

XVIII ENCUENTRO DE LA RED DE MUJERES DEL MEDIO RURAL DE ALAVA

“La vida y la salud de las mujeres”

PROGRAMA

OBJETIVOS

- Conocer y reflexionar sobre la salud de las mujeres en sentido amplio, reconociendo los saberes de las mujeres en este ámbito.
- Favorecer el establecimiento de redes entre mujeres como instrumento democrático y herramienta para la construcción de un mundo basado en relaciones igualitarias.
- Posibilitar un lugar para el encuentro e intercambio de las Asociaciones de Mujeres y otras entidades que trabajan a favor de la igualdad de oportunidades para Mujeres y hombres

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

10h.00 Llegada y entrega de documentación

10h.15 Apertura y presentación

Dña. Beatriz Artolazabal. Diputada Foral de Servicios Sociales

Dn. Iñaki Beraza. Alcalde del Ayuntamiento de Salvatierra -Agurain

Dña Izaskun Landaia. Directora de Emakunde

Dña. Karmele Peña. Miembro de la Red de Mujeres del Medio Rural de Alava

10h.45 Ponencia “¿Las mujeres somos protagonistas de nuestra salud?”.

Dña. Esperanza Aguilà Ducet. Licenciada en Enfermería y especialista en promoción de la salud desde la perspectiva de género

12h.00 Descanso

12h.45 Grupos de trabajo

14h.15 Conclusiones

14h30 Despedida Grupo de teatro de Salinillas de Buradón

APERTURA Y PRESENTACIÓN

Doña Karmele Peña. Miembro de la Asociación Cultural de Mujeres Sallurtegui de Salvatierra-Agurain y de la Red de Mujeres del Medio Rural de Alava

Egunon gustioi, ongietorriak: Buenos días a todas y todos, bienvenidas al XVII Encuentro de Mujeres Rurales de Álava, bajo el título "La vida y la salud de las mujeres" Soy Karmele pertenezco a la Red de Mujeres del Medio Rural de Alava y soy socia de la Asociación Cultural Sallurtegui de aquí de Agurain.

Este año es el 3º que la Red de Mujeres en su caminar de 17 años se acerca a Agurain. El tema es: "La vida y la Salud de las Mujeres". Esto que nos parece tan oído es mucho más: salud física, salud mental, sentimientos, afectos, lo social, etc. Y es que para el buen equilibrio de las mujeres son necesarias muchas cosas.

¿Cómo hacer para que la longevidad de las mujeres no sea una acumulación de dolencias y enfermedades, sino una etapa vital, plena de experiencias y de desarrollo personal, teniendo en cuenta que cada vez vivimos más años?

Sigue tu sueño, da un paso cada vez y no te conformes con menos, sigue simplemente caminando hacia delante.

Este tema se encuentra enmarcado dentro de un proyecto más amplio que bajo el título de Saberes de las Mujeres llevamos desarrollando ya 3 años y en el que queremos visibilizar y dar valor a lo que las mujeres sabemos, no sólo a lo que se aprende en los libros sino a lo que se aprende en la vida y nosotras sabemos mucho porque las mujeres vivimos de una manera muy presente y comprometida con los diferentes entornos en los que estamos, la familia, la asociación, el pueblo,...y cada vez más comprometidas con nosotras mismas y con nuestro bienestar.

Este es sólo uno de los proyectos de la RED, vamos trabajando en diferentes localidades en pequeños grupos este tema tan importante de la salud, extrayendo "pequeñas píldoras" que puedan ayudarnos a día a día vivir mejor.

En algunos centros escolares de la provincia estamos desarrollando un proyecto de valores en igualdad con alumnado de 5º y 6º de primaria para que ya desde pequeños podamos reflexionar sobre que significa la igualdad y cómo ésto se traduce en temas tan importantes como el respeto y la tolerancia. Desde aquí quiero animar a los centros

escolares de Agurain a que se sumen a este proyecto que está teniendo muy buena acogida en otros pueblos.

También estamos realizando un trabajo de relación con otras redes y ayer participamos con las mujeres de los concejos de Vitoria en una bonita jornada de acercamiento y sororidad, participamos en la mesa de mujeres rurales del País Vasco.

Quiero aprovechar también para dejar constancia del compromiso del pueblo de Agurain con el avance y el empoderamiento de las mujeres

Os voy a hacer un breve resumen de algunas actividades que hemos hecho últimamente en el pueblo:

La IV marcha de mujeres que empezó en Kurdistan un 8 de marzo y terminó un 17 de octubre en Portugal. Mujeres y Hombres recibimos a la caravana en el Portal del Rey con algo de ropa morada; acompañadas de la trikitrixa y el pandero nos fuimos hasta la plaza. Allí, al son de la txalaparta y el cuerno, instrumentos autóctonos, hubo dantza de zorginak, pócima, bersolaris y se les entregaron semillas.

Todas las actividades fueron realizadas por mujeres que viven en la Llanada y Montaña Alavesa, de diferentes orígenes culturales. Al término de los diferentes actos se compartió un pintxo pote con productos locales.

Este año, en Agurain, el mismo grupo que organizó la marcha mundial en el municipio, ha realizado las actividades del 25 de marzo.

Otra actividad ha sido el día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las mujeres, y ante la buena acogida este año se ha vuelto a hacer.

En consecuencia se nos brindó la oportunidad de sumar fuerzas y consolidar nuestro esfuerzo para conseguir una auténtica y verdadera ocasión para seguir trabajando la igualdad de oportunidades, cometido que es responsabilidad de toda la humanidad.

Durante el año se trabaja en temas de formación, manualidades, interculturalidad, etc. Se ha elaborado el I plan de igualdad de Hombres y Mujeres de la Cuadrilla de la Llanada.

En el encuentro comarcal de la Cuadrilla hemos visto los nuevos modelos familiares.

Se empezó con una kalejira para agrupar a las personas, llevándolas al lugar de la charla. Hubo una exposición del tema seguido de un coloquio. Hay muchas formas hoy en día de familias: monoparentales, monomarentales, de acogimiento, adopción, etc. Terminado el coloquio se pasó a un recital de poesía, escrito en su mayoría por ellas mismas.

También en Agurain y de la mano de la Red de Mujeres y del Instituto Foral de Bienestar Social estamos desarrollando el Proyecto Etxezain. Sabéis en qué consiste y prueba de ello es que aquí estáis algunas trabajadoras.

Su objetivo es revalorizar el trabajo de la mujer que tradicionalmente han realizado las mujeres en tareas de cuidado y a su vez trabajar con personas que están en situación de vulnerabilidad social. En concreto ponemos en contacto a familias que necesiten cuidados en casa con mujeres que quieran desarrollar este trabajo.

Doña Izaskun Landaida, directora de Emakunde, Instituto vasco de la mujer

Egunon guztioi. Lehen eta behin eskerrak eman hemen egoteko gonbidapena lusatzeagatik.

La verdad es que es un placer venir a Salvatierra y en este sentido, quería agradecer a la red de mujeres del medio rural de Álava, la organización de esta jornada que pone el foco en la salud, un tema crucial y que es necesario abordar desde la perspectiva de género.

La OMS dice que se han producido avances pero que es necesario introducir cambios, cambios que tengan en cuenta cuáles son las necesidades específicas de las mujeres para poder atender a su salud de la manera más adecuada.

Vamos a tener ocasión de escuchar a una experta, en este caso doña Esperanza Aguilar y yo no me voy a extender en este aspecto pero sí que quería aprovechar la jornada, la edición XVII de la Red de Mujeres del medio rural de Álava, para felicitaros por haber sido capaces de unirnos aún siendo cada una de diferentes municipios y como asociación, tener diferentes objetivos.

La antropóloga feminista Marcela Lagarde, dice que está claro que a nadie le interesa que las mujeres tengamos concordia, acuerdo y mucho menos sintonía. Al contrario, se tiene la urgencia de que las mujeres confrontemos, que estemos en contra las unas de las otras, que no reconozcamos nuestra autoridad.

Por eso es tan importante y urgente que trabajemos juntas.

Eso es precisamente lo que hacéis vosotras, trabajar juntas poniendo en práctica la sororidad, es decir, la colaboración y la ayuda entre unas y otras.

Yo creo que éste es un ejemplo muy importante y referente también para otras asociaciones de mujeres.

Por tanto, mi mensaje principal en el día de hoy en nombre del Instituto Vasco de la Mujeres es felicitaros por el trabajo que realizáis cada una de las asociaciones que conformáis la Red y sobre todo ese trabajo que lleváis a cabo como Red, localizando objetivos comunes y trabajando juntas porque sin duda, el trabajar así os hace mucho más visibles y hace que vuestros objetivos y vuestras necesidades lleguen con más fuerza allá donde tengan que ser escuchadas.

Eskerrik asko y pasar un buen día

Don Iñaki Beraza, alcalde del Ayuntamiento de Salvatierra-Agurain

Egun on eta ongi etorri guztioi.

Muchísimas gracias por haber elegido Agurain como centro de las Jornadas del medio rural de Álava.

Agurain siempre ha sido esto, un lugar de encuentro, un lugar de acuerdo.

Hoy es un día especial: es la asamblea de Agurain y en la Red de mujeres del medio rural de Álava.

Primero por tanto tengo que agradecer la presencia de todas las asociaciones de mujeres que estáis aquí representadas entre los distintos municipios y como no puede ser de otra forma, tengo que agradecer a las mujeres de Agurain porque son un ejemplo de superación y constancia.

Por ello no quiero olvidarme de la Asociación de mujeres de Sallurtegui que en breve, el año que viene cumplirá su 25 aniversario.

Vaya por delante mi felicitación y agradecimiento desde el Ayuntamiento y además lo hago extensivo, por supuesto, a todas las asociaciones que hoy estáis representadas aquí y a las que no hayan podido venir.

También existe otro asociacionismo donde la mujer siempre está presente como por ejemplo Alain, asociación de amistad con el inmigrante. A ellos y ellas, eskerrik asko bihotzetik

En esta ocasión, tal y como hemos visto, ahondaremos en el tema de la salud como eje fundamental de este día.

No sólo hablaremos de ello en esta Jornada sino que previsiblemente será n tema para seguir trabajando en futuro inmediato.

He tenido la oportunidad de hablar antes con Esperanza de salud desde la perspectiva de género. El propio sistema académico de formación tanto de médicos como de médicas, tiene sus consecuencias en el sistema sanitario.

Creo que es muy importante ver esta visión y esperamos con ansiedad ese debate.

Sin más preámbulos, gracias a todas por venir y tenéis en Agurain un espacio abierto siempre que queráis donde trabajaremos juntos y juntas en la mejora de la situación de las mujeres en todos los ámbitos.

Doña Beatriz Artolazabal, Diputada Foral de Servicios Sociales.

Cuando me invitasteis a participar en la inauguración de esta Jornada no lo dudé, además de por mi condición de política que en esta etapa me toca desempeñar, por mi condición de mujer y por ser vecina de un pueblo del territorio histórico de Álava.

Esto me hizo desde luego pensar que tenía que estar hoy con vosotras para animaros y para reconocer el trabajo que estáis haciendo desde hace tantos años.

Me estaban comentando antes aquí, que la próxima primavera vais a hacer 25 años como organización, como asociación y por tanto creo que esto merece el reconocimiento a vuestro trabajo y las instituciones debemos apoyaros para que sigáis trabajando en esta materia ya que es muy relevante e importante.

Es para mí un honor acompañaros en este encuentro que pone de manifiesto la necesidad de trabajar en Red.

El día de hoy tiene una triple trascendencia: abordar perspectivas tan importantes como la salud, género y la inclusión de las personas que vivimos en el medio rural.

Karmele también apuntaba sobre el convenio que desde Diputación venimos financiando con vosotras para apoyar la inclusión de la mujer en el ámbito laboral con el programa Etxezain y que por tanto este gobierno seguirá apostando por él y en la medida que podamos seguiremos reforzándolo para mejorar.

Vuestra labor es un referente en el ámbito de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres que cobra especial importancia en el contexto de nuestros pueblos. Para ello se hace totalmente imprescindible la colaboración del asociacionismo y en trabajo en comunidad.

El trabajo en red es un ámbito que las mujeres conocemos muy bien; es la manera en que nuestras ancestas se han relacionado tradicionalmente y sin embargo, la sociedad actual lo pone cada vez más difícil.

Por esto, yo quiero subrayar la importancia de vuestro trabajo que permite unir asociaciones, grupos de mujeres y otros colectivos.

También me gustaría hacer hincapié en la importancia del tema que hoy se va a tratar: la salud pero desde una perspectiva de género.

No podemos entender el concepto de salud sin tener en cuenta las necesidades concretas que tenemos las mujeres ya que no siempre tenemos la posibilidad de ser protagonistas de nuestra propia salud.

El enfoque de género en salud hace más científica la medicina y mejora la calidad y eficacia de las intervenciones sanitarias dirigidas a hombres y mujeres.

Este enfoque transversal de las actuaciones en salud no pone de manifiesto que la forma en que las desigualdades de género desempeñadas por mujeres y hombres en la sociedad, redundan en un perjuicio no sólo en la salud de las mujeres sino que también identifica los problemas de salud a los que se enfrentan los hombres.

Es necesario por tanto, partir de un concepto integral de la salud que tome en consideración tanto factores biológicos como sociales, la vulnerabilidad en lo psicosocial y las experiencias subjetivas que nos afectan de forma diferente.

Hoy la Red de mujeres del medio rural de Álava constituye un referente logrado gracias a vuestro trabajo constante y coherente, por los años dedicados tejiendo redes, promoviendo y liderando múltiples iniciativas para el avance de la igualdad en el medio rural como el XVII Encuentro que estamos celebrando hoy.

Quiero resaltar el empoderamiento personal y colectivo de las mujeres como una estrategia indispensable para alcanzar la igualdad y en este momento, quiero hacer una mención expresa a la violencia machista que de tantas formas diferentes ataca a las mujeres y se convierte en el mayor enemigo que tenemos los hombres y las mujeres para alcanzar una sociedad justa e igualitaria.

La violencia ejercida contra las mujeres por sus propias parejas o ex – parejas es un atentado contra los derechos humanos pero también es un problema de salud pública, de salud física y de salud psíquica de origen cultural.

Karmele apuntaba también que las diferencias en salud mental ocasionales por la violencia, los problemas o las consecuencias de nuestra maternidad hay que tenerlos en cuenta al tratar de abordar los problemas de salud.

La intervención contra el maltrato ha de ser multidisciplinar y coordinada entre todas las instituciones. Por ello, aprovecho esta ocasión, para reiterar el compromiso que la Diputación Foral de Álava tiene y va a tener en políticas de igualdad, apoyando ésta y otra serie de iniciativas.

El valor de la igualdad es una base sólida y necesaria para construir un mundo más justo donde hombres y mujeres no se sientan discriminados por el simple hecho de pertenecer a un sexo u a otro.

Por todo esto quiero felicitaros y animaros a continuar con vuestro trabajo en el ámbito de vuestros pueblos que son los pilares imprescindibles para contribuir en el bienestar global de la sociedad alavesa.

Eskerrik asko

Doy por abierta la Jornada y seguro que Esperanza nos abre los ojos a muchos temas y el encuentro será fructífero.



PONENCIA “¿LAS MUJERES SOMOS PROTAGONISTAS DE NUESTRA SALUD?”

Doña Esperanza Aguilà Ducet. Licenciada en Enfermería y especialista en promoción de la salud desde la perspectiva de género

Presentación

Esperanza es una persona que a lo largo de su vida ha experimentado muchas cosas y además se anima a venir aquí a contarlas.

Ella se define como madre y como abuela además de otras muchas cosas.

Es enfermera, fue técnica de Igualdad en la Diputación de Barcelona.

Ahora está jubilada pero jubilosa y activa.

A lo largo de su vida ha estado muy implicada en temas de salud de las mujeres y es la presidenta de una Red de la que probablemente nos hablará. Es una red catalana de mujeres que tiene interés en asuntos de salud donde están involucradas con otras muchas redes a nivel del Estado y a nivel internacional.

Os voy a dejar con ella para que en este ratito nos cuente muchas más cosas sobre la salud de las mujeres y sobre el protagonismo que tenemos que tener nosotras en ella.

Doña Esperanza Aguilà Ducet. Licenciada en Enfermería y especialista en promoción de la salud desde la perspectiva de género

Buenos días.

Lamento no conocer vuestra lengua, creo que al final cerraré con Eskerrak asko pero todavía no hemos llegado al final...

Me siento muy agradecida de estar aquí porque para mí es una gran satisfacción veros aquí en la sala con ganas de saber.

Os tengo que decir que todo lo que yo apporto hoy aquí no es ciencia difusa que me haya venido a mí desde el universo sino que es el fruto del trabajo de muchas mujeres a lo largo y ancho de este mundo y que hoy me siento un poco representante de ellas.



Yo lo he aprendido a través del trabajo con otras mujeres como hacéis vosotras. La satisfacción y el agradecimiento es por podérselo contar porque de qué nos sirve el saber si no lo podemos compartir.

Me parecía interesante antes de comenzar la ponencia, proponeros una meditación porque muchas de vosotras no vivís aquí en Agurain, venís de otros lugares y voy a intentar con esta relajación de 5 minutos que olvidemos los stress varios fuera de la sala y podamos conectar con nosotras mismas.

Comienza la relajación.....

Vamos a ver si os puedo explicar algunas cosas interesantes. El título de la ponencia comienza con una pregunta: “¿Las mujeres somos protagonistas de nuestra salud?”

Pues yo os digo que podemos serlo porque está en nuestra mano. A lo largo de mi intervención, pretendo daros algunas claves para que podáis responder, cada una de vosotras en particular primero para luego compartir con las demás.

Tal vez conozcáis la información que os traigo o tal vez no. En algunos casos os voy a dar datos crudos que a menudo nos son incómodos y que muchas eligen no saber. Intentaré ir más lejos y os daré propuestas de empoderamiento, caminos a seguir para tomar las riendas de vuestras vidas vuestra salud.

Este camino para mí es apasionante y no se acaba. Comenzó hace tiempo con el diagnóstico de un hipotiroidismo, enfermedad autoinmune que llevaba arrastrando desde hacía años y no me había percatado de ello. Achacaba el cansancio y la falta de concentración a la edad. Así de desconectaba de mí misma estaba, sorda y ciega de mi propio cuerpo.

Las mujeres del colectivo de salud de Boston en su libro “Nuestros cuerpos, nuestras vidas” nos dicen que el saber es poder. Yo quisiera compartir hoy con vosotras parte de los conocimientos y experiencias de estas mujeres de Boston de las que formamos parte algunas mujeres del Centro de análisis y programas sanitarios que es la asociación a la que pertenezco.

Así mismo, son muchas las mujeres a lo largo y ancho del mundo, trabajan e investigan desde hace mucho tiempo para completar y mejorar la visión sesgada y androcéntrica, es decir, la que tiene al hombre como centro de estudio en todo lo que son las ciencias médicas.

Para empezar os propongo que repensemos la salud, os propongo cambiar el punto de vista y preguntarnos qué nos sugiere, qué sentimos al escuchar esta palabra.

Iluminémosla desde otro ángulo, un lugar donde nosotras además de los y las profesionales, ocupemos un espacio de responsabilidad y de acción. Para hacer esto, necesitamos información, conocimientos contrastados y veraces sobre nuestros cuerpos para responder a algunas de las preguntas que a veces nos han inquietado o nos inquietan después de ser visitadas por el médico o la médica de atención primaria o algún especialista: incomprendidas, fragmentadas o invisibles.

Os traigo unas palabras de Amartya Sen, filósofo y economista bengalí que nos dice “la salud es una forma de libertad y la enfermedad debe ser comprendida en relación a como los que la experimentan, ven reducida su libertad de continuar realizando lo que consideran valioso”.

Esto es la enfermedad. Se me limita y hasta dónde me limita y cómo a partir de esa limitación, yo vuelvo a estar activa en mi vida con esa enfermedad a costas.

Esta manera de pensar la salud me lleva a preguntarme por el significado de la enfermedad.

Antes de venir aquí, estuve consultando un libro titulado “La enfermedad como camino”. En él se menciona la enfermedad como la pérdida de una armonía, la nuestra, incluso incluir la vivencia de algunos síntomas de enfermedades crónicas porque las personas perfectamente sanas, sin ningún defecto, sólo están en los libros de anatomía.

El problema es que la medicina actual ve la enfermedad como un fracaso y pretende erradicarla provocando un sentimiento de impotencia creciente frente a la incapacidad de alcanzar la salud absoluta.

Para centrarnos en la salud de las mujeres, utilizaré las palabras de Victoria Sau, psicóloga y escritora feminista que decía “las mujeres tenemos órganos que no sentimos como nuestros, sus funciones le son ajenas y de ellos disponen los entendidos en el terreno que sea, como si nuestro cuerpo no fuera nuestro”

Con esta frase Victoria resume la realidad de muchas de nosotras en algún momento de nuestras vidas. Nos han hecho creer, que el conocimiento, el poder de sanación está del lado de las y los profesionales y acudimos a ellos desnudas, no sólo corporalmente sino que acudimos desconectadas de nuestros recursos personales, saberes y experiencias. Ignoramos la excelente información que poseemos sobre nuestros cuerpos y sobre su funcionamiento porque tal vez es lo que se espera de nosotras.

A raíz de mi enfermedad recién descubierta, desarrollé la idea de mi vinculación con mi propio cuerpo y escribí un artículo titulado “Somos un cuerpo”.

Creo que en lo más profundo de nuestro ser, todas sabemos que partimos de la idea de que somos un cuerpo y rechazamos la idea de que tenemos un cuerpo, toda nuestra vida y todas nuestras experiencias adquieren otra dimensión.

Dejamos de vivirnos encerradas en un caparazón que no acabamos de sentir como nuestro y con el que debemos comunicarnos para sobrevivir. Muchas veces no conseguimos entender sus señales o su lenguaje y tenemos miedo de envejecer a pesar de nuestros esfuerzos.

A menudo intelectualizamos las emociones en lugar de sentirlas. Con frecuencia hablamos de controlarlas, controlar las emociones para que éstas no nos invadan y casi sin darnos cuenta acabamos anulándolas. Lo que es verdaderamente saludable es cederles un espacio y un tiempo suficiente para poder vivirlas, assimilarlas y procesarlas.

En realidad, el impacto de algunos acontecimientos de nuestra vida es tan imparables como el ablandamiento de una vela expuesta al calor del sol.

Demasiado a menudo tenemos la creencia de que las emociones nos ponen en peligro. Creemos que si no les concedemos un lugar, un espacio donde manifestarse, desaparecerán pero lejos de ocurrir así, las emociones reprimidas se esconden en nuestro interior y ocupan un lugar que no les pertenece y nos hacen daño.

La memoria se almacena en cada una de nuestras células. En ellas quedan registrados todos los datos vinculados a nuestras experiencias vitales.

Por tanto, unos olores nos recuerdan a determinadas personas o algunas canciones nos devuelven el aroma de un amante. Cuando sentimos vértigo o dolor de estómago o se

nos humedecen las manos porque tenemos miedo o ansiedad, se activa un tipo de memoria especial que relaciona esos procesos químicos a nivel celular con la causa que los ha motivado y eso queda grabado, es decir, con la emoción que cada una de nosotras ha experimentado.

De este modo, vamos configurando un mapa único de almacenamiento.

Las experiencias dejan huellas en nuestro cuerpo. Cada una de nosotras del mismo modo que resuelve de forma única los conflictos de su vida, resuelve también de forma irreplicable a nivel interno.

La preocupación por definir lo que son las mujeres y los hombres y en qué consisten o deben consistir las relaciones entre ellos, es una constante en filósofos de todas las épocas.

Os propongo ahora, después de hablar de las emociones entender un poco por qué nos sentimos a veces como nos sentimos, no es un problema individual sino que depende de la sociedad y de la cultura en la que estamos inmersas.

Voy a hacer un pequeño análisis:

Prudence Allen, mujer americana que hace muchos años que escribe e investiga, endocrina, ella definió tres tipos de relación entre mujeres y hombres y dice:

Existe la teoría de la unidad de los sexos, teoría que defiende la igualdad entre mujeres y hombres y que no existe ninguna diferencia entre ellos. Esto tiene consecuencias para la salud. Somos iguales en algunas cosas pero en todas no.

Otra teoría sería una que resulta muy hostil para las mujeres. Se trata de la polaridad entre los sexos... cada uno en un extremo y esa teoría sostiene que somos muy diferentes. El gran defensor de esta teoría fue Aristóteles y en el siglo XIII cuando aparece la universidad tal y como la conocemos hoy en día, los textos de Aristóteles se convirtieron en lectura obligatoria para todos los estudiantes que como podéis imaginar, eran hombres. Era el siglo XIII.

Nacen también en esa época, las ciencias médicas. Las actuales son herederas de lo que entonces empezó. La autoridad del poder de sanación que hasta el siglo XIII tenían las

mujeres, se ve anulado y pasa a manos de los hombres en la Universidad que es donde ellos acudían.

En el siglo XIII por tanto, son las teorías de Aristóteles las únicas que tienen reconocimiento social y prevalecen a las teorías que habían escrito en el siglo XII dos mujeres abadesas que decían que los sexos se complementan.

Por desgracia, nos damos cuenta que el siglo XII había algunas ideas sobre las relaciones entre hombres y mujeres y sobre lo que significábamos para la sociedad más modernas y más innovadoras que las de ahora.

Para entender la persistencia de algunos de los mitos y su influencia en los comportamientos del presente, nos puede ayudar las palabras de Rousseau, escritor y filósofo del siglo XVIII que decía:

“Un hombre y una mujer perfectos nos han de parecerse en su mente más que en su rostro. A los hombres les corresponde ser activos y fuertes y a las mujeres, pasivas y débiles. Una vez aceptado este principio, entendemos que una mujer está hecha para satisfacer al hombre. Por este motivo, cuando se educa a las mujeres, esta educación ha de estar completamente dirigida a su relación con los hombres para que les complazcan, sean útiles, se ganen su amor y estimación.

Éstas son las tareas de las mujeres en todas las épocas y para que las puedan desarrollar bien deben ser adiestradas desde su infancia.”

La perspectiva de género en la salud nos permite visualizar hasta qué punto los diferentes roles atribuidos a mujeres y hombres y las relaciones desiguales de poder, se vinculan socialmente a sus comportamientos relacionados con la salud. De ahí proviene que sea un signo de masculinidad ser arriesgado y no cuidarse. Las mujeres vivimos más años que los hombres entre otras cosas porque se cuidan menos. Ellos desarrollan enfermedades más graves y se mueren antes.

Nosotras desarrollamos enfermedades crónicas que nos matan pero que tampoco nos dejan vivir.

Los hombres no lloran, no se cuidan porque se ve como una debilidad y eso tiene unas repercusiones en la salud.

Por otro lado, la perspectiva de género nos lleva a cuestionar la ciencia médica androcéntrica que está basada en un modelo masculino. Se debe investigar sobre las diferencias biológicas más allá de las puramente reproductivas.

El que la ciencia médica sea androcéntrica significa que se estudia sólo el cuerpo del hombre y hablo por ejemplo de estudios sobre medicaciones, se investiga sobre el cuerpo del hombre y lo que es bueno para el hombre se aplica al cuerpo de la mujer.

Si en alguna ocasión se le ha preguntado a los investigadores por qué hacen esto, la respuesta es que nosotras menstruaremos, nos quedamos embarazadas y es una gran complicación.

Investigar sobre nosotras que somos la mitad de la población no se hace... esta es la realidad.

Vamos a seguir intentando entender la complejidad de todo esto para que luego se entiendan también los datos que os traigo.

Otra médica canadiense nos aporta algunos planteamientos clave para entender la salud de las mujeres. Si tenemos en cuenta el enfoque de la igualdad que ha sido tan necesario para conseguir derechos, imprescindible para que las mujeres del presente estemos disfrutando de muchos derechos. Sin embargo este enfoque de la igualdad no tiene en cuenta las diferencias biológicas reales de las mujeres ni la influencia de la cultura.

Esta circunstancia provoca un distanciamiento emocional de sus propios cuerpos y nos impide apropiarnos de él y valorarlo.

Esto puede hacer que las mujeres que se creen iguales que los hombres hagan una sobreutilización de los servicios médicos y así acabar siendo medicadas.

Os pongo un ejemplo, una experiencia vital en realidad:

Yo nací en 1951 y cuando era jovencita y teníamos la menstruación o estábamos embarazadas, lo que primaba en las mujeres que nos sentíamos feministas y que luchábamos por la igualdad era minimizar estas circunstancias, como si no estuviera pasando nada.

No te concedías un receso o una atención especial.

No importaba, éramos iguales, había que llevar la vida como si no estuviéramos menstruando, como si no estuviéramos embarazadas.

Eso pasa factura y gracias a otras mujeres he podido reflexionar sobre ello y ahora tengo otras ideas sobre ello. Siento como una bendición del cielo la menstruación, es mi opinión.

Las mujeres somos cíclicas, pasamos por cuatro fases dentro del ciclo: pre-ovulatoria, ovulatoria, pre-menstrual y menstrual. Lo normal es que el sangrado dure unos 4 días.

En un reciente estudio cualitativo sobre la regla, sobre el ciclo menstrual, Maribel Blazquez, antropóloga y Eva Bolaños, tomando como muestra mujeres de entre 16 y 44 años, llegaron a la conclusión que estas mujeres del siglo XXI tienen muy poca información sobre lo que es el ciclo menstrual.

Por ejemplo, no conocen cuál es la cantidad normal de sangrado, aceptan el dolor o un sangrado abundante durante 7 días con normalidad.

Estas mujeres siguen haciendo énfasis sobre los mensajes de limpieza que nos lanzan, el temor a las manchas y al olor, desconocen el funcionamiento de su cuerpo, no lo sienten como propio, lo sienten como inapropiado y niegan la vinculación entre la regla y las vivencias emocionales que se sienten durante esos días.

El enfoque de la medicina oficial parte de la idea de que las mujeres somos diferentes a los hombres en nuestra biología y se considera que estas diferencias son discapacidades. Nos compadecen porque menstruamos y parimos. Piensan que nuestra salud reproductiva nos victimiza y por eso están autorizados medicalizarnos. No es lo mismo que medicar, ahora lo comentaremos.

Es por ello que se acaba por medicalizar los procesos naturales de las mujeres sin tener en cuenta la cultura ni como condicionamiento de la salud ni como un escenario en el que hay que entender, qué influencia tienen las costumbres de mi territorio, de mi pueblo, de mi cultura y sobre mi salud.

Vamos explicar qué es medicalizar:

Margarita López Carrillo, coordinador de la Red CAPS, compañera de la asociación. Ella es comentarista en salud y sabe mucho de lo que es medicalización.

Ella nos dice que, en general, medicalizar es toda intervención médica o farmacológica que es excesiva o innecesaria. Medicalizar es convertir los procesos naturales en enfermedades como en el caso del parto, la menopausia, los duelos; la sociedad actual no le da cabida a la tristeza, la vejez.

También es medicalizar hacer prevención con fármacos en lugar de políticas públicas de promoción de salud o de mejora de condiciones de vida y trabajo o de medio ambiente. También es medicalizar investigar sólo con fármacos cualquier problema de salud en lugar de profundizar en otros abordajes.

Así mismo, el tener demasiados protocolos, tratar a todas las personas por igual cuando cada uno es ser diferente...

Por tanto, medicalizar es un concepto peyorativo y no debe confundirse con medicar. En ningún caso se pretende decir que toda intervención médica o farmacológica es medicalizar.

Por otro lado si sólo analizamos la construcción cultural y su influencia en la sociedad, por ejemplo en cuestiones como la menstruación o la menopausia, la anorexia y dejamos de lado las diferencias y los componentes biológicos, tampoco podemos profundizar en la interrelación que hay entre la biología y la sociedad.

Como conclusión diríamos que la salud de las mujeres depende de la biología, de la psicología propia, de la cultura en la que vivimos y de la sociedad en la que estamos inmersas.

Cultura y sociedad cambiando en un espacio geográfico y en el tiempo.

Este enfoque es el que integra todos los aspectos que confluyen en una persona.

Y qué dicen los entendidos a los que aludía Victoria Sau?

Cómo nos ven las ciencias médicas?

Pues nos ven como si fuéramos hombres sin tener en cuenta nuestros problemas y enfermedades específicas. No entienden nuestras quejas, nuestro malestar, nuestro dolor.

Las mujeres vivimos más años pero con peor calidad de vida y las enfermedades crónicas que nos aquejan no se investigan o no se difunde lo que la ciencia ya sabe.

A pesar de que las mujeres utilizamos más los servicios sanitarios no estamos incluidas en los ensayos clínicos. Aún así, la ciencia sobre las diferencias sí que existe.



Los diferentes síntomas del infarto de miocardio de las mujeres no se han incluido todavía en el currículum académico. Los y las estudiantes siguen sin estudiar los citados síntomas.

Son distintos a los de los hombres. No experimentamos el clásico dolor punzante en el pecho que irradia al brazo. Nosotras presentamos un malestar difuso con una presión en el pecho angustiante similar a un corte de digestión. De esta manera, es más difícil que las propias mujeres y las y los profesionales relacionen este malestar con un infarto.

La consecuencia es que las mujeres acudimos más tarde al hospital, somos diagnosticadas más tarde y además se nos hacen menos pruebas exploratorias.

En muchos casos, mujeres que han sufrido un infarto relatan que no sintieron ese dolor y ese malestar como un infarto y que en el hospital cuando llegaron, los profesionales tampoco. Se asocia a una crisis de ansiedad u otro tipo de malestar digestivo.

El problema radica en que ya existen mujeres investigadoras en el mundo que ya han evidenciado cómo se presenta el infarto en las mujeres pero el problema es que eso no llega a las universidades.

Otro ejemplo de las diferencias entre mujeres y hombres nos lo aporta el estudio de dos mujeres suecas que en los años 80 demostraron la evidencia de que la prolongación en las horas de trabajo, produce alteraciones en las hormonas del estrés.

Por tanto, las mujeres que tenemos doble jornada, que trabajamos fuera y dentro de casa, no descansamos bien, es decir no tenemos buena calidad de sueño.

Estas investigadoras analizaron las curvas de adrenalina y de las hormonas del estrés en mujeres y hombres ejecutivas, personas que tomaban grandes decisiones en sus jornadas de trabajo.

El estudio reflejaba que cuando los hombres llegaban a casa por la tarde, iniciaban un descenso de sus altas cifras hormonales que les permitían llegar a la hora de acostarse con unos niveles bajos muy adecuados para un buen descanso.

En cambio las mujeres ejecutivas que habían iniciado el mismo descenso que sus compañeros yendo hacia casa, sufrían otra subida de adrenalina durante la hora de la cena, el baño de la criatura... De esta manera, se les impide conciliar un sueño profundo y reparador.

Es por esto que sabemos que la salud depende de las condiciones de trabajo, del apoyo social que recibimos, de las diferencias biológicas, psicológicas y también de los valores y creencias que cada persona tiene. Sabemos también que las condiciones de vida y de trabajo son diferentes entre hombres y mujeres. Existen estudios recientes que demuestran que las cargas referentes al cuidado no se reparten equitativamente.

A pesar de los cambios sociales, de los pactos establecidos entre muchas mujeres jóvenes o no, de la actitud colaboradora de muchos hombres, la verdad es que la mayoría de las mujeres ocupadas tienen una mínima ayuda en el trabajo doméstico familiar poniendo como ejemplo dos extremos:

Las universitarias que tienen ayuda externa (mujeres a las que se les paga para que hagan nuestras tareas domésticas) y que son también las que tienen más apoyo de sus parejas. En el otro extremo estarían las mujeres ocupadas con bajos niveles de estudios que soportan casi todo el trabajo doméstico y familiar.

Existen también estudios recientes que analizan el número de horas de trabajo en casa, del cuidado de la casa no de personas y hablan de las horas que invierten los hombres y las mujeres en ello.

Resulta que al inicio de la convivencia, esos hombres y mujeres pactan el número de horas que van a invertir cada uno pero en el momento en que aparecen los hijos, la situación cambia. Por ejemplo, un hombre que había pactado colaborar 4 horas/semana continúa con esas horas pero una mujer, a medida que aparecen los hijos, el número de horas se duplica o se triplica. Estos son datos de finales del siglo XX. Los estudios dicen que las mujeres seguimos dedicándole más horas a la casa que los hombres con hijos o sin ellos y que en nuestras jornadas laborales, somos capaces de trabajar más allá de nuestras obligaciones siendo las que dedicamos más horas a ese empleo sin recibir ningún tipo de reconocimiento.

El catedrático de salud pública de la Universidad de Alicante, Carlos Álvarez Darde publicó recientemente en el blog de la Gaceta Sanitaria algunos datos interesantes que nos van hacer entender la magnitud de las desigualdades que existen en el ámbito del trabajo entre hombres y mujeres. Uno de los datos que se aporta en este blog es que se estima que la masa salarial de los hombres en todo el mundo es casi tres veces superior que el de las mujeres.



Hay datos también de lo que ocurre en España: las mujeres tenemos un retraso de 30 años sumando todo lo que cobramos, es decir, en la actualidad, la media de la masa salarial de las mujeres es la misma que la que tenían los hombres en el año 1980.

Los hombres ganan en la actualidad un 24 % más, las nóminas más bajas las cobran las mujeres. La mayoría no llega a los 700 €/mes. No llega al 7 % las mujeres contratadas que cobren 3000€ o más. Si analizamos los sectores de actividad, la que está peor pagada es el empleo doméstico con un salario medio mensual de 745 €. Después le sigue la agricultura y la hostelería.

Ante esta situación, ¿podemos entender de dónde procede el dolor y el malestar de las mujeres?

Regina Valle Borrás, psicóloga y compañera de la asociación, hace muchos años que trabaja con grupo de mujeres que acuden muy a menudo a la consulta médica. Ella nos habla de la rabia escondida y de cómo algunos conflictos que son ineludibles en nuestras vidas, no los podemos sortear, hay que vivirlos, no hay más... Sin embargo, muchas veces estos conflictos tenemos que vivirlos solas e invaden nuestras vidas y así ocupan un lugar físico en nuestro cuerpo enfermándolo. Y Regina añade: "Cuando no hay palabras para decirlo, hay un cuerpo para expresarlo".

Por eso es tan importante estar en grupo, estar en red porque la palabra cura. El dolor es la primera causa de consulta de atención primaria en la vida de las mujeres. Tenemos dolor en la columna cervical, dorsal y lumbar. Tenemos dolor en las articulaciones, en manos y pies y en la masa muscular.

Además el dolor es la primera causa de abandono de la actividad principal de las mujeres.

Acordaros de esa definición de salud que hablaba de libertad y de enfermedad, que la enfermedad lo que hace es limitar nuestra vida. Así mismo, el dolor es dos veces más elevado que el de los hombres y es más prevalente con la edad, a partir de los 45 años.

Ante esta situación y a pesar de que ya hay muchas evidencias sobre el impacto de las vivencias psíquicas, emocionales y afectivas sobre el cuerpo, somos etiquetadas como demasiado demandantes, hiperfrecuentadoras del centro de salud.

Nos dicen que somos demasiado quejasas o somos directamente diagnosticadas de depresivas, neuróticas y convenientemente nos medican con psicofármacos desde la primera consulta sin que nos hayan hecho una analítica básica para descartar una anemia o un hipotiroidismo que provoca dolor y cansancio.

En realidad, las estadísticas nos dicen que por cada 60 mujeres que tiene una deficiencia de hierro, hay 1 hombre. A pesar de que esto se sabe, no nos hacen analíticas para ver cómo tenemos el hierro.

Si nos adentramos en el sufrimiento psíquico, nos encontramos también por evidencia científica que está relacionado con las enfermedades cardiovasculares, es decir, que las enfermedades relacionadas con la circulación y el corazón no sólo están relacionadas con el consumo de grasas sino que las tensiones que se generan en una mala relación con las personas más cercanas a nuestra convivencia, pueden incrementar en 40% el riesgo de accidentes vasculares entre las personas que no hayan padecido antes un infarto.

Tener una relación estrecha con otra persona que reporta sobre todo sentimientos negativos, hostilidad o enfados puede desembocar en un infarto. Este aspecto de la convivencia pesa más en el riesgo de accidentes cardiovasculares que el hecho de la persona en sea pesimista o dada a conflictos. Sabemos que la alteración crónica de las hormonas relacionadas con el estrés es la base que aumenta el riesgo cardiovascular y convivir con alguien que nos sumerge en una hostilidad constante es bastante estresante.

Vamos a ver entonces cuáles son los factores del estrés emocional:

El divorcio, el aborto, la inmigración, el maltrato, las enfermedades de larga duración, los embarazos adolescentes, los hijos no deseados, la ausencia de trabajo remunerado, la ausencia de apoyo social y laboral y el cuidado a personal mayores y enfermas.

Además, ya en los años 90 se añadieron cuatro factores de riesgo más: El matrimonio, el trabajo de ama de casa, cuidar a tres o más criaturas pequeñas y la falta de comunicación con la pareja.

Por otro lado, el mantenimiento de los estereotipos entre las personas adultas y especialmente entre adolescentes y jóvenes es la antesala de la violencia machista.

En la Red CAPS hay un par de enfermeras que trabajan en un hospital de Mataró donde trabajan con adolescentes y jóvenes hasta 20 años. Imparten talleres para prevenir la violencia. En un momento dado, les hacen una encuesta para conocer el impacto que tenía en ellos el taller y ver lo que los chicos y chicas pensaban sobre la violencia. Confirmaron entonces la hipótesis que ellas creían, que los chicos y chicas siguen teniendo muchos estereotipos. Un ejemplo de ello es que el 75% de ellos y ellas declaraban que si una chica quiere ligar ha de ser guapa y un chico ha de estar “cachas”.

Casi el 70% opina que si un chico liga está más valorado por el grupo pero que si una chica liga es una fresca.

Si analizamos el pensamiento de los chicos, en un 30% creen que su opinión tiene más peso que el de las chicas. Por tanto, ellos son los que mandan y ellas desean obedecer. Si son pesados porque las llamen constantemente o les mandan whatsapp, ellas tienen la obligación de responder.

Por otro lado, casi las mitad de los chicos, opinaba que cuando las chicas decían que no, en realidad querían decir que sí y que se estaban haciendo las estrechas.

Por encima del 80% de las chicas siguen creyendo en el amor ideal y el 17% reconocen que sólo piensan en casarse. Más de la mitad de las chicas opinan que los hombres deben dirigirlas con amor y firmeza y aceptan el control que se les ejerce por el móvil. Algunas, sólo el 12% acepta que les digan qué ropa se tienen que poner. Otra cifra más preocupante aún dice que entre el 30 y 35%, más de la cuarta parte, manifiesta que les parece normal que su pareja les obligue a tener relaciones sexuales. El 35% de las chicas confesaba también que su pareja a veces les daba miedo. Estos datos son de entre los años 2005 y 2008.

Yo creo que estamos ante un retroceso y no sólo por esto sino por otros datos que tengo.

Ante esta situación y después de 10 años de vigencia de la Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género, los cambios más significativos que se han dado respecto a la respuesta del sistema sanitario, son los protocolos de actuación en aquellos casos en los que la violencia se pone de manifiesto en la consulta. La mujer confiesa que está viviendo un maltrato.

En cambio, el ámbito de la prevención está aún por explorar, por sistematizar. Hacen falta campañas de prevención continuadas, programas de sensibilización, concienciación social y ciudadana. Ejemplo de ello es el taller que comentábamos que realizaban en Mataró. Seguro que en el País Vasco se hacen algunas cosas pero hay que conseguir que sea algo sistemático, tan obligatorio como las matemáticas. Enseñarles desde muy jóvenes, aprender a relacionarnos con respeto.

Volvamos al ámbito sanitario:

El 93% de las mujeres que tomaron conciencia y reconocen su situación de maltrato, pidieron ayuda acudiendo en su centro de salud. La consulta médica es un lugar excelente para la detección precoz. Las mujeres que sufren violencia física o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades que las mujeres que no sufren violencia física, psicológica... Las mujeres tras sufrir maltrato tiene un mayor consumo de tranquilizantes, antidepresivos, consumo de alcohol y de drogas ilegales.

La OMS ya en los años 90, prevaleció que la violencia contra las mujeres era una prioridad en salud pública como consecuencia de las repercusiones tan graves que tiene para la salud. Sin embargo, las agencias de salud pública que son los ámbitos donde se valoran las necesidades en salud de la población y en donde se desarrollan las políticas, entre ellas la prevención, no incluyen en sus agendas a la violencia machista. Generalmente de la violencia machista se habla desde el ámbito de la mujer o servicios sociales pero desde el ámbito de la salud es más difícil. Los “entendidos” sólo han estudiado y valorado la salud de las mujeres desde el punto de vista reproductivo, Victoria Sau ya hacía referencia a ello.

Es por ello que no se han abordado nuestros problemas y malestares desde una perspectiva integral. Este enfoque conlleva algunas paradojas y pone en evidencia los claro-oscuros en la información que nos llega. La ciencia médica ha ignorado el estudio de la menstruación. Se estudió en el siglo XX pero para suprimirla con los anovulatorios.

Cuesta mucho encontrar, estudios sobre el ciclo menstrual, sólo uno o dos hechos en Suiza. En las facultades no se estudia el ciclo, el funcionamiento normal del mismo. Ha de saberse que la menstruación es un indicador del estado de salud porque no menstruamos con el útero sino con todo nuestro cuerpo.

El sangrado ha de ser como máximo como el de una copa de vino, debe durar el sangrado fuerte 1 día y luego 3 o 4 más. La menstruación es un hecho fisiológico y prepara cada mes el cuerpo para la concepción. La menstruación no es una maldición bíblica ni sus molestias se deben vivir en silencio porque en realidad cuando se presenta fuera de los parámetros normales, sus características anómalas son claros indicadores de problemas de salud, de nutrición o estrés.

¿Por qué hablar tanto de menstruación si muchas de nosotras ya no nos acordamos?

Pues porque ha sido nuestra compañera de viaje, la hemos querido o no, la hemos vivido con dolor o sin él, con conciencia de tener la menstruación o sin ella.

Os recomiendo un libro que se titula “La luna roja” de Miranda Grey que da una visión muy interesante sobre ella. Miranda decía “en algunas culturas se creía que al finalizar la etapa de la fertilidad, las mujeres absorbían la energía de la menstruación y a consecuencia de ello, se adueñaban de la creatividad, la magia y la claridad mental y entraban en un momento de su vida en que realmente eran apreciadas y respetadas siendo consultadas tanto para las guerras como para la paz”.

De este libro sólo rescato una idea: el estado en el que entramos el primer día de la menstruación nos permite a veces tener una alta percepción de los olores, los sonidos. Podemos entrar en una percepción del mundo más intensa debido a nuestro clima hormonal. Esto es una bendición para la humanidad porque demuestra por qué las mujeres y hombres entendemos el mundo de forma diferente y además resulta muy interesante poder compartir eso entre nosotras y nosotros.

La investigación actual una vez más no se está centrando en estudiar la regla sino en abolirla y plantea medicar a las niñas con hormonas desde la adolescencia.

Otro aspecto a considerar, desconocido por la mayoría de nosotras, está relacionado con los anticonceptivos orales. Los anticonceptivos inhiben la ovulación, provocan la pérdida de formación ósea y este aspecto ha permanecido invisible durante muchos años porque no se conocía el efecto de la progesterona natural. También anula la ovulación el estrés y el ejercicio físico exagerado. Por lo tanto, hay bailarinas, gimnastas, mujeres con anorexia que manifiestan menopausias precoces.

Voy a hablar ahora sobre los tóxicos que llegan al cuerpo humano, es decir, la incorporación de la perspectiva del medio ambiente en la salud es imprescindible.

Por ejemplo: en el cáncer de mama que es el más frecuente entre las mujeres en los países industrializados, según la AECC la incidencia en España es de 25.000 casos, el 29% del total de tumores femeninos.

Las causas del cáncer son muy variadas. La investigación ha manifestado numerosos factores de riesgo relacionados como los genéticos, alimentarios, sanitarios, estilos de vida y condiciones laborales. También hay que tener en cuenta los factores ambientales: el aluminio que está presente en los cosméticos, vacunas y medicinas.



Existen contaminantes que son directamente cancerígenos o actúan como sustancias químicas que son capaces de alterar nuestro equilibrio hormonal. Estas sustancias llegan a nuestro organismo a través del agua, del aire y de los alimentos y pueden estar incorporados en forma de insecticidas. También en los cosméticos están incorporando los parabenos.

Estas sustancias tóxicas que están en nuestro entorno, se acumulan en la grasa corporal y es por ello que nos afecta más a las mujeres; las mujeres tenemos más tejido graso no porque estemos más gruesas o menos sino porque sencillamente nuestro cuerpo está preparado para la concepción y la crianza y necesitamos acumular grasa. Es por ello que estos productos tóxicos se nos acumulan en las grasas y pueden permanecer en nuestro organismo 10, 20, 40 años. En la CE ya se han emitido normas para limitarlos pero todavía no se han prohibido. Me atrevo a decir que la mayoría de la población no conoce la existencia de estas sustancias químicas que nos rodean tan perjudiciales para la salud.

Los factores genéticos, los hereditarios, influyen por sí mismos a la hora de desarrollar un cáncer de mama pero sólo de forma relativa. A pesar de ello, hay muchos estudios y mucho dinero invertido sobre el papel de los genes. Sin embargo, ya se disponen de evidencias científicas que demuestran que los contaminantes ambientales juegan un papel importante en riesgo de contraer un cáncer de mama.

A pesar de constituir esto uno de los problemas más graves, los programas sanitarios dirigidos a combatir e impedir el cáncer de mama, se están concentrando casi en exclusiva en los factores de riesgo habituales. Nos hablan de la dieta, de los hábitos saludables, etc y se habla poco de los factores de riesgo colectivos como sería el medio ambiente o el trabajo nocturno. El trabajo nocturno se sitúa como factor de riesgo al mismo nivel que el factor genético.

Tampoco se informa a los donantes de óvulos. En las universidades hay carteles que invitan a las mujeres jóvenes a donar óvulos para así ayudar a mujeres que sufren por no poder ser madres.

Les ofrecen algo de dinero por ello y muchas mujeres jóvenes acuden a hacer donaciones. Sin embargo, no se les habla en los folletos informativos ni en las entrevistas que van a vivir el síndrome de hiper-estimulación ovárica porque no se les extraen uno o dos óvulos que son los que maduran en un ciclo normal sino que les dan hormonas para estimular los ovarios.

Hemos realizado un folleto informativo que habla sobre las mamografías, lo que se llama el cribado de cáncer de mama, hacer mamografías para prevenir el cáncer de mama. Las mujeres danesas editaron un folleto en el que hablan de los pros y los contras. Nosotras lo traducimos e intentamos que en el Gobierno autonómico de



Cataluña aprobaran que dichos folletos estuvieran en todas las consultas o que se dieran a las mujeres que iban a hacerse una mamografía. No lo hemos conseguido pero el folleto existe.

Lo que quería decir con esto es que la mamografía no es un método de prevención sino de detección del cáncer. En las cartas que se envían a las mujeres para invitar a hacerse una mamografía sólo hablan del beneficio de la misma pero no de los perjuicios. Ellas concluyen que participar en un programa de mamografía es al mismo tiempo razonable y no, porque se ha demostrado que tiene beneficios y perjuicios a la vez.

Las mujeres como personas adultas que somos tenemos el poder de decidir. Si se nos dice que es igualmente razonable como no, queremos saber y entonces luego decidir.

Si a 2000 mujeres durante 10 años se les hace una mamografía, se evitará una muerte pero 10 personas sanas serán diagnosticadas y tratadas innecesariamente. Así mismo, 200 mujeres sanas se verían afectadas por una falsa alarma, el falso positivo. Por lo tanto, el cribado reduce el riesgo de morir de cáncer de mama pero se realizan demasiados diagnósticos y demasiados tratamientos, más cirugías y más tratamientos.

Y entonces, ¿qué hacemos con toda esta información?

En el CAPS hicimos una reflexión y concluimos que la visión del sistema sanitario de las ciencias médicas tiene de nosotras, hace a las mujeres invisibles, nos fragmentan, nos ven a trozos, y nos hacen creer inferiores.

Esto hace que se nos medicalice.

Me queda poco tiempo y no puedo hablar de otros temas como la medicalización de las cesáreas. Ocurre que las cesáreas que se hacen en España son muy superiores en número (25% del total de partos) a las que recomienda la OMS.

Quería hablaros también de la vacuna del papiloma humano que se está poniendo a las niñas porque no se habla de las consecuencias gravísimas que tiene: niñas que convulsionan, alguna muerte...

Además la vacuna no protege contra todas las cepas del virus pudiendo aplicar un programa de cribado del cuello del útero que resulta un método de prevención excelente y baratísimo. El cáncer de cuello de útero tarda más de 10 años en evolucionar y con un examen citológico del cuello del útero estamos muy bien controladas.

La mayoría de las muertes del cáncer de cuello de útero, más del 80% es porque nunca se habían hecho un examen citológico. Por lo tanto, hay muchos datos que evidencian que éste es un buen método de prevención y sin embargo, se gastan miles de euros en

una vacuna que no se ha demostrado que sea eficaz y con unos efectos adversos muy grandes. Esto también es medicalizar.

¿Y quién sostiene, participa y consiente la medicalización?

Por una parte, la evidencia científica que resulta ser chapucera, absurda e innecesaria. Por otra parte, la ciencia está en manos de la industria farmacéutica. Hay muy poco dinero invertido en investigación y todo está en manos de la industria y ésta es lo que es, industria y es legítimo que quiera obtener beneficios.

Por tanto, la medicalización se ve favorecida por un lado por la industria, por otro por los y las profesionales de la salud y también por las propias mujeres.

Tenemos muy arraigada la creencia de que nos curen, pensamos que el médico o la médica sabe más que nosotros y no es así. Nosotras, sobre nosotras mismas, sabemos más que nadie.

Entonces, ¿qué podemos hacer con todo lo que hemos reflexionado y los datos que se han aportado?

Pues en primer lugar os voy a explicar algo que ya sabéis desde la adolescencia: hablar con las amigas reduce el estrés y es saludable. Todas lo sabemos pero además existe un estudio de 2 mujeres americanas que lo demuestra. Ellas dicen que las mujeres tenemos una manera diferente de responder al estrés bioquímicamente hablando y físicamente también. Cuando nosotras nos sentimos atacadas, ¿qué hacemos? Recogemos a nuestras criaturas rápidamente y buscamos a otras mujeres para hacer piña y afrontar esa situación. En cambio, los hombres reaccionan ante el estrés con agresividad y con tendencia al aislamiento.

Esto está también saberlo porque nos podemos complementar: si hay un enemigo que vaya él a defendernos y nosotras cuidamos de la criatura. Lo importante es que tenemos una tendencia muy intuitiva a agruparnos entre nosotras.

Por otro lado, los grupos de mujeres son la herramienta más poderosa que tenemos para defendernos de las presiones medicalizadoras. En los grupos de mujeres nos alejamos de ello no sólo por pertenecer o participar sean cuales sean las actividades sino que nos alejamos de la enfermedad y de la dependencia de los médicos y médicas y los fármacos.

Por tanto, los grupos de mujeres son una medida de prevención de primer orden. Nos empoderamos entre nosotras, intercambiamos nuestras recetas personales para estar bien y nuestras experiencias animándonos a saber más y más.



Para finalizar, os voy a leer un relato surgido en un taller realizado por las mujeres de la Red de mujeres de salud de Cataluña y que se publicó en la revista MIS por Margarita López

“Algunas de las asistentes al taller asumieron durante un rato los distintos personajes. Simulamos una consulta de atención primaria. La enfermera paseaba por la sala de espera llena de gente y no veía ni oía a nadie. La paciente, que era otra de nosotras, estaba abrumada por los dolores, las cargas familiares, la precariedad laboral y achicada por un exceso de docilidad y miedo. Estaba acobardada.

La hermana de la enferma se había enfadado con la enfermera porque no les hacía caso. Estaba enfadada con el cuñado por ser un despreocupado, con su propia hermana por estar enferma y con la médica porque no lo arreglaba y con ella misma por no ser capaz de pasar de todo.

Por otro lado, la médica se sentía abrumada por la cantidad de gente y la escasa efectividad de su talonario de recetas. La enfermera le presionaba urgiéndola con su entrar y salir de su consulta como un sabueso inquieto; abrumada por la responsabilidad para con su paciente a quien prefiere no mirar porque no sabe qué decirle ni qué hacerle y sólo quiera que coja la receta y se vaya lejos”.

Ése era el panorama.

Hicimos todo esto y aunque habíamos leído el guión previamente, nos sorprendió lo que sentimos tanto las actrices improvisadas como las espectadoras. Nos dimos cuenta de todo el desánimo desamparado de la paciente a quien todos mandan: la enfermera, la hermana, el marido, los hijos, el suegro, el jefe...

Toda su respuesta es quejarse de mareos y de dolor en todo el cuerpo, no tiene fuerzas para levantar la voz, la mano ni el brazo para parar los golpes para así deshacerse de algún fardo. Dar un puñetazo en la mesa, un portazo porque si la pánfila de su hermana se rompe tendrá que hacerse cargo de su familia además de la suya propia.

Porque ¿Cómo iba a dejarla tirada?

Pero qué demonios le ocurre a esta médica de hielo que no la cura de una vez?

La médica se siente impotente tras su talonario. Está agazapada y rígida tras su mesa, sin levantar la cara, conteniendo la respiración, esperando que esa mujer doliente, dependiente acepte su palabra: “esta nueva medicina le va curar de su dolor” algo que es tan amplio y difuso como el continente perdido. A ella en la facultad nadie me enseñó

a explorar de modo que sólo desea que coja la receta y le ponga mucha fe, haber si por esas casualidades de la vida, le hace algo.

Sentimos todo esto y luego nos adentramos como espeleólogas todas juntas en el debate, con la presencia palpitante aún de esas mujeres sufriendo de espaldas las unas a las otras, sufriendo unas contra otras.

Se hicieron patentes todas las limitaciones de nuestra medicina, la falta de atención, de apoyo, la falta de recursos de las profesionales y todo el complejo entramado de dolores y malestares que empujan a tantas mujeres a la consulta de atención primaria en busca de algún alivio.

Contemplamos desanimadas el espectáculo, parecía que como no cambiara el ancho mundo, nada podía hacerse para mejorar la situación de médicas y pacientes.

Entonces una asistente, médica de primaria, nuestra querida Pilar Babi, dijo algo que nos devolvió la esperanza:

-“A pesar de todo, el encuentro es posible”-.

Pues ésta es la conclusión. No hay que añadir nada más, es el encuentro es posible. Mientras haya dos personas frente a frente con unos minutos para hablar, por pocos que sean, una con una demanda pero también con unos saberes y recursos tal vez ignorados por ella misma pero no por ello menos reales y otra con unos conocimientos para hacer frente a esa demanda, aunque sólo sea en parte.

Se da el caso de dos adultas tratando de aunar esfuerzos para ver qué se puede hacer con una situación sin esperar milagros pero aceptando cada una su parcela de responsabilidad. Mientras esto sea posible, el encuentro y la modificación del problema, es posible.

Entonces rehicimos la escena.

Ahora con esta premisa en la cabeza, volvió a ser una experiencia increíble.

La enfermera dejó de ignorar a la gente de la sala para pedirle por favor paciencia.

Gracias a ello, la hermana estuvo más tranquila en la consulta. Dejó que su hermana hablara por sí misma.

La médica miró a los ojos a la enferma, la escuchó, le propuso un nuevo medicamento para ver si así se encontraba mejor, le cogió la mano...

La paciente preguntó sus dudas y le contó un poco su vida. Parecía hasta más alta. La médica le propuso algunas ideas para aligerar las cargas.

Le dijo: “¿Por qué no se va usted por ahí una tarde a la semana”

La hermana se brindó a ayudarla para convencer al marido.

“Lo ha dicho la doctora, habrá que hablar con Manolo”.

En fin, no cambió su vida, no dejó de tener la espalda como un garrote de la noche a la mañana ni durmió como un bebé de entonces en adelante pero se sintió un poco más persona. Le pareció que podía hacer algo frente a sus males y que tenía dónde ir a buscar apoyo: medicinas, ideas aunque no milagros.

El encuentro fue posible porque por un momento, las tres nos metimos en la otra y anduvimos con sus zapatos.

Y el artículo que escribió Margarita López Carrillo que es una gran escritora termina así:

“La primera escena duró 7 minutos. La segunda, aunque todas tuvimos la impresión de haber invertido un cuarto de hora, duró 7 minutos.

Alguien tuvo la feliz ocurrencia de cronométralo. Otra sorpresa.”

Y yo os digo que si nos convencemos de que nuestra fuerza reside en nosotras mismas, en la capacidad creativa inherente a nuestro cuerpo, entonces seremos capaces de reconducir nuestras vidas

Muchas gracias

CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

GRUPO 1

Antes justo de que empezaran los grupos, estaba leyendo el twitter y he encontrado un artículo

Y decía así: “Cientos de irlandesas se alían para twitear su menstruación al primer ministro. Una campaña viral de las twiteras irlandesas relatan en clave de humor el día a día de sus ciclos menstruales. Reivindican el derecho a decidir de las mujeres de Irlanda donde el aborto es legal desde 2013 en el único supuesto en el que peligró la vida de las madres.

Una mujer decía: “Hola primer ministro. Hoy no tengo la regla, sólo la típica secreción vaginal pero nada de lo que preocuparse. Tal vez pica un poco”.

Por tanto todas las mujeres irlandesas se dedican a mandarle twitters diarios tipo “hoy no me ha venido la regla”, “ hoy tengo los pechos un poco hinchados pero nada más” o “sí, hoy estoy con mi período, en el primer día, me noto cansada y demás”

La idea era que si nuestro cuerpo es tan importante para algunos temas y para alguna gente, para nosotras lo es más.

En el grupo hemos comenzado nuestra conversación hablando cada una de su vivencia con el tema de la menstruación; de cómo lo vivimos desde su inicio, quién nos hablaba de ella, con quién no se hablaba, qué nos decían que no podíamos hacer, cómo lo vivíamos...

Hemos estado hablando de cuando estábamos “malas”, de que cogíamos nuestros paños y teníamos que lavarlos nosotras, de que tenía que estar oculta a los hombres la menstruación... Había también perjuicios como que no se podía tocar la carne, no bañarte, todas las indicaciones en negativo.

Hemos ido avanzando en el tema y como todas las personas del grupo no eran de la misma edad y no lo habían vivido así, han compartido también su parte y ha sido interesante escuchar las vivencias de unas y otras.

Nos hemos dado cuenta que a pesar de todos los mensajes negativos recibidos y del entorno que les había tocado vivir , nuestras mujeres lo habían vivido con naturalidad.

A raíz de ahí, han salido más temas como las maternidades actuales, cuando una pareja no consigue quedarse embarazada. Ocurre que parece que la primera sospechosa por el hecho es la mujer y es a la primera a la que se le estudia.



Si no es así, entonces se le mira a él. Parece que a él se le da en la línea de flotación como si a la mujer no le afectara... es igual de importante para ellas ser madres.

Luego ha salido el tema de la menopausia, de cómo se vivía. Comentábamos que cuando se tenía la regla no se acudía al médico, se comentaban las cosas entre nosotras... quién te decía que hacer era tu amiga, tu vecina...

Cuando llega la menopausia pasaba más o menos lo mismo. En algún momento, tal vez por la cultura que nos ha tocado vivir, se tiende a acudir al médico y se recomienda tomar calcio y demás...

Aún así, el grupo de mujeres que estábamos, lo vivía con naturalidad. Algunas decían que para ellas había sido un alivio desde el punto de vista sexual, otras porque "así ya se habían librado de eso" y otras comentaban que conocían casos de mujeres que lo habían llevado mal porque les surgía el pensamiento de "Y ahora, ¿Qué?, si a mí me habían educado para ser madre..."

Por tanto, hemos llegado a la conclusión de que la menstruación y la menopausia es algo muy nuestro; que no es algo sólo físico sino también social de lo que mucha gente habla incluso los hombres. No lo van a experimentar en la vida y se permiten el lujo de decir "Bah! Está menopáusica!" o "es que estás con la regla" siempre en tono despectivo.

Como conclusión decir que son cosas nuestras, pero no sólo físicas. También sociales y mentales.

También nos hemos dado cuenta que no somos protagonistas de nuestra propia salud pero que lo asumimos y lo llevamos bien.

Hemos aprendido a vivir con nuestras propias singularidades.

GRUPO 2

En el grupo se nos han planteado las preguntas de si nos sentimos invisibles cuando vamos al médico o al centro de salud o al hospital, de si nos sentimos no escuchadas en la consulta, por qué y cómo nos sentimos.

A lo largo de la conversación han ido saliendo diferentes situaciones. En general, se ha hablado mucho del tema de la comunicación, de cómo ahora hay una pantalla de ordenador entre el profesional y nosotras.

Se ha perdido ese lenguaje que no es sólo oral sino también corporal donde con una mirada, con un gesto, con una postura, el médico podría saber cómo nos podíamos sentir.

Esa sensación de sentirse sólo un número también ha sido expresado y en algunos momentos, dentro de ese conjunto de cosas, también se ha hecho constar la idea de que si se pudieran expresar más, el profesional les curaría más. Se cura más por lo que se escucha que por lo que se receta.

Éstas son las conclusiones a las que hemos llegado respecto al tema de la comunicación.

Una cosa positiva es que vamos viendo que el tema va cambiando. Los nuevos profesionales son más cercanos, que no hay mucha diferencia entre los profesionales del medio y los urbanos. Antiguamente los primeros conocían más a la familia.

Existe también ese miedo a preguntar por esa herencia histórica de que los médicos pertenecían a otra posición social, casi siempre hombres ostentando una posición de superioridad.

Por eso queda aún ese miedo a preguntar a expresar un poco lo que sientes.

En general, hemos ido viendo que ha habido una evolución en los profesionales y también en nuestra manera de acercarnos a ellos.

Aún así, el tema de la comunicación y esa barrera generada entre el ordenador y nosotras, ha sido expresado a lo largo de la conversación.

En la segunda parte hemos hablado de si a la hora de ir a los servicios profesionales de la salud, luego nos tomamos la medicación que nos recetan y si en casa nos automedicamos.

A lo largo de la conversación ha salido otro tema: todas nos tomamos manzanillas, tés, compartimos recetas entre nosotras como la caléndula, el kéfir...

Hemos ido viendo que este tipo de prácticas se dan con el boca a boca. A algunos profesionales no les gusta aún este tipo de prácticas y al ir a consulta, nos lo echan en cara como si lo que hacemos fuera cosa de brujas.

Aún así, hay médicos que incluso recomiendan que acudamos a medicinas alternativas que pueden funcionar cuando la medicina tradicional ya no da más de sí.

En definitiva, hemos visto que son remedios que se siguen usando, que siguen funcionando en la familia porque tienen un origen ancestral sea a través de los abuelos, padres, suegras..

En otros casos se ha cortado la cadena porque los hijos consideran que son tonterías, que no sirve para nada. Es una pena porque es un saber que funciona.

Dos personas han compartido que han hecho cursos, aprendiendo así a saber hacer recetas, medicamentos...

En este punto la conversación ha derivado en un intercambio de recetas.

Después me he atrevido a formular una pregunta fuera de guión que me parecía interesante desde mi punto de vista.

La pregunta era la siguiente: ¿Notaban diferencia en el trato si el profesional era hombre o mujer? Si notaban que el trato, la sensibilidad hacia la salud de las mujeres médicas resultaba mayor o menor.

Lo que se ha concluido es que esto tiene que ver más con la persona que con el género y que en ningún caso sienten más confianza o menos ni mejor ni peor trato.

Me ha parecido muy interesante porque a veces tendemos a clasificar el tema género desde el punto de vista de la mujer.

Y esto es lo que se ha recogido en el grupo, que se mantienen los saberes aún en línea, que el saber puede ser infinito y que la comunicación médico-paciente todavía es mejorable aunque se han hechos avances.

GRUPO 3

En nuestro grupo ha roto el hielo Leo y nos comentaba que a raíz de un ictus que sufrió, ha aprendido que el dolor de su pierna significa que debe descansar, que debe parar.

Tal vez otras personas, ante ese dolor, se toman 3 pastillas y así continuar con todas las cosas que tiene que hacer.

Hemos hablado por tanto de lo importante que es escuchar a nuestro cuerpo, de que el dolor es un aviso de que algo nos está pasando y de cómo tenemos que estar atentas a lo que ese dolor nos quiere decir.

También es muy importante que calmemos nuestra mente, que analicemos si ese dolor es algo puntual por una mala alimentación que llevamos o por un malestar o preocupación que sufrimos.

Es importante que en estos casos compartamos nuestro dolor físico o mental en un medio social porque si lo hacemos es más llevadero.

La salud es algo integral, lo físico y mental y socializarlo nos puede ayudar... nos anima a salir de casa, a venir a este encuentro

Podemos tener dolores pero podemos aprender a vivir con ellos.

M^a Carmen nos ha contado también su experiencia. En el año 2002 notaba muchas molestias, malestares y después de peregrinar por un montón de médicos y profesionales, le diagnosticaron fibromialgia.

Ella nos decía que se siente curada en el sentido de que ha aprendido a vivir con su enfermedad, a saber cuáles son los límites que ese dolor físico le establece y a partir de ahí, procurar hacer una vida normal. Se ayuda con actividades como ir a yoga, meditar, relajarse para así sentirse bien.

Hemos comentado también el tema de los antiinflamatorios. Hay personas que no escuchan a su cuerpo como hace Leo y abusan de los antiinflamatorios. Estos medicamentos químicos tienen muchos efectos secundarios.

Para evitarlo, en esa ronda de intercambio de saberes que hemos hecho, se han hablado de remedios caseros para usar como antiinflamatorios: el ajo, el sauco, el ilisco...

No tienen efectos secundarios y nos pueden ayudar a aliviar ese dolor que podamos tener.

También comentábamos que el mayor dolor es el del alma, ese segundo cerebro que dicen que tenemos en el estómago.

Lo importante es aceptar nuestro dolor y en lugar de preocuparnos tanto, es mejor salir, estar con gente que nos escuche, que nos anime, que nos comprenda para así intentar seguir hacia delante.

Hemos hablado también de lo importante que es dedicarse tiempo a nosotras mismas porque en definitiva es salud. En muchos casos, estamos más preocupadas por los demás y no nos dedicamos algo de tiempo.

También hemos hablado de los profesionales de la salud y ha habido personas que han comentado que su médico o su médica es su mejor amig@, que les escucha, les atiende, les ayuda a desahogarse... que no es el típico profesional serio, seco que se esconde detrás del ordenador para recetar medicamentos.

Es importante que las personas que están para atención de la ciudadanía tengan habilidad social.

Elvira contaba que desde que tiene 30 años padece de una dolencia respiratoria y comenzó a vivir un proceso terapéutico para aprender a escucharse. Ella cree que muchas enfermedades que tenemos son el fruto de haber sufrido una preocupación tanto que somatizamos en una enfermedad que ataca donde estamos más débiles

A veces, un dolor de estómago puede proceder de una preocupación de la mente.

Elvira comentaba que es importante conocernos, sentirnos y poder compartir. Citaba también el libro que comentaba también Leo: "El dolor como camino", el dolor como aviso de que algo está pasando en nuestro ser y también como camino de aprendizaje siendo el compartir con otras personas, como hoy, un buen ejemplo.

Y para terminar, yo les proponía al hilo de esa recuperación de los saberes de nuestros ancestros, compartir remedios naturales como por ej. El propóleo para la afonía y también hacíamos mención a la cajita de regalo de hoy instándonos a reflexionar. No es una caja para medicarnos, es para meditar, para leer las frases extraídas de grupos de mujeres que ya han trabajado en el tema de los saberes.

Como decía Esperanza en su conferencia... que seamos protagonistas de lo que vivimos, también de lo que sentimos para que así en relación con otras mujeres, sea más fácil compartir lo que somos y todo eso nos enriquecerá.

Que cuando salgamos hoy de este teatro, tengo algo más en nuestro ser y un nuevo aprendizaje.

Muchas gracias y os esperamos el año que viene.