Pienso que como efecto de su propio análisis, que articularía un estilo y una ética —del deseo— cada analista produce con cada uno de sus pacientes, y esto en sí mismo es diferente y particular en cada caso.

Raquel Radosh de Heiblum

Se puede sentir
Se puede pensar
Se puede anhelar
Tú o yo
desde ti, a través
de mí
con tu deseo
con mi intención
con el dulce encuentro de
tus vivencias y las mías,
el pájaro encendido
que emprende el vuelo
y decide violar el espacio
uniforme
y tú y yo,
la letra como hueco
que se inunda con
nuestro propósito
y cobra sentido
destruyendo el jeroglífico, propiedad
de una sola raza
una sola tribu.
Consolidación de cantos que
recrean la armonía
de lo interno
perfectamente distribuido
y ahí, desde entonces,
él y ella o tú y yo
acompañando el ritmo
del tiempo.
Lilith termina su soledad
oceánica
Adán comparte su
maternidad
Eva disimula la
suya
y en paso constante
fecundan la tierra
pantanosas.
El hijo goza de la igualdad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FREUD, Sigmund: "La femineidad", en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979. Tomo XXII.
2. CHASSEGUET - SMIRGEL, J: *La sexualidad femenina*, Barcelona, Laia, 1977.
3. GARCIA, Germán: "Posición de las mujeres", en *El enigma de la mujer* (de Sarah Kofman), Barcelona, Gedisa, 1982.
4. ROUSTANG, François: *Un funesto destino*, México, Premia, 1980.
5. LEMOINE - LUCCIONI, Eugénie: *La participación de las mujeres*, Buenos Aires, Amorrortu, 1982.
6. SAFOUAN, Moustapha: *La sexualidad femenina*, Barcelona, Crítica, 1979.
7. DOLTO, Françoise: *Sexualidad femenina*, Buenos Aires, Paidós, 1983.
8. LEVALLOIS - COLOT, Anne: "Mira cómo se baila", *En las psicoanalistas escriben sobre Lacan*, Buenos Aires, Amatista, 1979.