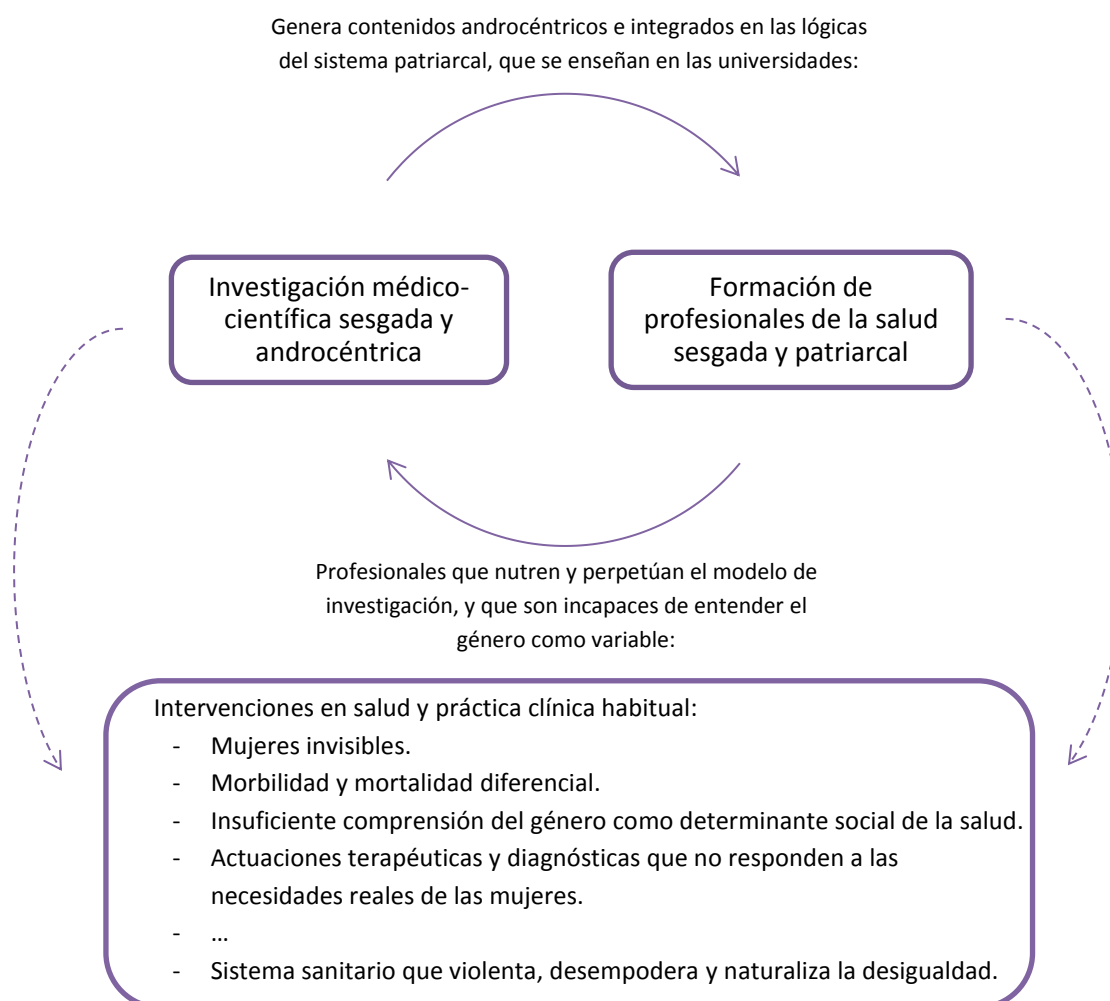


## La reproducción de esquemas y prácticas patriarcales durante la formación de profesionales de la salud.

**Aina Delgado Morell**

*Estudiante de 5º de medicina (Barcelona)*

Tenemos bien claro ya cómo el sistema médico-científico es uno de los pilares básicos sobre el que se sostiene y se reproduce el patriarcado. Pero es interesante no perder de vista el ciclo de influencia mutua que constituyen la formación de profesionales de la salud y la investigación médico-científica:



Teniendo presentes las formas concretas en que el patriarcado ha conceptualizado históricamente a las mujeres, y cómo ha usado el sistema médico-científico para hacerlo y definirnos como seres inferiores y *esencialmente* diferentes por nuestra capacidad reproductiva, según un modelo finalista y progresivamente alienador, podemos entender que el habitual sesgo de género presente en la educación y en la transmisión de conocimientos en la totalidad de las instituciones académicas toma formas específicas si hablamos de la formación de futuros profesionales de la salud.

*¿A través de qué mecanismos, pues, nos van envolviendo en esa telaraña que son los marcos epistemológicos patriarcales durante los años en que nos formamos en las universidades?*

## **CURRÍCULUM EXPLÍCITO**

Hace referencia al documento escrito que establece el enfoque y estrategias pedagógicas, sus objetivos, contenidos, metodología, recursos y criterios de evaluación, etc. Es un regulador simbólico que evidencia las prioridades y enfoques: qué se enseña y cómo se enseña según una planificación consciente. Está íntimamente relacionado con la investigación que se hace y los marcos teóricos desde los que se parte: podríamos considerar que, en relación a la perpetuación de desigualdades de género, el currículum explícito funciona en torno a dos grandes ejes:

### **1. Transmisión de conocimientos sesgados o directamente discriminatorios**

Por ejemplo, el contenido que se nos da en ginecología en relación a métodos anticonceptivos, transmitiendo específicamente y explícitamente que los métodos hormonales son los «mejores» y los que más deberíamos recomendar. O cuando se dan opiniones en clase, de un modo muy consciente, sobre la vacuna del VPH, obviando el mucho debate que hay sobre la cuestión y desautorizando directamente cualquier posible divergencia; o cuando se nos explica que «las mujeres mueren menos que los hombres por infarto agudo de miocardio», y cuál es la presentación típica del cuadro [en hombres], dando una visión sesgada totalmente androcéntrica de la sintomatología, factores de riesgo, prevalencia de la patología, etc.

### **2. Desactualización interesada**

Por ejemplo, cuando se nos enseñan los muchos problemas que sufren las mujeres desencadenados por la menopausia, y se nos habla de la Terapia

Hormonal Sustitutiva para esos casos sin mencionar las investigaciones que durante las últimas décadas han estado poniéndola en cuestión, señalando sus riesgos y proponiendo alternativas desde una comprensión no patologizadora de la menopausia. Simplemente, se nos enseña prácticamente lo mismo que se explicaba hace veinte años, y esto se hace con una voluntad totalmente interesada.

## **CURRÍCULUM NULO**

**Son aquellos temas que no se enseñan.** Cuando estos temas ausentes son siempre los mismos, y lo son no porque sean irrelevantes sino porque nuestro sistema de valores así los considera, se reproducen los esquemas patriarcales y se perpetúa un sistema de investigación y de atención a la salud que no responde a la realidad y a las necesidades de, como mínimo, la mitad de la población. Estos hechos tienen íntima relación con cuáles no son las prioridades en investigación (por ejemplo, en morbilidad diferencial), y con cuáles seguirán sin serlo si no revertimos las prácticas y enseñanzas actuales. Sólo por poner tres ejemplos de temas que prácticamente no se tocan durante la carrera o que directamente no se mencionan, al menos en mi universidad: **fisiología de la respuesta sexual femenina; personas con identidades de género no cisheteronormativas** y sus necesidades en el ámbito de la salud (desde una perspectiva no patologizadora); **violencias machistas y su relación con la salud de las mujeres**, así como cómo prevenir estas violencias desde el ámbito sanitario, o cómo detectar y acompañar a las mujeres que las sufren desde nuestra posición de profesionales de la salud.

## **CURRÍCULUM OCULTO**

Es el conjunto de normas y valores, mecanismos de aprendizaje e integración, creencias, lenguajes, pensamientos y símbolos que están presentes de modo encubierto en la estructura y el funcionamiento de las instituciones educativas, y que se aprenden y se interiorizan durante el paso por éstas. Es todo aquello que se transmite y se recibe de manera inconsciente o, al menos, sin una intencionalidad reconocida, a través de comentarios informales, marcos discursivos, etc. El currículum oculto, aunque *invisible*, está presente con tanta fuerza que, en muchas ocasiones, supera al currículum explícito si hablamos en términos de capacidad de educar en un sentido u otro. Podríamos considerar que, en relación con la

perpetuación de las desigualdades de género, el currículum oculto se estructura en torno a tres ejes principales:

### **1. Androcentrismo**

El imaginario de paciente con el que aprendemos es un paciente hombre (y blanco). Eso lleva a una falta de reflexión y de comprensión sobre los factores que condicionan y alteran la salud de las mujeres; a un desconocimiento bastante absoluto de nuestras necesidades diferenciales, de nuestras condiciones socio-culturales de vida, etc. Además, este androcentrismo disfrazado de falsa objetividad científica representa un obstáculo para situar las mujeres como sujeto principal de cualquier investigación o actuación terapéutica, ya que ese desplazamiento del foco es interpretado –esta vez sí– como sesgo, y consecuentemente es ridiculizado y menospreciado. Es decir, la formación que recibimos asegura que el género no se entienda ya ni como variable clave a tener en cuenta, sino como elemento distorsionador que a veces se pone sobre la mesa por la voluntad subjetiva de algunas profesionales [feministas] «pesadas» que hacen ciencia sesgada.

### **2. Esencialismo biológico**

Reduccionismo causa-efecto a menudo incorrecto que parte de los discursos que conceptualizan la mujer como ser-máquina reproductiva y que se limitan a analizar las diferencias de género como diferencias *biológicas* relacionadas con esa capacidad reproductiva. Eso es lo que vivimos en las prácticas curriculares durante la carrera, cada vez que el médico se dedica a despreciar el dolor o las quejas de una paciente en la consulta atribuyendo su malestar a «es que cuando empiezan con la menopausia...», enseñándole al estudiante a no valorar cuál es el contexto específico [e invisible] de esa paciente más allá del hecho biológico diferencial, que además sólo suele evidenciarse en relación a procesos ginecológicos, psiquiátricos y hormonales.

### **3. Normalización de la desigualdad, desempoderamiento y alienación**

Retomando la situación anterior de la paciente cuyos malestares son atribuidos a la menopausia o banalizados de forma similar, el comentario que habitualmente sigue es «estas pacientes son muy poco agradecidas: siempre tienen dolor, nunca consigues que estén bien, siempre se quejan o lloran y en realidad no tienen nada...». ¿Qué es lo que aprende el estudiante de esto? Que es pesado *aguantarlas*; que no podemos ofrecerles alivio, ni solución ni nada a

esas pacientes, y que eso es *normal* y está *bien*; que el problema es *de ellas*. Se siguen invisibilizando las causas que hacen que las mujeres tengan peor salud, se normaliza este hecho, y se instaura la creencia que no podemos ni tenemos que hacer nada para resolver esa desigualdad.

Además, se nos enseña una manera de practicar la medicina *en* las mujeres y *sin* las mujeres. Tomando otra situación generalizada en consultas, pensemos en la forma en la que el médico se dirige a los estudiantes mientras la paciente está presente, explicándonos a nosotros y no a ella qué es lo que le pasa y por qué, para luego pasar a hablarle a ella en tono totalmente infantilizador y explicarle otra cosa totalmente distinta, impidiéndole mantener el control de la situación y desempoderándola completamente. Pues esto, vivido por ejemplo en una sala de partos, es una transmisión *oculta* de conocimiento patriarcal intensísima para quién se está formando. Estas prácticas funcionan con un doble mecanismo indirecto y directo: por un lado, nos enseñan a los estudiantes que la mujer es un ser incapaz de entender lo que le pasa, que es un ser que entrega su cuerpo a la ciencia para que los profesionales hagan con este lo que conviene; por otro lado, incrementan de modo directo la alienación y desposesión de la mujer de su propio cuerpo, de su propio parto y proceso, limitando su función a *producir* el bebé.

Otro elemento que tiene que ver con el currículum oculto y que me parece importante destacar es cómo **durante nuestro período formativo se nos deja claro a las mujeres que somos unas intrusas e impostoras**; que nosotras no deberíamos estar allí ejerciendo como profesionales de la salud. Este aprendizaje lo adquirimos a base de sufrir reiteradamente agresiones sexistas por parte de nuestros profesores, ya sea en las aulas o en las prácticas clínicas. Agresiones que van desde comentarios constantes (tratarnos de «princesa» mientras a nuestros compañeros de prácticas les tratan de «doctor»); decirnos que es mejor que no nos planteemos especializarnos en neurocirugía porque tenemos otras cosas que hacer en la vida, como por ejemplo tener hijos; proponernos, ya sea de broma o en serio, salir a cenar o invitarnos a conciertos de música clásica; comentar con los pacientes hombres que «es una pena que el año que viene cuando vuelvan a revisión de su próstata ya no estarán estas mismas estudiantes, con lo agradable que es que les examinen chicas así de atractivas») a amenazas e intimidaciones cuando alguna da señales de querer denunciar tales comentarios.

## **Propuestas de transformación**

Desde mi punto de vista como estudiante, la docencia es un ámbito de intervención fundamental: para romper el ciclo en el que se retroalimentan los modelos de investigación y la formación en el ámbito de la salud necesitamos ser más y más investigadoras comprometidas y preparadas, pero también necesitamos tener más profesoras formadas y conscientes de la situación, que puedan ejercer de referentes para los y las estudiantes desde las propias universidades, aparte de transformar los contenidos docentes. Cada año miles de futuros profesionales de la salud pasamos por las universidades; está en nuestras manos asegurar que se formen en una visión de la salud que integre la perspectiva de género frente al actual sistema androcéntrico.

Desde hace ya tiempo, **grupos de estudiantes organizadas** –también con la participación de algunas profesoras– intentamos intervenir en las universidades e ir creando espacios de resistencia. A modo de ejemplos desde mi realidad particular, trabajamos desde estas líneas de actuación:

### **1) Hacemos hueco a todos aquellos conocimientos ausentes en los programas docentes**

- Estamos trabajando en la creación de una asignatura optativa sobre salud y género para que las personas interesadas en la cuestión tengan un espacio formal desde el cual profundizar en ella.
- Estamos diseñando clases para que sean añadidas en los programas docentes de las asignaturas obligatorias (Ginecología, Psiquiatría, Medicina Legal, etc.), de modo que al margen del interés de cada cual se proporcione formación con perspectiva de género de forma transversal.
- Organizamos congresos de formación crítica (*Jornades de Formació Crítica* del SEPC UB Clínic) o monográficos sobre cuestiones como el abordaje de las violencias machistas desde los servicios sanitarios (*Congrés per a l'Erradicació de les Violències Masclistes des dels Serveis Socials i Sanitaris*, organizado por SEPC UB Clínic y la Associació Hèlia).
- Tenemos grupos de formación crítica estables encuadrados dentro de las asambleas de estudiantes.

### **2) Visibilizamos los sesgos en los currículums explícitos y proponemos la supresión de clases con contenidos discriminatorios.**

- 3) **Trabajamos** desde espacios como las comisiones de igualdad o las asambleas feministas de estudiantes en la **denuncia tanto de las agresiones sexistas como de cualquier actitud o comentario discriminatorio en las aulas** o en los hospitales, con el objetivo de combatir el currículum oculto, las narrativas patriarcales, etc. Desde la colectividad, señalamos públicamente los profesores agresores con nombres y apellidos, y los grupos religiosos con influencia en las facultades de ciencias de la salud.

Desde mi propia vivencia, en los últimos años se ha adelantado mucho a nivel de desnormalizar prácticas y discursos patriarcales en las facultades, y en gran parte pienso que eso ha pasado gracias al activismo que se hace desde dentro de las universidades –tanto estudiantil como por parte de muchas investigadoras–. Y es que no es un tópico que **juntas somos más fuertes**; que conseguimos poner en el centro nuestras realidades y visiones, valorizar la perspectiva de género y desridiculizar su incorporación en cualquier investigación o actuación; que somos suficientemente fuertes como para conseguir que profesores agresores dejen de poder enseñar; que tenemos toda la razón del mundo, y que a medida que ocupamos más y más espacios, hacemos que el sentido común vire hasta el punto de asumir que ciertas actitudes no son normales ni deben ser toleradas, o que la concepción de salud con la que se trabaja tiene muchas lagunas y excluye a más de la mitad de la población. Y que vamos a tener que cambiar esto.