

MYS MUJERES Y SALUD

[26]

FAMILIAS

MADRES
“SOLAS”
con hijos e hijas

SOCIEDAD

cambiar La
FDA

MENOPAUSIA

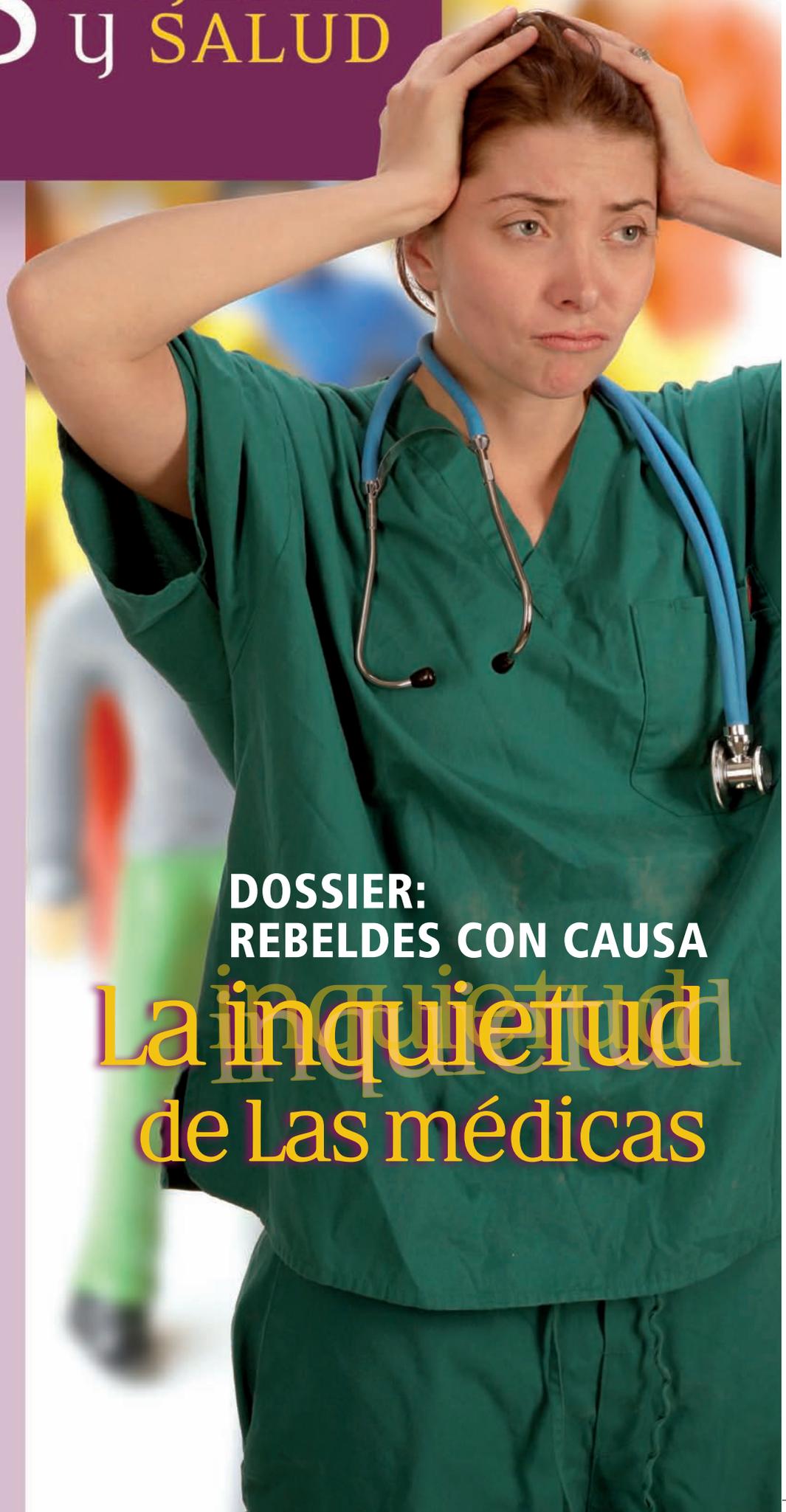
delirio
de políticos

ENTREVISTA

carlos
Álvarez Dardet
CATEDRÁTICO
DE SALUD PÚBLICA
“¿quién
cobra de
Los Labora-
torios?”

DOSSIER:
REBELDES CON CAUSA

La inquietud
de Las médicas



staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Presidenta CAPS

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

Nuria Agell
Secretaria de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco
Malén Cirerol
Rita Gavarró
Pilar Parra
Maria Elena Cuyás
Esperanza Aguilà
Carmen Mosquera
Corina Hourcade
Gemma Cànovas
Regina Bayo-Borrás
María José Hernandez
Jimena Jiménez

Comité asesor

Charo Altable
Lucía Artazcoz
Vita Arrufat
Consuelo Catalá
Emilce Dio
Mari Luz Esteban
Anna Freixas
María Fuentes
Asunción González de Chávez
Neus Moreno
Isabel Matamala
Judy Norsigian
Teresa Ortiz
Carmen Sanchez-Contador
Fina Sanz
Victoria Sau
Verena Stolke
M^a José Varela Portela

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
París, 150. Barcelona 08036
Tl. 93-3226554
e-mail: caps@pangea.org
Web: http://mys.matriz.net

Diseño y maquetación:
Paz Talens
www.labodoni.com

Impresión: amadip-esment
Centre Especial de Treball

Depósito legal: PM 765-1996

sumario

editorial

Hablar de relación terapéutica. Pilar Babi3

La entrevista

Carlos Álvarez Dardet. Leonor Taboada6

Artículos

Cambiar la FDA. Marcia Angell10

Mujeres feministas y hombres igualitarios

¿Matrimonio de conveniencia, o emparejamiento por amor?. M^a Elena Simón12

Madres solas con hijos e hijas. Gemma Cànovas13

MENOPAUSIA: PLAN DE ATENCIÓN A MUJERES EN "DÉFICIT HORMONAL"

Delirio de políticos16

Burdo intento de medicalizar. Margarita López Carrillo17

¿Otra vez por nuestro bien?. Consuelo Catalá18

DOSSIER: REBELDES CON CAUSA: LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS

Presentación. Margarita López Carrillo20

El futuro en buenas manos. Victoria Cendrós, Noemí de Miguel y Pilar Babi21

Escuchar a las demás. Esperanza Aguilà27

Sanidad pública sí pero ¿cuál?. Ibone Olza28

Distancia terapéutica o terapia para la distancia. Red-Caps29

¿Futuro o utopía? Soñemos con un sistema de salud óptimo. Ma José Hernandez32

Salud de médicos y médicas: es hora de actuar. Regina Bayo-Borrás35

La relación asistencial. Talleres para el aprendizaje. Cristina Domingo y Rosalina Sicart37

Info Labs

Va de vacuna. Leonor Taboada39

MYS LIBROS

De qué nos sirve la revolución si no podemos bailar o De cómo ser activista y no morir en el intento. Nina Parrón40

MYS PELÍCULAS

En el séptimo cielo ¿Por qué no?. Ma Elena Cuyás41

EL GRUPO

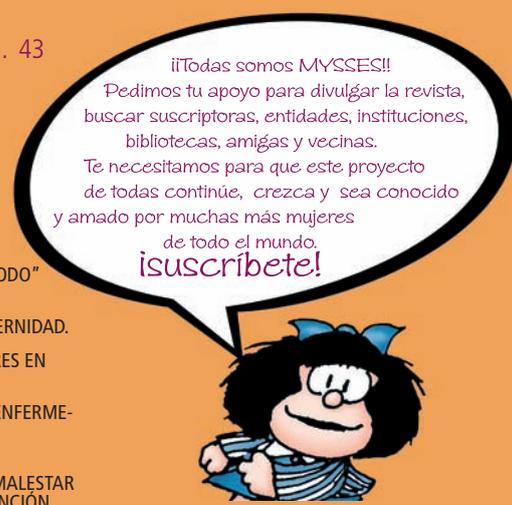
Les Dones de Màs Lluí42

IN MEMORIAM.

Natalia Stemirova 43

NÚMEROS PUBLICADOS

- | | | | |
|---|--|-------|--|
| 1 | NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias. | 10 | "DOCTORA, ME DUELE TODO" Fibromialgia. |
| 2 | DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000. | 11-12 | A VUELTAS CON LA MATERNIDAD. |
| 3 | HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor. | 13-14 | LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA. |
| 4 | DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes. | 15 | SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización. |
| 5 | LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida. | 16 | COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. |
| 6 | VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario. | 17 | LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES. |
| 7 | MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental. | 18 | MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA. |
| 8 | OTRO MUNDO ES POSIBLE. | 19 | MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS. |
| 9 | POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción. | 20 | VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES. |
| | | 21 | LAS MUÑECAS NO TIENEN LA REGLA, PERO LAS MUJERES SÍ. |
| | | 22 | DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDUSTRIA? |
| | | 23 | ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN! |
| | | 24 | TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE. |
| | | 25 | DOSSIER ANTICONCEPCIÓN |





Pilar Babi
Médica de familia
20292pbr@comb.es

Hablar de relación terapéutica

La relación terapéutica es esencial en la práctica médica. Esencial en el sentido que es y está en su esencia, en su razón de ser, y esencial también en el sentido de es que allí donde se gesta la posibilidad de todo lo demás: la de conocer, acompañar, curar, cuidar...

De la práctica médica digo, porque ese es mi lugar de trabajo y de reflexión, pero creo que también lo es de otras profesiones de las llamadas de ayuda y aún de algunas más alejadas.

Hace unos meses surgió, a propósito de la distancia terapéutica, un diálogo en la red -un diálogo vivo y explosivo como lo son los que están tocando materia viva. Posteriormente se han sumado a este "caldo de cultivo" inicial diferentes reflexiones que se publican ahora en un monográfico sobre la relación terapéutica.

El interés por la relación terapéutica no es nuevo, desde que estoy metida en-con la clínica he oído hablar de ella con frecuencia y a menudo con solemnidad. Lo más habitual en el ambiente académico ha sido hablar de lo necesario que es para el paciente tener una buena relación con su médico o, desde otra perspectiva, en lo "práctico" que resulta para el médico tener habilidades relacionales (técnicas de negociación, motivación, gestión del tiempo etc.) para conseguir determinados fines.

La relación terapéutica se entendía, con un paternalismo evidente, como la rela-

ción del enfermo con el médico, no al revés. El médico quedaba fuera o muy marginal a esa relación. Se obviaba, y no es un olvido cualquiera, que la relación terapéutica involucra de lleno al o a la profesional que la ejerce: por eso nos cansamos de esa forma tan característica al pasar consulta, por eso sentimos que esta profesión nos hace mejores.

Sí, es muy oportuno volver a hablar de la relación terapéutica y lo es por muchos motivos.

Porque la palabra es imprescindible para entenderla y para ejercitarla. La palabra que se dice y -sobre todo- se escucha.

Porque hay que subrayar una y otra vez las dificultades que el modelo, epistemológico científico en general y clínico en particular, tienen en la adecuación del conocimiento diseñado para lo universal y aplicado a lo singular. Porque el modelo de salud que usa una sociedad de alguna manera la define y puede empequeñecerla o engrandecerla. Algunas, como mi amiga Pilar Blanco, nos explican cómo, al mirar "más allá" de los lugares comunes, el ejercicio de la medicina pública puede volverse un lugar tan hostil como para tener que abandonarlo.

Porque al introducir a las y los profesionales en el meollo de la relación se

abre el horizonte a nuevas realidades, como las que la Encuesta de la Fundación Galatea sobre la salud de los y las médicas catalanes pone de manifiesto. Tomo una frase de la reflexión de Regina Bayo-Borras, "la salud de los profesionales es una condición necesaria para asegurar una buena calidad asistencial", algo que debería ser de perogrullo y no lo es.

Y es oportuno volver ahora... porque lo es siempre. Porque cada generación de mujeres y hombres jóvenes que se inician en estas profesiones se extrañan y se fascinan a la vez y necesitan volver a nombrar la realidad para hacerla suya, como queda de manifiesto en el artículo "El futuro en buenas manos" en el que un grupo de médicas reflexiona a propósito de su experiencia.

Sin olvidar que la relación terapéutica puede ser usurpada de su lugar esencial por actores muy diversos: la técnica, la prisa, una gestión de los recursos que priorice unos resultados y no otros, determinados discursos políticos, el dinero también. Debemos, de alguna manera, velar por ella

Relación terapéutica es una palabra grande de la que necesitamos hablar a cada poco, como hacemos en este monográfico. Hablemos..

¿hablamos? ¿hablamos?



carta de La madre de una niña vacunada

RECIBIDA EN CAPS EL 16 DE ABRIL DE 2009

Soy madre de un niña de 14 años afectada por reacción adversa -para mí, grave-, a la mal denominada vacuna contra el cáncer de cérvix (Gardasil).

Conozco La Declaración del CAPS en pro de una moratoria en la aplicación de la vacuna contra el VPH. Soy doctora en Ciencias Biológicas, con 25 años de experiencia en investigación científica, y me he documentado acerca de esta vacuna. Estoy de acuerdo en que no había -no hay- razones de peso para introducir esta vacuna de forma tan precipitada como se ha hecho en el calendario vacunal español. Aparte de las dudas razonables acerca de su eficacia, que no está probada con el suficiente rigor científico, no se conocen los posibles efectos secundarios.

Por otro lado, para mí es claro que la Administración Sanitaria no ha cumplido bien su papel de vigilancia y alerta con esta nueva vacuna, como cuestiono en el escrito que les hago llegar, cuyo contenido fue enviado a Sugerencias, Quejas y Reclamaciones, de la D. G. de Atención al Paciente / Consejería de Sanidad de Madrid. A fecha de hoy, seguimos sin haber recibido comunicación alguna desde la Administración Sanitaria.

Esperando que sea de su interés.

Atte. M^a Teresa Grande Azañedo

trato sexista en el servicio de urgencias

Hace aproximadamente un mes tuve que dirigirme al servicio de urgencias de L'Hospital General de Catalunya, por el mareo que soportaba desde hacía diez días y que no mejoraba con la medicación que me recetó el médico de cabecera. La doctora que me atendió apenas me miró y ni pareció importarle lo que le decía. Tal vez mi fallo fue comentar que estaba diagnosticada de fibromialgia. Tenía la tensión descompensada, el pulso acelerado, taquicardias y un fuerte dolor en el brazo izquierdo que me impedía conciliar el sueño. Se limitó a aconsejarme que fuera al neurólogo y a responder que era demasiado joven para tener algo de corazón al insistir en los síntomas que padecía. He cumplido recientemente 55 años y el comentario me pareció fuera de lugar. Me sentí mal atendida y lo expuse en la recepción. Otro doctor intentó calmarme, me escuchó y me recetó un medicamento que me alivió el mareo.

La semana pasada tuvimos que ir de nuevo al mismo servicio de urgencias. Esta vez era mi marido el que tuvo que ser atendido. Le dolía la pierna derecha y se le observaba un bulto en la ingle. Él se negaba a ir pero finalmente conseguí que accediera. Al ver que debía visitarlo la misma doctora pensé que estábamos apañados. Me equivoqué totalmente. La visita fue mejor imposible. Enseguida ordenó que le inyectaran heparina, le administraran suero, un análisis completo y un cardiograma aunque no presentara dolor abdominal. Estuvimos tres horas hasta hacernos saber que no corría ningún peligro. Nos aconsejó la visita a un cirujano cardiovascular y que hiciera dieta pues su sangre era como el puré de champiñón (palabras de la doctora) debido al alto índice de triglicéridos. Le agradecemos su buen hacer y me mordí la lengua para no comentar la diferencia de trato que tuvo conmigo.

Sinceramente es increíble e intolerable que seamos las propias mujeres las que favorezcamos diferencias de actuaciones entre sexos. Deseo que este escrito ayude a mejorar situaciones como ésta.

Àngels Espeig (oasis44.blogspot.com)

on

LAS VOCES DE LAS MUJERES



"Lo que me interesa y da placer es lo que hago cada día. La clave es mantener el cerebro ilusionado, activo, mantener curiosidades, empeños, tener pasiones..."

Ha cumplido 100 años. La científica italiana, premio Nobel de Medicina, soltera y feminista sigue amando la vida, investigando y legando su experiencia a quien quiera escuchar.

Rita creó un Instituto en Roma, el European Brain Research Institute y desde allí supervisa los trabajos de mujeres investigadoras que siguen profundizando en la molécula proteica llamada Factor de Crecimiento Nervioso (NGF), que ella descubrió en 1942, que estuvo en entredicho por sus colegas masculinos hasta que en 1986 le dieron el Nobel por su descubrimiento

Laica y rigurosa, apoya sin rodeos el testamento biológico y la eutanasia. Y no teme a la muerte. "Es lo natural, llegará un día pero no matará lo que hice. Sólo acabará con mi cuerpo. Está comprometida con un proyecto para mujeres africanas, para que puedan estudiar y prosperar

"Luchemos contra la enfermedad, si pero todo mejorará si acaba la opresión de la mujer" "Cuando ya no pueda pensar, quiero que me ayuden a morir con dignidad" .

Felicidades Rita. Generaciones futuras de mujeres seremos más felices con tu legado y tu fuerza.

off



UN NUEVO ARGUMENTO PARA CULPABILIZAR A LAS MUJERES:

"LA VIOLENCIA Y EL DRAMA DE LA MENSTRUACIÓN" LOS DISPARATES DEL DOCTOR

Convocado a las Cortes por el PP, un psiquiatra, Juan Coullaut-Varela indigna a los parlamentarios al vincular la violencia de las mujeres al "drama" de la menstruación

El psiquiatra desarrolló la teoría de que las mujeres, mientras tienen la regla, desarrollan una violencia equiparable a la de género. La menstruación es para él un "drama".

"Este es uno de los temas muy graves del comportamiento humano".

Ya sabíamos que para que los hombres no nos mataran era mejor ser calladas y sumisas (a pesar de tampoco es suficiente) pero ahora nos alertan que nuestro comportamiento durante la regla es también otra provocación. ¿Será una alianza con los laboratorios para promocionar el Lybrel, para abolir la regla? Estamos rodeadas.. pero cada vez más somos más las y los que los despreciamos....

enredhadas enredhadas



LEONOR TABOADA

Si volviera a nacer

Si volviera a nacer, no sé que haría, bueno, algunas cosas no las cambiaría ni muerta, pero si que sé lo que no haría.

No volvería a enamorarme de según quién.

Como casi todas he malgastado mucho tiempo de mi preciosa vida con algún mamón.

Pero volvería a enamorarme de según quién, aunque no haya sido eterno.

No volvería a dedicarme al periodismo para no tener que avergonzarme todos los días de la basura que producen descerebrados y/o corruptos.

Me dedicaría a las matemáticas, que los números son más seguros que las palabras.

En caso de que ya hubiera metido la pata y hubiera seguido periodismo, seguro no me hubiera concentrado en el tema de salud.

No tendría que pasarme horas y horas descomponiéndome ante las componendas .

No tendría que dudar de la OMS ni de la FDA ni de la Agencia Española del Medicamento.

No tendría que constatar todos los días que, en salud, publicidad, marketing, periodismo y ciencia son un *totus revolutum*. Ni pasarme horas y horas rastreando los conflictos de intereses de los "expertos", los políticos, los medios de comunicación generales y especializados.

Aunque si volvería a todos los grupos de salud en los que he estado y estoy.

Y claro, entonces tendría que volver a prestar atención a lo que hacen los descerebrados, los corruptos, los que no se conflictúan con los conflictos de intereses. Y tendría que volver a las querellas contra según qué laboratorio. Y me sentiría desamparada por la falta de protección de las instituciones.

En cualquier caso, matemática o periodista no de salud, tendría que dejar de ver la televisión

para no tener que ponerme de los nervios con el maldito anuncio de la revolución de las mujeres de Ausonia con sus compresas "revolucionarias" para "las pérdidas leves".

Si volviera a nacer, seguro que me las arreglaba para que no lo emitieran.

leonortaboada6@gmail.com

La entrevista

por Leonor Taboada

carLOS Álvarez-Dardet

Catedrático de Salud Pública Universidad de Alicante

Editor Jefe del Journal of Epidemiology and Community Health (1998-2008) · Presidente de la Asociación Europea de Salud Pública, (1994-97)

Es el primer hombre entrevistado en esta revista y no es casual, es causal!. Multicausal, podríamos decir. Podemos remitirnos a su extenso y prestigioso curriculum académico jalonado de trabajos relacionados con muchos de los temas que van llenando las páginas del MyS, como salud y género, violencia contra las mujeres o desigualdades. O a que su firma aparece muchas veces vinculada a la de mujeres que pertenecen a la red de médicas y sanitarias del CAPS.

No obstante, hay que resaltar una causa que lo hace especialmente valioso para nosotras: su papel de aglutinador de colectivos que hasta ahora funcionábamos en paralelo al impulsar la petición de moratoria de la vacuna del papiloma.

Cálido, brillante, divertido y, lo más importante: sin pelos en la lengua. Como entrevistado, un filón.

Hablamos de la actuación de las administraciones públicas respecto a las niñas ingresadas en Valencia tras recibir la segunda dosis de la vacuna Gardasil.

Ni el gobierno de España ni las Comunidades Autónomas han advertido ni siquiera de los efectos secundarios registrados en el informe VAERS.(Siste-

ma para reportar efectos secundarios de vacunas en USA).

Es inexplicable que al comprar un bote de aspirinas el prospecto advierta de que puede producir sangrado digestivo o reducción plaquetaria y que cuando se trata de algo que le estás poniendo a todas las niñas, no se pronuncien.

¿Habría que decir a las madres y padres de que se

trata de una vacuna que está en fase experimental?

Una vez que el gobierno tomó la decisión de aceptarla ellos tienen el derecho a venderla y los políticos sanitarios tienen el derecho a comprarla, que es lo que han hecho. La situación es muy perversa: resulta que somos nosotros, un grupo de profesionales sanitarios y de no profesionales críticos con la va-



La entrevista

Los periodistas nunca preguntan: ¿usted cobra de algún Laboratorio?

cuna, quienes estamos exponiendo a la luz pública los efectos secundarios de la vacuna, lo que debería ser una obligación del fabricante y no nuestra.

Por lo que se ve, en estos momentos no están pudiendo poner segundas dosis así como así; ¿la gente ha empezado a darse cuenta?

Es muy interesante que en el listado de apoyo a la moratoria que tenemos colgado en el CAPS (www.caps.pangea.org/declaracion) aproximadamente un 70% de las firmas son de mujeres; para mí dice mucho que las mujeres españolas no se hayan dejado engañar.

Una cosa interesante de la plataforma que hemos creado es que ahora mismo está aceptado en los medios de comunicación de España que además de invitar a opinar a ginecólogos "favorables" también nos llamen a nosotros, que nos hemos posicionado como fuentes.

Yo creo que la gran utilidad de la página web de la moratoria es una especie de creación de un reservorio para el futuro.

Es preocupante la incidencia y la fuerza de los laboratorios entre profesionales; no sólo médicos, también enfermeras y comadronas.

No sólo eso es preocupante: una cosa nueva en esta campaña ha sido la

cooptación de políticos. Se puede ver en la página web del Parlamento de España que hay una pregunta parlamentaria de Convergencia i Unió de cuando todavía no había datos publicados en revistas científicas sobre la efectividad de la vacuna pidiendo que se aprobara. Han cooptado a políticos y a periodistas.

¿Hay dinero de por medio en esta cooptación? Cuando Convergencia planteó esta cuestión en el Parlamento Español, el Parlamento Europeo ya había hecho varias acciones publicitarias de apoyo a la vacuna.-

Seguro que hay dinero, no es explicable de otra manera. Que un partido político de repente haga de relaciones públicas de Sanofi Pasteur, bueno, esto la única manera de explicarlo es que haya una donación.

¿Financiación de partidos o bolsillos particulares?

Pues no lo sé, pero creo que como ciudadanos deberíamos enterarnos.

¿Y cómo podemos enterarnos?

Los periodistas nunca preguntan. Es una pena, porque cuando hay alguien en la radio o en televisión, viendo como se han lanzado algunos a defender los intereses comerciales de Sanofi Pasteur,

nadie pregunta: ¿Usted ha recibido dinero de Sanofi Pasteur? Esto no se pregunta nunca.

Necesitamos una experiencia histórica de resistencia a Las compañías farmacéuticas, porque el daño que pueden causar es enorme.

.-¿Servirían iniciativas como la del hospital de Cleveland, que ha puesto en su página web los conflictos de intereses de todos sus profesionales: cobra 300 por charla, 5.000 por informes, xx por poner su firma en...?

Es cuestión de maduración de la democracia. Es un fraude democrático que estén en el espacio público hablando dos personas, una que defiende sus opiniones y otra los intereses de una empresa: es un fraude democrático que la prensa española no debería permitir. Si se compara el trabajo que estamos haciendo por la moratoria, que no fi-

nancia nadie, con el trabajo que está haciendo SANOFI, organizado y financiado, tú vete allí y dí esto... tú organiza tal evento... en fin...

El sector público no debería aceptar ese precio... Y del mismo modo que yo soy un catedrático de salud pública que entiende que mi compromiso con la gente es más importante que el compromiso con la industria, un juez puede entender lo mismo; así se puede avanzar...

Aprobado en el FDA, aprobado en la EMEA, aprobado en la AEM: ¿quién nos protege

La EMEA está perdiendo mucha credibilidad. No sabemos si defiende los intereses de los europeos consumidores o de las empresas farmacéuticas. Especialmente en el campo de las mujeres. La EMEA tiene un sesgo de género muy marcado y hay evidencia empírica de que en el tema de las mujeres en ensayos clínicos la EMEA ha obviado incluso las disposiciones de la FDA, que tampoco es que fueran feministas. Pero el principal problema es que el Observatorio de Salud de la Mujer no ha hecho nada.

¿Cambiará algo con la nueva Ministra de Sanidad?

Creo que esta señora sabe más de género que Bernat Soria y que tendrá una posición más igualitaria. En el tema de la vacuna, la situación es que un grupo de académicos decimos que no hay suficiente evidencia científica y esto no ha permeado a las

autoridades sanitarias. Pero tenemos unas instituciones en España y las comunidades autónomas, las Agencias de Evaluación Sanitaria, que deberían hacer un informe sobre el nivel de evidencia científica que hay en estos momentos sobre esta vacuna: yo confío en esas instituciones. Necesitamos urgentemente que el propio organismo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias se pronuncie.

Sería lo suyo, pero todos tiran balones fuera...

Igual que cuando Zapatero se trajo las fuerzas de Irak fue la primera vez que en España se enfrentaba a Estados Unidos, necesitamos una experiencia histórica de resistencia a las compañías farmacéuticas porque el daño que pueden causar es enorme.

Al margen de los argumentos que usted despliega en el texto de petición de moratoria (coste-beneficio, etc.), ¿cómo está lo de saber cuáles son los serotipos dominantes en España? Porque los estudios que hemos visto del Sant Joan de Deu y otros ...

Si, hablan de alrededor de un 20%... Está pendiente recopilar más información sobre los serotipos más prevalentes en España. De todas maneras, si los papiloma virus llevan con la especie humana millones de años yo no me creo que ahora vengan con una vacuna y ellos se hundan en la miseria. Lo lógico, con los conocimientos que tenemos ahora mismo en biología, es que otros serotipos ocupen el nicho

ecológico que dejen el 16 y el 18, con lo cual la vacunación no tendrá sentido para nada.

Llama la atención que desde el año 2006 en que se publicaron ensayos que hacían pensar que la vacuna funcionaba, no haya habido ninguna publicación más sobre Gardasil. Hay que pensar que los resultados no sean buenos para la empresa y por eso no los hayan publicado. Es muy extraño que no se haya publicado nada sobre el seguimiento a largo plazo de la vacuna de Sanofi.

SOBRE LA PUBLICIDAD

Usted consiguió parar la primera andanada publicitaria de Sanofi, denunciando ante la OJD la ilegalidad de promover productos sanitarios*.

El problema es que se está haciendo publicidad de productos farmacéuticos a población general, y eso está prohibido. Tenemos un sistema de prescripción que permite que la industria farmacéutica haga toda la publicidad que quiera a médicos pero a la población en general no, porque esto sitúa al médico entre la industria que quiere venderle la vacuna y la gente engañada que le pide la vacuna, con lo que la libertad profesional del médico queda anulada por completo. O pasamos a un sistema como en Estados Unidos en el cual no hace falta la prescripción y la gente puede llegar a la farmacia y comprar lo que sea o al sistema Europeo... la EMEA tiene que tener otro talante y no ser tan liberal.



PROGRAMAS DE CRIBADO

El principal problema de los programas de cribado es que las mujeres con más necesidad son las que menos acuden. Ayer (8 de abril 2009) hubo en el Ministerio una reunión histórica sobre el análisis de la situación de salud de la población gitana en España y una de las diapositivas que presentaron fue sobre cómo se hacen mucho menos screening de cáncer de cérvix las mujeres gitanas que las que no lo son; es la llamada "ley de la asistencia inversa", las mujeres que más la necesitan son las que menos la reciben y la afectividad de una tecnología sencilla queda diluida por la injusticia social que estamos viviendo.

Los estamentos oficiales dicen que aunque se ponga la vacuna hay que mejorar el cribado, pero lo que no queda claro es dónde está el dinero para extenderlo

A nivel mundial los condicionantes. Un problema gravísimo que debería solucionar el Ministerio en España con la nueva ley de salud pública que se está preparando ahora, es que no hay bue-

nas estadísticas de prevención. Tenemos estadísticas de lo que la gente se muere, de las enfermedades que tiene, pero no de la relación de la gente con la prevención de enfermedades y sobre todo con la prevención de la salud.

TERAPIA HORMONAL

¿Qué opina de la proposición de ley sobre la menopausia como deficiencia de estrógenos que presentó un diputado del PSOE, el ginecólogo Andrés Cabañas?

En el antiguo régimen los representantes farmacéuticos iban a visitar a los médicos y les intentaban vender algo y ahora van a políticos y a periodistas... Necesitamos una regulación para que todos nos enteremos cuando un político está pringado en un caso de corrupción.

El caso de la terapia hormonal es paradigmático; hay que ver como han gestionado la información para no perder dinero; les han importado muy poco los cánceres de las mujeres y que lo sigan haciendo ahora es tremendo.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

¿Deberían incluirse terapias alternativas en la Seguridad Social?

Yo creo que en el estado actual del conocimiento no tiene que haber una línea oficialista y otra alternativa sino que cualquier terapia que demuestre su utilidad utilizando ensayos aleatorios debe ser financiada. Creo que la división alopatía homeopatía pertenece al siglo 19. Ahora mismo hay procedimientos de acupuntura que se sabe que funcionan y que deberían ser financiados independientemente de quién las haya inventado o de cuál sea el sustento teórico. Lo importante es que funcionen.

¿Tienen futuro las utopías?...
¡Claro que sí!

**Martín-Llaguno M., Álvarez-Dardet C. La retirada de una campaña publicitaria para promoción de la vacuna tetravalente del virus del papiloma humano en....GacSanit.2009.doi:10.1016/j.gaceta.2009.03.007*

cambiar La FDA

(Agencia de alimentos y medicamentos USA)



Marcia Angell*

Profesora adjunta
en Medicina Social
en la Escuela Médica de Harvard

(Editorial del Boston Globe 9 Abril, 2009)

El 14 de Marzo, el Presidente Obama nombró a Margaret Hamburg nueva responsable de la Food Drug Administration (FDA) y a Joshua Sharfstein, conocida figura crítica de la industria farmacéutica, Director adjunto. Sharfstein, que no necesita de la aprobación del Senado, asumió la dirección provisional de la FDA la semana pasada, a la espera de que Hamburg sea aprobada en su cargo. Su nombramiento trae esperanzas fundadas de que la FDA deje de inclinarse ante la industria farmacéutica. Durante demasiado tiempo la agencia se ha comportado como si su función fuera acelerar la introducción de marcas de medicamentos en el mercado en lugar de asegurarse de que son seguros y efectivos. Pero, aunque un nuevo liderazgo en la FDA es esencial, aun queda mucho por hacer.

1 En primer lugar, el Congreso debería revocar el "Prescription Drug User Fee Act" (Acta de Prescripción del Medicamento al usuario).

Esta ley de 1992, renovable cada cinco años, autoriza a las farmacéuticas a pagar una "tasa de usuario" por la evaluación de cada medicamento sometido a la aprobación de la Agencia. Esto coloca a la FDA en la nómina de la industria que regula, y fomenta la probabilidad de una revisión favorable- una ganga para las empresas farmacéuticas-. No son éstas quienes deberían ser consideradas "usuarias" de la FDA, sino el público, y solo a éstos debería apoyar la agencia.

2 Segundo, los consultores de las compañías farmacéuticas no deberían figurar en los Paneles de expertos de la FDA. Esos paneles lo forman expertos externos que asesoran a la FDA sobre los medicamentos que deben ser aprobados, y sus recomendaciones casi siempre se siguen. Pero muchos

de esos expertos doblan su salario cobrando de la FDA y de las empresas farmacéuticas. Aunque se supone que deben abstenerse de tomar parte en las decisiones donde tienen un sustancioso y directo interés económico, a menudo esos requerimientos no se aplican. No hay razones para tolerar conflictos de interés en esos puestos clave.

3 Tercero, la agencia (FDA) debería comprobar que los estudios obligatorios de post-marketing se llevan a cabo. Algunos medicamentos se aprueban con la condición de que se hagan estudios después de salir al mercado, sobre todo para asegurarse de que no existen efectos secundarios serios no manifestados durante los ensayos clínicos previos a su distribución. Las compañías farmacéuticas acceden a realizar esos estudios, pero luego incumplen sus compromisos. Más de 1000 de estos estudios no se han empezado, exponiendo al público indefinidamente a medicamentos cuya seguridad no está garantizada.

4 Cuarto, la FDA debería revisar los medicamentos genéricos tan rápidamente como los de marca registrada. Una clave para bajar los precios de los medicamentos es introducir los genéricos en el mercado lo antes posible después de que las marcas hayan perdido sus derechos de marketing. Las compañías farmacéuticas desean retrasar la aparición de los medicamentos genéricos tanto como sea posible, y la FDA ayuda demorando su aprobación el doble de tiempo que la aprobación de los medicamentos de marca.

5 Quinto, el Congreso debería dotar a la FDA de autoridad para solicitar a las compañías farmacéuticas la comparación de nuevos medicamentos con otros existentes en el mercado del mismo tipo. La mayoría de los medicamentos



POR UNOS OVARIOS SIN MANIPULACIÓN

CARME VALLS LLOBET

6 autorizados recientemente son variantes triviales de otros de gran comercialización en el mercado. Los medicamentos llamados "yo-también", (me-too) son especialmente rentables porque normalmente se dirigen a condiciones médicas definidas, inmensos mercados fácilmente expandibles. Por ejemplo, hay ahora cinco medicamentos del tipo SSRI (o sea, con el mismo mecanismo de acción) para tratar la depresión. Los medicamentos "yo-también" se aprueban en ensayos clínicos si demuestran ser mejores que placebos, pero no tienen que compararse con otros del mismo tipo. Simplemente, no sabemos si un nuevo medicamento "yo-también" es mejor o peor que los otros, aunque siempre se anuncian como si tuvieran alguna ventaja sobre los demás.

7 Seis, la FDA no debería aprobar los medicamentos "yo-también" sobre la base a objetivos subrogados. El objetivo subrogado es una medida relacionada con el evento final. Por ejemplo, el nivel de colesterol es un objetivo subrogado del ataque al corazón o infarto. Pero los objetivos subrogados no siempre tienen el valor predictivo esperado. Tiene sentido confiar en ellos en ensayos clínicos de medicamentos para los que no existen tratamientos del mismo tipo, porque esos ensayos son más rápidos aun cuando pueden conducir a error. Pero para los medicamentos yo-también no existe urgencia y el FDA debería insistir en los objetivos subrogados.

Finalmente, la FDA debería prohibir la publicidad directa al consumidor hasta pasados tres años de la aprobación de los medicamentos. Cada nuevo medicamento solo ha sido probado en condiciones de control entre un número relativamente bajo de pacientes. Una vez que los medicamentos han sido distribuidos, pueden surgir manifestaciones de riesgos imprevistos. En años recientes un número record de medicamentos han tenido que retirarse del mercado porque demostraron ser peligrosos. Dar mucha publicidad a los nuevos medicamentos puede exponer a la gente a riesgos innecesarios.

Ya es hora de devolver su sentido a la FDA que es el de proteger al público de alimentos, medicamentos y dispositivos peligrosos, y no el de satisfacer las industrias que regula. El cambio en la Dirección es una razón para el optimismo.

* *Autora de "La Verdad sobre las Multinacionales Farmacéuticas: cómo nos decepcionan y qué hacer al respecto"*

Hace ya unos ocho años que varias publicaciones señalaban incrementos de cáncer de ovario en mujeres que tomaban o habían tomado Terapia Hormonal Sustitutiva, pero los estudios daban algunos resultados contradictorios según el tipo de hormona usada y la forma de administración. Lina Stinrud y sus cuatro compañeras han aclarado por fin la cuestión. La Revista Jama acaba de publicar su estudio*, realizado en Dinamarca, cuyo concluyente resultado dice que, de las 904.946 mujeres usuarias de terapia hormonal seguidas durante ocho años, 3.068 presentaron cáncer de ovario. La excelente calidad del diseño ha permitido demostrar, por primera vez en la literatura, una correlación directa entre la THS (OR 1,38 (IC 1,26-1,51), con todo tipo de formulación, dosis, tipo de progestágeno y ruta de administración. Se trata pues, de una advertencia clara de incremento de cáncer de ovario con THS. Según el estudio, el riesgo no empezaba a disminuir hasta al cabo de dos años de cesar la administración. La noticia de esta publicación se ha presentado al mismo tiempo que la de la muerte de la española que, para tener hijos a los 67 años, fue sometida a un tratamiento hormonal "intensivo". Tres años después del parto ha fallecido de un tumor tuboovárico (trompas y ovarios) sin ver cumplido su deseo de vivir más de 100 años, como "su madre".

Se me ocurre que, a la frase coreada en muchas manifestaciones feministas de "sacad vuestras hormonas de nuestros ovarios" para exigir a la Iglesia que deje de obstaculizar el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, podría añadirse esta otra dirigida a la industria médica: "no manipuléis con más hormonas nuestros ovarios".

* Mørch LS, Lokkegaard E, Andreassen AH, Krüger-Kjaer S, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. JAMA 2009;302(3):298-305.

MUJERES FEMINISTAS Y HOMBRES IGUALITARIOS

¿matrimonio de conveniencia o emparejamiento por amor?



**Mª Elena
Simón Rodríguez**
rodriлена@hotmail.com

No pretendo en estas líneas tomar la voz en nombre de nadie, ni de las mujeres feministas ni de los hombres igualitarios. Bajo estas denominaciones puede haber múltiples orientaciones del pensamiento y el trabajo efectivo para conseguir la igualdad y el reconocimiento entre iguales, mujeres y hombres. Hablo siguiendo mis aprendizajes y sólo en mi propio nombre. Comienzo así para aplacar las posibles resistencias ante la lectura o para detener las posibles generalizaciones. Muchas veces tendemos a pensar que esto –lo que yo diga ahora y aquí– es lo que piensan o dicen las feministas. Pero en este caso no es así aunque, por supuesto, yo sea una mujer feminista ahora y aquí. Tuve conocimiento directo de los Hombres para la Igualdad no hará más de diez años. Empecé a encontrarlos en las mismas mesas redondas donde yo participaba, empecé a conocer sus trabajos, artículos y propuestas, gracias a Internet. Los conocí personalmente, hablé con ellos... ¡Existían!

Siempre los había echado de menos, desde que era jovencita en mi pandilla, en las épocas de luchas políticas, como colegas en la educación, como novios, como amantes. Siempre los había echado de menos y ¡no los conocía!. ¿Cómo se puede explicar esto?

Con los varones y la Igualdad siempre tuve conflictos. Yo pretendía que me

vieran y trataran como un ser humano igual, sólo que de distinto sexo, que para mí no era relevante en mis relaciones de cualquier tipo con ellos. Pero no y no: o era rara o no me comprendían o me tomaba la vida demasiado en serio o estaba maniática o quería ir contra mi naturaleza femenina o me comprendían con un cierto distanciamiento, pero la causa de la Igualdad era mi causa y no la suya. Lo más que había sentido era solidaridad, que como dice el DRAE es "*adhesión circunstancial a la causa o empresa de otros*". Y ahí estaba siempre: como "otro" o, peor aún, como "otra": la diferente, exigente o lúcida, valiente o inteligente, trabajadora o comprometida, pero "la otra".

Cuando conocí a los Hombres por la Igualdad me sentí aunada con ellos, es decir: "*unida, confederada para un fin, armonizada, junta*" me sentí "la una", junto con los "unos", pues para mí éstos no eran los otros de los que no me podía fiar cuando apareciera en el horizonte otra causa o empresa más consistente con la que se solidarizarían, antes que con la mía. Los solidarios no me prestaron más que una ligera comprensión del sexismo como algo que perjudicaba a las mujeres, como afrenta histórica, pero secundaria para la causa de la emancipación humana.

Así es que los Hombres Igualitarios ya se parecían más a mí, como seres humanos, pues también sentían el sexismo como afrenta y el machismo como insulto. Y empezaban a recelar de los mensajes complacientes sobre la superioridad de la condición masculina que como hombres habían recibido en su herencia patriarcal.

Empezamos a tirar la herencia por la borda, a examinar los baúles, oropeles,

escritos, mensajes, espacios y tiempos y a percibir cómo al estar envueltos en celofanes azules o rosas nos despistaban. Nos comimos bastantes venenos sin advertirlo, así es que teníamos que encontrar algunos antídotos, para salvarnos juntos o para perdernos, separados.

El feminismo es un río que conduce lentamente a la libertad, a la igualdad, a la autonomía y a la emancipación humana, al que las mujeres feministas nos incorporamos hace más de dos siglos desde la orilla más perjudicada y los hombres igualitarios se incorporan más tarde y desde la orilla más favorecida. Por eso casi nunca nuestras barcasas se alcanzan. Sólo cuando nos lo proponemos y cuando esto ocurre, nos reconocemos como iguales y olvidamos los automatismos de las relaciones de poder desigual.

Yo sé que ellos tienen discrepancias y desconfianzas a su alrededor, respecto a las feministas y en el seno del propio movimiento de hombres igualitarios. ¡Cómo no! Los movimientos y los pensamientos dogmáticos son los que no aceptan discrepancias, pues sus jerarquías impiden que se manifiesten, pero los pensamientos y los movimientos incluyentes aceptan modalidades y variaciones, la diversidad y la apertura.

Así es que yo, por mi parte, les doy mi más cariñosa bienvenida al río del feminismo y les deseo que aprendan artes, lenguajes y ciencias para no naufragar en medio del ninguneo, la descalificación y la rareza, pues eso ahoga a veces nuestras voces, propuestas y trabajos.

¿Nos conviene y deseamos navegar por la misma ruta, reconocernos, confiar y querernos?. ¿Matrimonio de conveniencia o emparejamiento por amor?



Gemma Cánovas Sau

Psicóloga Clínica

www.gemmacanovassau.com

Blog: <http://eloficiodesermadre.blogspot.com>

Durante los últimos años el aumento progresivo de las familias denominadas monoparentales -paradojas del lenguaje generalista en masculino- formadas en su inmensa mayoría por mujeres y sus hijos e hijas, ha ido poniendo de relieve la transformación del esquema de familia tradicional compuesto por pareja heterosexual en unión estable legalizada con hijos biológicos propios. Sin haber transcurrido tanto tiempo, están todavía frescos los recuerdos de voces que se autorizaban a dictaminar sobre los requisitos adecuados en términos de familia para el logro de una sana crianza de la descendencia. Se consideraba que para garantizar la supuesta salud mental de los hijos e hijas se requería la presencia de un padre y cualquier otro modelo de familia que no lo incluyera estaba abocado al fracaso. Cuando, profesionalmente hablando, sostenía en mi participación en foros que la cuestión no era tan simple, tan reduccionista, por así decirlo, sonaba a anatema. Pero, claro, en época de Galileo también se creía que el sol giraba en torno a la tierra y no sólo no era así sino que posiblemente no podamos descartar a priori la vida en otras galaxias.

Bien, las mujeres han criado solas a sus hijos a lo largo de la historia, esto no es nada nuevo: hombres que partían durante años a las guerras, que emigraban mediante largos viajes, que se desentendían... Y, cuando ejercían de padres sociales y/o legales, su función se con-

madres “SOLAS” con hijos e hijas



cretaba en dictaminar funciones a los hijos, transmitir trabajo, tierras, encerrar en conventos a las hijas o casarlas a la fuerza, el mismo hijo/hija era una fuerza de trabajo, una propiedad más, con un futuro bastante planificado de antemano. No hay que olvidar que los linajes reflejados por los apellidos son masculinos siempre, los apellidos son herencias de los hombres, las mujeres los transportan.

El factor diferencial de la época actual, del fenómeno que ha advenido en las sociedades occidentales, reside en la posibilidad de elección de ejercer la maternidad como opción libre sin pareja, partiendo de formas de filiación diversas: hijos biológicos propios, aplicación de técnicas de reproducción asistida que pueden dar lugar a que la madre sea gestante pero no genética, adoptiva.... Generalmente se trata de mujeres que se enfrentan a la maternidad en solitario tomando las riendas de su vida, el vínculo amoroso con el hombre no aparece ya como una condición indispensable para como, se suele decir: "formar familia". También están las mujeres que, tras una ruptura o separación de pareja o por quedarse viudas, crían a su prole sin la figura paterna. Este mo-

saico cada vez mas amplio, indica que algo está cambiando, una especie de rebelión silenciosa que rescata la maternidad en estado puro.

Sin embargo, como las velocidades o tiempos subjetivos no avanzan en paralelo con los cambios sociales, legales o culturales, los estereotipos persisten. No es extraño que les digan a estas mamás que cómo se atreven a ir por la vida sin un padre (madre prepotente) o bien que las declaren víctimas de un abandono y son presionadas a "rehacer su vida". De la madre prepotente a la madre abandonada, circulan los tópicos que corresponden a ciertos arquetipos instalados en el inconsciente colectivo y que pueden interiorizarse por las propias implicadas.

Conduzco periódicamente talleres grupales e imparto charlas-taller para familias monoparentales. Suele tratarse, en realidad, de familias monomarentales, ya que acuden casi siempre mujeres. Aunque pueda ir en aumento la cantidad de padres solos, la desproporción posiblemente seguirá siendo enorme y, además, cada grupo, a pesar de los paralelismos, presenta especificidades propias.



Las inquietudes más frecuentes reflejadas en las preguntas de las madres que asisten giran en torno a cómo repercutirá en la crianza la ausencia de figura paterna, establecer los límites en la educación así como abordar en solitario determinados aspectos: la interacción con la sociedad, la familia de origen, los ámbitos escolares...

La familia monoparental, como muchas situaciones en la existencia, conlleva pros y contras, tan erróneo puede ser idealizarla como percibirla como fábrica de patologías.

Claves para la prevención

El factor numérico en la intimidad de la convivencia en el hogar produce consecuencias psicológicas, es decir, no es lo mismo que convivan dos (madre-hijo/hija) o tres personas (madre, hijo/hija y otro/a) en la misma casa. Para el menor, la dualidad que se establece con la madre en solitario lo puede abocar a un "plus" potencial de dependencia de la relación especular: si la madre está alegre, triste, enfadada... cualquier variación en su estado emocional es vivida normalmente con mayor intensidad, ya que el "tres" está ausente físicamente, sea éste hombre o mujer, pareja o no. Un tres en el que poder vehicular su angustia, sus miedos, su rabia y en ocasiones, establecer complicidades.

El padre cumple potencialmente esa función de terceridad, terceridad que no necesariamente se limita a su presencia, sino que la madre ha de incorporar simbólicamente aún desde su ausencia.

Las madres, por tanto, partiendo de su posición subjetiva, han de poder dar paso a la terceridad simbólica para minimizar el riesgo de la "afixia especular".

Será saludable que la madre tenga expectativas que la satisfagan más allá de su maternidad, en su búsqueda de la forma de cómo ser mujer en la vida: círculos sociales y familiares amplios, inquietudes profesionales, culturales y, en definitiva proyección hacia el exterior, capacidad de reflexión y auto-escucha. Así como ser capaz de solicitar ayuda profesional por parte de especialistas si la requiere.

Un hijo no nace para reparar frustraciones de la madre: problemas de soledad, no realización de la vida sentimental, temores respecto al futuro, cumplir expectativas de la familia de origen, seguros para ser cuidadas en la vejez, sustituir al hijo biológico no nacido o al hijo fallecido. Y en relación a esto, la sociedad tendrá que plantearse, respecto a los niños y niñas denominados medicina, qué trabajo realizar a nivel preventivo para que éstos encuentren su propio lugar, más allá del nacer "para curar a un hermano", ya que la necesidad como único impulso para la filiación no es un buen comienzo de la prehistoria del aún no nacido. Una carencia de ideales, de expectativas respecto a los hijos es un problema, un exceso también.

Un hijo o hija requiere la construcción subjetiva de un lugar diferenciado como sujeto, con acceso a sus propios deseos aunque no coincidan con los de la figura parental. Una madre me explicaba que cuando ella había sentido, no únicamente comprendido racionalmente, que su hijo de seis años no podía llenar el vacío que dejó en su vida el hombre con el que había deseado formar una familia desde el plano ideal, y ella se empezó a sentir mejor consigo misma, el niño dejó de trasladarse a su cama por las noches y de padecer terrores nocturnos. Esto es un ejemplo del gran poder del vínculo afectivo influido por el plano emocional profundo en la relación madre/hijos

En la modalidad de filiación adoptiva, la

adopción no ha de establecerse como un acto caritativo o solidario de moda, sino como producto del deseo de crear familia. Una madre no es una ONG. No hay vuelta atrás, es irreversible, los denominados lazos de sangre no sirven para nada si los vínculos no son fuertes y aún en los casos minoritarios en que han existido fuertes dificultades y renuncias en los procesos de adopción, la inscripción de este hecho en la historia vital es de tal calibre que deja huellas imborrables en las personas involucradas.

La/el menor tiene derecho a conocer sus orígenes tanto en relación a la adopción como en la reproducción asistida, para poder construir su identidad colocando las piezas del puzzle en su tablero vital y escribir su historia.

En casos de infertilidad, es preciso elaborar en la medida de lo posible el duelo por la pérdida del embarazo y parto no realizados, ya que aún siendo el ejercicio de la maternidad efectiva el mismo (a todos los niños y niñas hay que adoptarlos simbólicamente), los procesos emocionales hay que procesarlos porque los lugares imaginarios de los hijos no son idénticos y la mochila ya viene bastante cargada (abandonos, orfanatos...) como para añadir más peso.

La información básica no deteriora la vinculación afectiva con la madre sino que la potencia. Los hijos agradecen la honestidad en las transmisiones. Las mentiras, tergiversaciones o manipulaciones obran en su contra y tarde o temprano pasan factura.

En cuanto a considerar el factor diferencia sexual en los procesos de identificación cabe decir que la relación madre-hija tiene unas implicaciones diferentes que la relación madre-hijo que requerirá -especialmente en la pubertad- la intervención de referentes masculinos que le aporten material para ir construyendo su ser hombre. Una madre no puede ser madre y padre al mismo tiempo, pero

puede ejercer funciones hasta hace poco atribuidas a los hombres, mostrando su autoridad materna. Las funciones materna y paterna son cada vez más intercambiables pero no hay que confundir función con la percepción subjetiva e intransferible de sentirse madre o padre, que influye en la el tipo de vínculo afectivo con los menores, porque diferente es la maternidad y la paternidad a pesar de sus paralelismos.

Como resultado de una herencia cultural de tipo patriarcal de muchos siglos, la maternidad es idealizada y penalizada al mismo tiempo. Se trata pues, a mi entender, de ir en busca de la inserción de la maternidad simbólica en la sociedad por medio de la modificación de la mirada profunda y de transformaciones estructurales que pasan por el plano legislativo, laboral, educativo, etc.; conquistar el respeto a las diversas elecciones que hacen las madres, escuchando sus deseos en cuanto a como organizar su vida y rompiendo esquemas standard que las presionan a vivir: o bien recluidas a la trinchera doméstica o incorporando modos de vida tradicionalmente masculinos.

Existen repartidas por diversas ciudades europeas, desde los años ochenta, entre veinte y treinta "casas de madres" autogestionadas que se financian con inversión pública y apoyo de ayuntamientos, lugares abiertos durante todo el día donde se reúnen con sus hijos/hijas, rompiendo el aislamiento, para hablar, expresar inquietudes..., en algunas se permite la entrada a padres. Este fenómeno ha sido y sigue siendo silenciado por los medios de comunicación en nuestro país. En 2008 se llevó a cabo en Barcelona el primer encuentro europeo al que tuve ocasión de asistir (GWIA Meeting, Barcelona, 2008). En la sociedad actual se hace difícil la transmisión de mujer a mujer respecto

al saber en relación a la crianza, la familia monomarental no está exenta de esta situación generalizada y la culpa, fantasma bastante frecuente, paraliza a la hora de buscar alternativas.

También podemos referirnos a una característica de la familia monomarental: la unificación de criterios educativos, ya que no se precisa el pacto con otro u otra en la vida doméstica, por tanto, las discrepancias siempre existentes, por mínimas que sean, en las familias en que hay otra figura marental o parental, no tienen lugar, lo cual puede producir en la madre un efecto doble: el peso de asumir toda la responsabilidad, lo que en definitiva es cierto y, a la vez, la libertad de movimientos. Situación en la que no se encuentran muchas mujeres con pareja donde las discrepancias pueden ser constantes con el consecuente desgaste emocional.

Las familia monoparental no es un concepto estático, como no es estática la propia vida, habrá mujeres que la sostendrán a largo plazo y otras sólo una época de su vida porque formarán pareja, pero mientras existe requiere reflexionar al respecto.

La mejor inversión de las madres es reconocerse como mujeres con anhelos propios.

La identidad de una mujer no se agota en la maternidad. Se trata de otorgarse un lugar interno y entender que si existe malestar posiblemente se traduzca en malestar para sus hijos/hijas; así que cuidarse a sí mismas implica también cuidar a su descendencia ya que hilos invisibles unen el inconsciente de ambas partes de forma permanente a modo de vasos comunicantes, especialmente en la primera infancia.

Potenciar el diálogo con otras madres en situación de vida similar, generan una fuente de luz a sus dudas y son un dispositivo saludable de primer orden.

La maternidad es una construcción. Hay que ser conscientes de los límites, que "la madre 10" es un mito, que la perfección es un ideal, pero también es cierto que las niñas/niños "no crecen como hierbas salvajes", requieren el riego persistente del amor que se transmite en el acompañamiento gozoso a lo largo de su crecimiento sorteando las piedras del camino

BIBLIOGRAFÍA

- Bolwby, J. "Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida", 2003, Madrid, Ed. Morata.
- Burín, M "El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada", 1991, Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Cánovas, S.G. "Niños difíciles", Col. "Tu hijo", 1995 Barcelona, 1995, Ed. RBA
- Cánovas-R. Bayo "Padres separados", Col. "Tu hijo", 1995 Ed. RBA, Barcelona, Ed. RBA.
- Cánovas, S.G. co-autora "Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida", 2005, Barcelona, Col. Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
- Cánovas, S G. "La maternidad como mandato", Revista MyS nº 9, CAPS, Barcelona, 2002.
- Cánovas, SG "La mujer ideal y la madre actual", 2006, Barcelona, V Jornadas d'INtercanvi en Psicoanàlisi, Luces y sombras del Super Yo, Gradita, Ed. Grafein.
- Cánovas, S.G. "Adopción y acogimiento, presente y perspectivas", 2004, Universitat de Barcelona, Estudis d'Antropologia Social y Cultural"
- Cánovas, S.G. "El oficio de ser madre", 2007, Barcelona, Ed. Grafein.
- Cernuda, P. "Madres solas", 2006, Madrid, Ed. La Esfera de los Libros.

plan de atención a mujeres “en déficit hormonal”: deLirio de poLíticos.

se llenan la boca de “género”, de “igualdad”, de “paridad”, pero a la primera que pueden atacan en la línea de flotación de nuestras necesidades reales y hasta ponen en peligro nuestras vidas. tal es lo que ha ocurrido con la propuesta aceptada por unanimidad en el congreso de los diputados el 11 de marzo de 2009, sobre el plan de atención integral de salud para la mujer que prioriza la atención a las mujeres “en déficit hormonal”.

DISCURSO DEL GINECÓLOGO DIPUTADO DEL PSOE*

“El señor CABAÑES ANDRÉS: Señorías, hablar de la mujer en déficit hormonal solo es posible desde la comprensión de un proceso fisiológico y evolutivo que afectará antes o después a la mitad de la población y en la actualidad al 30 por ciento de las mujeres españolas. Los cambios que sufren las mujeres en la etapa de su vida que siguen a la menopausia han sido los responsables de que en la época de los romanos se las considerara locas, en la Edad Media se las persiguiera por brujas y en la actualidad se las tache con cariñosos y denigrantes apelativos. El incremento de la esperanza de vida de la mujer en España hace que se calcule en más de diez millones las españolas en situación de déficit hormonal. La mayoría de estas mujeres tendrán a lo largo del tiempo manifestaciones de su

situación hormonal, manifestaciones a corto y medio plazo como sofocos y otros síntomas vasomotores, alteraciones psíquicas, genitourinarias o de su sexualidad que alterarán su calidad de vida, y manifestaciones a largo plazo que influirán no solo en la calidad sino también en la cantidad de vida como las alteraciones cardiovasculares y la osteoporosis. La incorporación masiva de la mujer al mercado laboral, la presencia de mujeres en todos los ámbitos de la sociedad, el cambio de sus estilos de vida hacen más relevante aún, aunque menos visible, esta situación. Ya se nos han olvidado nuestras abuelas con bastón, bajitas, vestidas de negro y espalda cargada consecuencia directa de las fracturas vertebrales secundarias u osteoporosis. Muchas de estas mujeres no saben lo que les pasa, atraviesan esa etapa de su vida junto a otras situaciones igualmente estresantes como el

síndrome de nido vacío, el cuidado de padres ancianos y dependientes, etcétera, no encuentran apoyo, no se atreven a contar su situación a sus amigas, su pareja no solo no las entiende sino que las recrimina los cambios en su sexualidad y su médico en general las recomienda paciencia. Así, entrarán en un largo calvario que previsiblemente terminará cuando ya existan pocas soluciones.

Podemos hacer una segunda visión de este tema y es el impacto en el sistema sanitario, ya que se genera un enorme incremento de la demanda de asistencia y de tratamiento no solo para la clínica precoz sino, y fundamentalmente, para la tardía. Estos incrementos van a generar un aumento considerable del gasto sanitario. Pensemos que solo en un año, por poner un ejemplo, hay unas 63.000 fracturas de cadera atribuibles a osteoporosis, la mayoría en mujeres

Plan de atención a mujeres “en déficit hormonal”: ¿otra vez “por nuestro bien”?



Consuelo Catalá Pérez

Master en Ciencias
de la Enfermería

CATALAC@telefonica.net

Las mujeres, en nuestro caminar por la senda de la emancipación, demasiadas veces hemos pagado un peaje adicional en términos de salud, incluyendo la vertiente emocional. Pero a estas alturas de la vida, de nuestra conciencia como mujeres, de los avances científicos y del desarrollo de la sociedad en términos de calidad democrática, debemos plantearnos seriamente exigir a las autoridades sanitarias que garanticen de manera activa esa salud, en aras al derecho a la información veraz y a la seguridad como parte integrante del derecho a la salud entendida como bienestar.

Resulta que ante la realidad incuestionable, producto de la mejora de la calidad de vida, del alargamiento de la esperanza de vida especialmente para las mujeres, nos encontramos que en la redefinición que supone, para las ciencias de la salud, el significado de la madurez y del proceso de envejecimiento, una y otra vez se intenta desde la práctica médica tradicional su patologización. La consideración biologicista de la

madurez tardía, en su acercamiento hacia la vejez, se hace exclusivamente como «pérdida paulatina de facultades», y se asocia además a la idealización de la juventud como modelo ideal para incidir sobre las mujeres y vender la terapia hormonal sustitutiva (THS) como la panacea de la eterna juventud, medicalizando por tanto no sólo la enfermedad sino también la salud y la vida de las mujeres. Para ello, los análisis predominantes, alejados de la perspectiva de género, tienden a redefinir el ciclo vital de los hombres en función de las relaciones laborales (productividad, reconocimiento laboral y pre-jubilación), mientras que la redefinición del ciclo vital de las mujeres se ha realizado en función de las relaciones familiares («el nido vacío»), es decir, en función de su ciclo fértil, haciendo vigentes, otra vez, los estereotipos de género apoyados en la división sexual del trabajo y la supuesta exclusiva función de madre de las mujeres.

Y todo ello, obviando de entrada, que el paso de los años también supone para el organismo “ganar facultades” y todo lo que ello conlleva en cuanto al concepto de salud entendida como bienestar, en armonía con el entorno y las vivencias en el trayecto de la vida. Secuestrando, además, y manipulando una información veraz para evitar de *facto* que las mujeres tengan los instrumentos para decidir sobre su propia sa-

lud. De paso, la centralidad otorgada a la menopausia en el análisis de la salud de la mujer madura vuelve a reproducir, de hecho, la reducción de las mujeres a sus funciones reproductoras.

En nuestro país, durante años, la THS se ha planteado como práctica médica generalizada. Ha sido experimentada en los cuerpos y la vida de las mujeres sin ninguna fisura en cuanto a la seguridad y beneficios del tratamiento, desde la medicina oficial. Ahora bien la evidencia científica ha demostrado el balance negativo de dicho tratamiento, aplicado de manera generalizada, en términos de riesgos y de supuesta mejora de la calidad de vida de las mujeres en la etapa madura, aquello que algunas mujeres y médicas/os desde el otro lado de la orilla, desde la no medicalización, desde la defensa de la menopausia como etapa saludable, se advertía una y otra vez.

Sorprende, sin embargo, que prácticamente al mismo tiempo que la recomendación desde los organismos sanitarios haya sido clara y contundente en contra de la utilización de la THS como la panacea para vivir “saludablemente” la época de la madurez de la mujer, no dejen, desde sociedades médicas e incluso desde alguna iniciativa parlamentaria, de volver a la carga. Son muchos años de prácticas médicas en donde a la mujer sana se le ha tratado exclusivamente cómo

paciente y no cómo usuaria...y eso es difícil de erradicar.

De ahí que aparezcan de vez en cuando, como el Guadiana, propuestas para volver a plantear la medicalización, cuestionando de manera sutil dichas *evidencias*. Propuestas algunas desde la atalaya pura y dura de no querer asumir la realidad descrita, de riesgos y prácticas innecesarias e incluso contraproducentes, por la *evidencia*; y otras desde las *buenas intenciones* de querer mejorar la salud de las mujeres. Es en este último caso donde enmarcaría la propuesta que fue votada por unanimidad en el Congreso de los Diputados de Madrid del 11 de marzo "Plan de Atención Integral de Salud para la mujer dentro del cual se contemplen todas sus necesidades específicas de salud desde la pubertad a la madurez. Priorizando dentro de este *plan la atención a las mujeres con déficit hormonal* con el objetivo de conseguir una madurez saludable, mediante la creación de un comité de expertos que establezca criterios uniformes de atención clínica".

Nadie en el ámbito profesional puede declararse ignorante de las evidencias científicas en torno a las consecuencias médicas y de salud de la utilización generalizada de la THS. La Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS), ha informado a los profesionales sanitarios sobre los riesgos y beneficios de su uso mediante tres notas informativas: 2002/07, 2004/01 y 2008/16. La del 3 de octubre de 2008 fue emitida por la AEMPS a raíz de la re-evaluación del balance beneficio/riesgo que el Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano (CSMH) realizó sobre con el fin de valorar si los resultados de nuevos estudios publicados pudieran modificar las recomendaciones emitidas en 2004. A dicha reunión asistieron representantes de la Asociación Española para el Estudio de la

Menopausia (AEEM) y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). El CSMH después de revisar la información disponible, concluyó que los nuevos datos no hacían necesario modificar las recomendaciones de uso de la THS emitidas anteriormente.

Es decir que la *evidencia científica* disponible más actualizada NO RECOMIENDA el tratamiento hormonal sustitutivo generalizado. Podemos concluir pues, que si hay un criterio uniforme de atención clínica, ese es el relativo a la menopausia.

Por nuestro bien es una frase que, inspirada directamente por una concepción patriarcal de la mujer a la que es muy difícil sustraerse, nos suena mucho a las mujeres, pero también a las y los profesionales que defendemos la salud desde coordenadas de autonomía y libertad personal.

Desde estas líneas hago un llamamiento a que se reflexione antes de plantear iniciativas que van contra dirección de la evidencia científica a la que todos los profesionales de la salud nos debemos, pero más aún si también parecen cuestionar los valores que consagran la salud entendida como bienestar. Un bienestar al que tenemos derecho como ciudadanas y que los poderes públicos deben garantizar en coordenadas de libertad (información y decisión), equidad y seguridad

1. Women's Health Initiative (EEUU) / Million Women Study (Reino Unido)

2. Disponible texto completo en:
<http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/terapiaHormonal-oct08.htm>

Bibliografía: Barbara Ehrenreich y Deirdre English "Por su propio bien"



MARGARITA LÓPEZ CARRILLO

Jugando con Las palabras o La Ley del embudo

Me dedico a buscar y clasificar documentos, de medicina sé poco, lo mío son las palabras. Sé, por ejemplo, que a la "ciencia" médica no le parece científico afirmar lo que no puede demostrar, por eso, cuando no consigue establecer claramente ese misterioso tránsito entre la causa y el efecto, que es lo más habitual, no lo hace, y se conforma con expresiones como "se asocia a", "se correlaciona con" que constituyen una manera hábil de decir que determinadas variables (normalmente fármacos y síntomas) estaban en el mismo sitio (cuerpo) a la misma hora pero que tanto podría deberse a la "causalidad" como a la "casualidad".

Además de a buscar documentos me dedico a escribir, por eso sé que todo texto tiene un subtexto, un no-escrito más sugerente en ocasiones que el sí-escrito y mucho menos contestable por escurridizo. Con esas expresiones, la medicina utiliza el método, tan poco científico por cierto, de decir sin decir, de sugerir sin comprometerse. Crea un nebuloso campo semántico continuo que va de la causalidad a la casualidad como los tonos de un mismo color, permitiendo a los médicos, siempre ansiosos de certezas que esgrimir ante los pacientes y ante sí mismos, asideros aparentemente sólidos. Existe una especie de acuerdo tácito según el cual cuando alguien lee que A se asocia a B entiende que A es causa o efecto de B.

Es sobre esta incierta base que se ha podido afirmar que la vacuna del papiloma humano previene el cáncer: *como el cáncer de cuello se asocia al HPV, y la vacuna inmuniza contra éste, ergo la vacuna (causa) impedirá el cáncer (efecto)*. No ha importado para su aplicación que la demostración "científica" de esta relación no pueda realizarse hasta dentro de tres décadas, ha bastado la conjetura. Sin embargo y simultáneamente, en un insólito alarde de rigor, se ha decretado que al no haberse establecido relación causal entre la vacuna y las convulsiones sufridas por algunas niñas, ésta no existe. No han valido esta vez prudentes "se asocia a" "se correlaciona con". No y no. A veces (pocas) la niebla se abre y la ciencia ve claro. Loado sea Dios.

RebelDes con causa: La inquietud de Las médicas

Margarita López Carrillo

Este dossier está inspirado por un debate que tuvimos en la red- caps al que llamamos "distancia terapéutica". No es que en la revista no supiéramos ya del malestar de muchas profesionales respecto a la manera de entender la atención a la salud y a la enfermedad de nuestra medicina -me refiero a la oficial, también llamada "científica"-; y no sólo médicas, también enfermeras y comadronas comparten su cuota de inquietud. Lo sabíamos de sobra porque precisamente esta red aglutina a muchas médicas descontentas, críticas, ¡hartas! de cómo se forma a los médicos y médicas, de cómo se investiga o de cómo se atiende y entiende la salud, especialmente en lo relativo a las mujeres. Conocíamos el malestar pero, por así decir, no lo habíamos aislado (como a los virus), no tenía cuerpo propio, andaba entremezclado en nuestras mentes con el sesgo de género de la medicina, con la hipertecnificación e hiperespecialización (fragmentación) del cuerpo y la salud, con la omnipresencia de los laboratorios farmacéuticos marcando la pauta de las actuaciones políticas en materia de salud pública y privada... Ese debate nos dijo que, además de todo eso, estaban las médicas de carne y hueso sufriendo al verse encajadas a la fuerza en un molde que se les queda pequeño por unos lados y que les sobra ampliamente por otros, como medidas en un vestido hecho para seres de otra especie. Decidimos publicar ese debate y pedir más artículos para profundizar en el tema y Pilar Babi nos propuso trasladar a las médicas jóvenes de su centro de atención primaria, en especial a las residentes, el encargo de expresar en voz alta cómo había sido esa experiencia de ir del imaginario que se construye cuando se escoge una carrera a la realidad del ejercicio, qué les sobraba y qué les faltaba para adaptar ese extraño vestido a sus dimensiones de mujeres médicas, o mejor, de mujeres que también son médicas.

También nos ha parecido que ligaba perfectamente con el tema ese mensaje, expresivo y conciso a la vez, de Ibone Olza, apremiándonos a una reflexión sobre la sanidad pública que tenemos y la que queremos, que casa perfectamente con la propuesta de María José Hernandez de pensar en la utopía para luego trazar los pasos precisos para dirigirnos a ella. Regina Bayo se pregunta qué hacemos ahora que sabemos de la mala salud emocional de médicos y médicas por los datos arrojados por el Informe que CAPS elaboró para la Fundación Galatea, y Cristina Domingo y Rosalina Sicart proponen, como una herramienta posible, animar a los y las profesionales a participar en talleres donde compartir las experiencias y los conflictos generados por la relación terapéutica. Por último, Esperanza Aguilá (enfermera) anima a las médicas a debatir con otras profesionales. Se me antoja que los dos hermosos debates que conforman el plato fuerte de este dossier le responden, sin saberlo, que antes de escuchar a las demás sienten que deben empezar por escucharse entre ellas



EL futuro en buenas manos

Victoria Cendrós
Noemí de Miguel
Pilar Babi

extracto de La conversación en torno a La profesión de médica de familia mantenida entre Las médicas senior (MS),médicas jóvenes (MJ) y médicas residentes (MR) deL CAP de LA PAU, Barcelona.



PILAR BABI (MS):

La idea de reunirnos hoy tiene dos antecedentes: uno es que la revista MyS me pidió, por segunda vez (la primera se publicó hace unos años) una reflexión sobre la atención primaria de salud y, ante la demanda de un nuevo artículo, me surgió la idea de recabar la opinión de las profesionales más jóvenes. El segundo antecedente es un hecho que me marcó bastante, una anécdota de Noemí que me dijo, en plena época de mayor presión asistencial: "Yo cuando sea mayor no quiero ser como vosotras". Con este intercambio queremos pues entender lo que nos pasa y ser, con estas palabras, altavoz de nuestra realidad.

EXPECTATIVAS Y REALIDAD

PILAR BABI- *¿Cómo estáis viendo la incorporación a la primaria? ¿Qué pensáis sobre la atención primaria?*

NOEMÍ DE MIGUEL (MJ)- Pienso que nuestra profesión requiere una dedicación muy importante, nadie en la facultad nos explicó realmente lo que se trabajaba en la primaria y en qué condiciones, con qué presión. Nadie en la carrera nos enseña a ver a una persona en global, estudiamos síndromes, enfermedades pero no a la totalidad de la persona en sí con la parte social y psicológica, parte que muchas veces

es la que más nos sobrecarga porque no tenemos recursos, nadie nos ha enseñado; escuchamos muchas cosas a las que no encontramos solución y nos llevamos esa impotencia a casa. Todo esto me disgusta porque me encanta mi profesión pero cuando veo las listas o veo los objetivos o que me juzgan por números me acude la angustia. Es triste reconocer que yo me decanté por la medicina de familia por su aspecto global, para ver la parte subjetiva y objetiva de las personas, pero a mí sólo me juzgan por la parte objetiva. Tristeza también por la visión que nos considera únicamente derivadores a especialistas.



VICTORIA CENDRÓS (MR4)- Te encuentras con síntomas que no sabes explicar, que no encuentras la causa, con un montón de problemas sociales, psicológicos, familiares... Tienes que ser psicólogo, saber de entrevista clínica, que tampoco te lo nombran en la carrera y, según el paciente, es complicadísimo. Todo esto lo aprendes en la especialidad y sobre todo en el Cap.

BLANCA DE GISPert (MJ)- Es notable la diferencia que existe entre el mundo real del sistema sanitario en el que vivimos y el mundo universitario. El mundo universitario no deja de ser reflejo de la importancia que se le da al hospital y a la formación hospitalaria cuando, en realidad, esto no representa a la mayoría de los médicos que trabajan en el sistema sanitario ni de los pacientes. No deja de ser frustrante que la importancia de la atención primaria no se vea reflejada en la formación de todos los médicos. No se piensa en formarte como médico global biopsicosocial. Lo que nos suele

pasar a la mayoría de los médicos que trabajamos en primaria es que nos faltan herramientas, seis años estudiando para no tener esas herramientas que vas adquiriendo con el tiempo.

Si en la universidad la primaria no está reflejada, probablemente se debe a que hay una cierta desvalorización de la especialidad en sí.

NÚRIA ROS (MR3)- Yo creo que eso está cambiando desde la llegada de la especialidad. Desde los hospitales se promueve el control por el médico de familia...

NÚRIA CARRERA (MJ)- Ese es el problema que ¡todo para el médico de familia!, como un cajón de sastre.

ELISENDA PIGEM (ME2)- Sí, la universidad está cambiando, pero el aprendizaje para médico de familia desde el hospital no tiene enfoque, eres tú la que canalizas lo que quieres aprender y lo que no...

NÚRIA ROS- Sí, no saben lo que tenemos que aprender.

BELÉN CARPIO (MJ)- Yo estoy entre las mayores y las pequeñas. Por una parte, la carrera ya está lejos, añoro la época de residente, que para mí fue la mejor época de mi vida, la recuerdo con mucho trabajo con muchas guardias pero estaba contenta. Tenía la impresión, en el hospital, de que la primaria se valoraba. Era un hospital pequeño y éramos los únicos residentes. Con los años, la visión me ha ido cambiando, la ilusión y las ganas las tengo, y es lo que me mantiene, pero hay veces que me pregunto ¿cómo se aguanta esto?. Porque está lo que me enseñaron y luego otro mundo con otros intereses, con objetivos, con números..., que no es lo que me gusta, yo quiero hacer medicina, quiero ver pacientes. Cada vez tenemos menos tiempo por visita, antes podías razonar, dedicar tiempo al paciente, ahora todo va mucho más rápido. ...Tengo una cierta decepción. Xesca, que fue mi tutora (para mí es mi maestra) me enseñó la atención al paciente, la atención domiciliaria, la dedicación..., pero ahora con los "objetivos" todo esto se pierde.

MATERNIDAD Y TRABAJO

PILAR BABI *.-También has tenido dos hijos en este último periodo de tiempo*

BELEN CARPIO- Sí, eso es otra cosa, eso hace que a nivel profesional tengas un parón. Los embarazos no me afectaron mucho, hice guardias casi hasta el final. Pero ahora sí que afecta el día a día, supone una preocupación más. Pero cuando estoy en el trabajo

lo estoy y cuando estoy en casa estoy, intento llevarme el menor trabajo posible. Otra preocupación es la compatibilización de los horarios cuando vayan al colegio...

PILAR BABI- Hay mucha presión sobre que las mujeres con la maternidad perdemos cosas laborales, yo pienso que aquellas profesiones que tienen que ver con las relaciones humanas se llevan a la profesión la experiencia de casa, es decir que no hay que ser buena madre para ser buen médico pero sí que todas las experiencias que te han hecho mejor persona te hacen mejor comunicador y mejor escuchador. Pienso que la maternidad es una de ellas y que eso no se dice, forma parte de los currículos ocultos, no salen en las oposiciones, pero son tan verdad como el mejor curso de comunicación del mundo. Todas estas experiencias sólo se ven desde lo negativo, no sé como se tiene que hacer para ponerlo en lo positivo mostrándolo como un currículum...

CRISTINA MUÑOZ (MJ)- Yo ahora mismo me siento realmente un poco entre dos mundos. Supongo que se unirán en algún momento y los compaginaré mejor pero todavía no he llegado.

PILAR BABI-*Y además la reducción de jornada es un poco extraña, ¿no?*

CRISTINA MUÑOZ- Sí, además no tengo el día de guardia con lo que no hago domicilios y, entonces, hay una parte de la consulta de la que me siento muy desligada. Yo, a mis crónicos a domicilio, hace mucho que no los veo. Y claro... hace un mes tuve un bajón grande, una sensación de no acabar de llegar que me angustia.

PILAR BABI- *Crees que si tuvieras más tiempo de relación para comentar...A lo mejor no eres tú sola...*

CRISTINA MUÑOZ- Bueno, supongo que es todo un poco. Yo por ejemplo estoy todas las mañanas sola con Bruno y con nadie más y entonces no tengo el ratito de desconectar ni de ponerme a hacer nada más porque no lo puedo dejar ni un cuarto de hora solo. Por otro lado, a veces tengo la sensación de que estoy por aquí y no sé muy bien cuál es mi función, y es una sensación extraña que no había tenido antes. No es que antes lo tuviera todo controlado ni muchísimo menos, pero tenía la sensación como de más organizada...por ejemplo, ayer estuvimos hablando de esto de hoy y hasta que no he llegado aquí no me he acordado que teníamos la reunión.

Intento separar lo que es el trabajo de casa, pero a veces se separan tanto que no terminan de unirse....

LA VOCACIÓN

JACKELINE CASTAÑEDA (MR1)- Veo una diferencia en la formación de un país sudamericano a un país europeo. Nosotros siempre estamos con manejo de pacientes desde el segundo año de carrera, y en el séptimo año, que es el último, es el internado, y desde el primer día del año hasta el último estamos sólo en el hospital. Es el peor año pero es en el que uno aprende más. Lo positivo es que tenemos mucho que dar a los pacientes, de lo que somos. Es una entrega diaria. Es gratificante porque no sólo tenemos el don de la palabra sino que tenemos el





don de la mirada, de la sonrisa, de la mano, de los gestos...Lo negativo es la carga emocional, acabas muy cargado al final del día, hay mucha responsabilidad, hay pacientes de todo tipo, unos muy exigentes, disconformes, con trastornos de personalidad... Acá todos tienen acceso a la Seguridad Social, allá no es así, por lo que acá son muy demandantes.

Una cosa que a mí me ha ayudado es ponerme en el lugar del paciente. Creo que si alguna de nosotras ha ido a una consulta médica, al menos yo, siente ansiedad, temor, entonces lo mejor es ponerse en el lugar del paciente para ver como se sienten. Y otra cosa más, cada vez que una sienta que flaquea, que las fuerzas se le van o que ya no puede más hay que pensar y recordar

por qué está donde está, qué es lo que le llevó a hacer lo que hace.

PILAR BABI *¿Por qué estamos aquí? ¿Por qué escogiste esta especialidad? Lo que más contaba de esta vida era tratar con otras personas, aliviar el sentimiento humano, ...*

MARITA GUARNER (MS)- Yo claramente escogí medicina porque quería ayudar a los demás, es lo que a mí me movía. Me movía por venir de una saga de médicos, claro, yo desde pequeña acompañaba a mi padre a Sant Pau los domingos por la mañana, entonces mi padre pasaba consulta y nosotros corríamos por allá.

PILAR BABI *Y tú lo has pasado, ¿no, Marita?, porque tienes una hija pediatra estupenda. O sea que, a pesar de lo todo, lo que has transmitido es esto...*

MARITA GUARNER- Sí, lo que pasa es que yo le aconsejé que no lo hiciera (Risas) Todos los padres dicen "Haz lo que quieras, pero no hagas lo mismo que yo..."

NÚRIA ROS- Yo creo, a pesar de que nos quejemos, que somos una generación que batallamos mucho y nos mojamos, y queremos que todo sea estupendo porque nos gusta mucho. Con 20 pacientes esperando, sólo que tengas uno que puedas ayudarle o consigas que su enfermedad vaya mejor, eso compensa.

MARITA GUARNER- Yo creo que eso nos cuesta verlo, al menos a mí. Me cuesta mucho ver que yo pueda estar ayudando. Yo veo lo que no va bien.

NÚRIA ROS- Nosotras mismos tendemos a decir "no, no, esto al especialista". ¿Cómo que el especialista? Nosotras también somos especialistas. Claro que hay que derivar, pero derivar al cardiólogo, al oftalmólogo, no al especialista, porque ellos son especialistas igual que yo.

GANANCIAS Y PÉRDIDAS

PILAR BABI- *En la vorágine de las dificultades, nos olvidamos de cosas esenciales...*

XESCA PEÑAS (MS) - Yo creo que nuestra especialidad tiene un privilegio respecto a las demás y es que nos sitúa en el contexto de las personas. En

la facultad te enseñan los síntomas que conforman la enfermedad pero resulta que aquí no viene una enfermedad, viene una persona y, en su salud o en su enfermedad, te explica lo que siente, lo que vive, las dificultades relacionales, sus propios síntomas de disfunción del cuerpo. Puede tener una úlcera que le esté produciendo el dolor, pero en este dolor también influyen otras cosas, y nosotros tenemos la capacidad de separar una cosa de la otra. Y eso lo vas adquiriendo con el tiempo, con la práctica, con la reflexión, con el estudio, con el compartir con los compañeros. Entonces los pacientes y los profesionales nos encontramos; ellos tienen sus vivencias y nosotros tenemos las nuestras, y yo creo que en esta relación hay una influencia mutua y un enriquecimiento mutuo. Los pacientes no sólo traen su dolor, traen sus vivencias, traen una serie de cosas que si uno está atento lo puede reconocer, lo puede interpretar y se pueden poner en común. Lo negativo es el contexto en el que tenemos que ejercer la profesión. Hay tantos ruidos externos que a veces nos hacen perder esa capacidad. Como tenemos que trabajar en un sistema organizativo, pues resulta que el sistema organizativo cada x tiempo va priorizando una serie de cosas, pues bien, ahora se prioriza el registro de no-se-qué, prioridades ya no son los criterios que tú tenías como profesional y que tú valoras sino que son el número de visitas o la no demora, la accesibilidad... Son cosas que distorsionan mucho el día a día y que hacen que en estos momentos una se cuestione cómo está trabajando, cómo le ven los demás, tanto los pacientes como el resto de los compañeros, que ven que todo el día voy "atabalada atabalada atabalada" ...y eso me preocupa. Y luego, la otra cosa es que me gustaría transmitir a las residentes jóvenes, los valores de nuestra especialidad, y que

se aunaran esfuerzos para que esos valores prevalezcan....

PILAR BABI *Laura, cuando dijiste "yo huí del hospital"....*

LAURA LUQUE- (MR4) – Yo en el hospital estaba muy agobiada, sobre todo en las guardias, las llevaba muy mal: ves un paciente sin saber nada de él, y luego se va a casa y ya no sabes nada más; a veces tenía que dar las altas un poco forzada por el adjunto, no se valoraba la situación social del paciente. Me iba pensando: "ahora este hombre se ha ido a su casa, saldrá a la calle..." Entonces para mí venir al CAP era como volver al paraíso...

CRISTINA MUÑOZ- Otra cosa que no va bien. Llega el paciente, metes los signos y síntomas en el ordenador y el ordenador te va diciendo casi qué le tienes que decir o qué le tiene que hacer y dices "¡ostras, qué mal!". Yo estoy de acuerdo en que lo que más enriquece, por lo menos a mí, es la parte del contacto con la gente, que es por lo que decidí esta especialidad, pero esto de ahora es hacer medicina casi con el ordenador, ¿no?

NÚRIA CARRERA-...tenía claro lo de médico de familia, ... me gustaba sobre todo la vertiente social. Y es verdad que cuando estuve en el hospital pensé "esto no es lo mío". Porque "Oye, hay un pie en la habitación 204 y una mano en..." Cómo que "un pie"... Y cuando estuve en el ambulatorio y tuve la suerte de tener un tutor espectacular y en un barrio también conflictivo, me di más cuenta aún. Por ejemplo, teníamos un paciente que venía todos los días a pincharse la insulina porque él no sabía pincharse, pero cada vez que iba al hospital salía con insulina y el médico del hospital diciéndole que

cómo su doctor no se la recetaba.... Son estas cosas que dices "es que en el hospital no se enteran de la misa a la media" Yo creo que esta es la gran suerte del médico de cabecera, que está en el contexto de las cosas.

NURIA CARRERA- Para mí el problema es el no tener tiempo, y tener que renunciar a cosas que harías. A mí me encantaría saber de todo, pero no puedes saber "Mucho" de todo, y me tengo que conformar con saber un poco de todo...

PILAR BABI- *Tolerar la incertidumbre es una de nuestras características*

BELÉN CARPIO- Yo quería añadir algo totalmente personal. Yo hablaba con gente que no está ligada a la medicina y explicaba que venía la gente, me explicaba sus cosas y que yo me angustiaba porque sabía lo que podía pasar, sabía que podía enfermar..., que yo veía, algo así, como la historia de los pacientes. Hasta que un día mi marido me dijo: "¿tú no has pensado cómo te ven ellos? Porque ellos cambian pero tú también cambias". Me di cuenta de lo que es la relación. Yo les veía a ellos pero ellos también me veían a mí y cómo yo iba cambiando y cómo sus cosas me influían. A partir de aquel día me fije más en lo que ellos me enseñaban, ¿no?, la relación es bidireccional. Pensar que lo mismo que les pasa a ese lado de la mesa también puede pasarte a ti... y hacer realmente esa reflexión, no sólo decirlo. A veces yo veo reflejada a mi familia y esto también me ayuda a ser mejor hija, mejor... Me costó mucho verlo y necesité a alguien que me lo hiciese ver pero es de las cosas que me ha servido de gran ayuda. Y lo de los niños ya por supuesto, cuando tienes un niño ves el mundo también diferente.

ELISABETH MATORELL (MJ)- Sí a veces lo que te están diciendo...te lo llevas al plano personal.. Y entonces, cuando no tienes más recursos para ayudarlo, te genera impotencia, precisamente por la implicación que tu tiene con él.

BELÉN CARPIO- Poner un límite es muy difícil y además en algunos pacientes te pasa y en otros no. Es que tu eres diferente con cada paciente, ... eso es parte de la relación.

ELISENDA PIGEM- Pues yo, cuando llegué aquí, empecé con los pacientes crónicos y también teníamos muchos pacientes terminales y cada jueves llegaba a casa saturada, con una carga emocional muy fuerte. Al principio me costó mucho pero lo que me hizo ver las cosas distintas fue algo que me comentó Lidia, la enfermera, me dijo: sí, esto nos afecta y nos afectará siempre, pero intenta no irte a casa con el "no puedo" sino con "¡caramba! cuantas cosas hemos podido hacer" o "¡caramba! cuantas cosas hace el paciente y su familia..." A partir de entonces vine con otra cara para enfrentarme a los domicilios crónicos.

CARTA A LOS REYES

PILAR BABI- *Mirad, faltan veinte minutos. Yo os propongo que los dediquemos a hacer una carta a los reyes: Para los próximos diez años de convivencia qué nos gustaría. Esto es para lanzarnos hacia el futuro, porque hemos hablado mucho del pasado, sobre todo las "mayores". Si tuvierais que pedir una cosa...que pediríais.*

BLANCA DE GISPERT- Más tiempo por paciente

PILAR BABI- Yo personalmente pediría que no se me lleve la vorágine esta de, "Nada es posible, no hay pediatras, no hay médicos, no hay nada, tenéis que hacerlo todo y además hacer más horas"...

XESCA PEÑAS- Como una bola de nieve, que te aplastará.

PILAR BABI- Sí eso, que no me aplaste la bola de nieve, y que no me tenga que apartar tanto, para que no me aplaste, como para apartarme de la medicina ¿eh?.

NOEMÍ DE MIGUEL- Sí: Queridos reyes: que no me falte la energía para seguir luchando, que siga amando la medicina como la amo ahora, que siempre tenga la mano para tenderla a cualquiera de mis compañeras porque esto es también medicina de familia, que siempre esté la puerta abierta para cualquiera que nos consulta, lo que siempre me has enseñado, Pilar, no solo para los pacientes, también para los que hay alrededor. Pero también quiero que, en unos años, cuando me pase como a Belén y a Cristina que han tenido bebés en los últimos meses, poderme dedicar y ...cuidarme a mí misma. Porque intentamos cuidar a los demás cuando nosotras mismas no nos estamos cuidando. Y, otra cosa que quiero, es que la gente me siga enriqueciendo como lo hace. Que para mí sea importante que una persona me diga "gracias por escucharme" no me lo ha enseñado la facultad de medicina, me lo has enseñado tú y mi práctica. Y un mayor reconocimiento de los "de arriba", porque los que están dirigiendo se dedican a los números y quieren que yo me dedique también, y a mí no me gustan los números, ¡que no!

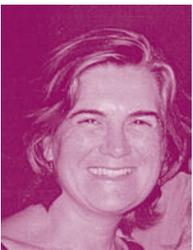
MARITA GUARNER- No sé, yo lo veo un poco negro....Probablemente si hiciéramos menos trabajo burocrático quizás podríamos tener mas tiempo para la relación con el paciente...

BLANCA DE GISPERT- Yo últimamente he tenido muchas crisis en el sentido de decir, ¿qué hago, me apunto al carro y intento cambiar las cosas o ...cambio mi vida para encarrilarla hacia otro lado?. Tengo una amiga que es muy fan de cambiar las cosas y ella me dice te tienes que definir: o te apuntas al barco -que yo siento que se está medio hundiendo- o vas. Hace tiempo que vivo esta disyuntiva. La verdad es que después de esta charla me voy con muchísimas ganas.

XESCA PEÑAS- Mi carta a los Reyes magos tendría varios apartados (risas): Pediría mantener la ilusión del conocimiento y mantener despiertos los sentidos. Como somos seres políticos, pediría una trompetilla para que quien tenga que escuchar escuche todo esto... y que actúe en consecuencia. Que no perdamos la ilusión de compartir conocimientos, emociones, relaciones.. Y como Pilar, que no nos aplaste la vorágine. Yo creo que somos muchas y muchos pero estamos calladas. Igual si empujamos todas logramos que la bola no crezca...Esos son mis deseos.

Acabamos porque el tiempo apremia pero sabiendo que esto no se acaba aquí que de un modo u otro volveremos sobre ello. Y nos vamos contentas porque hemos hablado bien y porque hemos sentido nuevamente que el futuro está en buenas manos.

escuchar a Las demás



Esperanza Aguilà Ducet

Enfermera
aguila37@gmail.com

Las médicas siempre han sido un referente para mí. Soy enfermera y ellas han sido mis compañeras de trabajo, una parte importante del equipo. Eran y son un contrapunto en un diálogo interno que mantengo vivo desde que empecé a estudiar enfermería, dándole vueltas y más vueltas a la preciosa cuestión del acompañamiento en la enfermedad, el mayor atractivo de mi profesión. Cuando trabajaba en un hospital me parecía un privilegio disponer del tiempo suficiente para observar el día a día de los enfermos, su evolución, observarlos como eran cuando no se sentían observados. Las médicas que tenían el saber para diagnosticar y tratar, sólo podían verlos durante el pase de visita, debían fiarse de nuestros informes, de nuestros ojos y oídos que estaban allí, al lado de la cama 24 horas. Ser enfermera para mí, es permanecer al lado de una persona que está viviendo un proceso difícil en su vida que ha resentido su salud, tal vez ofrecerle el alivio de una técnica concreta y por encima de todo el reconocimiento del valor de su saber sobre sí misma. Este es el paradigma que defendemos en CAPS cuando decimos que las personas deben ser las protagonistas de su salud. Hace unas semanas nos reunimos en CAPS algunas profesionales del DSQ (Dona, Salut i Qualitat de Vida) para ana-



lizar el estado de la situación de la salud de las mujeres. Carme Valls se había adelantado a las demás dejando plasmado un esquema en la pizarra para facilitar el debate. Sentadas frente a una mesa rectangular que facilitaba vernos las caras unas a las otras, no tardamos mucho en darnos cuenta de que entre nosotras sólo dos eran médicas, el resto éramos enfermeras, psicólogas y una documentalista de salud. Enseguida el debate giró hacia esa dirección ¿por qué las médicas no estaban? ¿Era sólo por cuestiones de conciliación de su vida familiar, o había otros motivos? Ellas no estaban allí para respondernos, sólo podíamos movernos en el incierto terreno de las conjeturas

y las hipótesis. Pero a mí, que personalmente siempre me ha inquietado lo que la ciencia médica androcéntrica provocan en las médicas (algunas, entrañables amigas), me quedó de esta reunión un poso de nostalgia, y repito aquí lo que verbalicé aquella tarde: "Yo siento mucho no poder contar con su presencia, las necesito, necesito su participación en el grupo, todas las necesitamos, son una pieza esencial"

Tal vez la clave esté en darse cuenta de que para escuchar a las demás con todos los poros abiertos, sin miedo a perderse o desintegrarse, escucharlas desde el lugar de la profesional que acompaña, es necesario previamente haber aprendido

sanidad pública sí, ¿pero cuál?



a escucharse a una misma sin miedo, como un camino de recuperación, que puede ser apasionante y contradictorio, hecho a base de deconstrucciones y cuestionamientos continuos de la ciencia "oficial". El modelo médico androcéntrico nos aleja de nuestro cuerpo femenino, de su esencia, de su energía cíclica, se ha escrito mucho sobre ello, nos hemos enriquecido en los debates entre médicas y psicólogas. A mi me parece que para escucharse y renacer es necesario abrir un espacio a la mujer salvaje que todas llevamos dentro, aceptando el riesgo a ser incorrecta, inconveniente, un poco bruja ¿por qué no? Las brujas eran sanadoras antes de que las quemaran.

Ser crítica con un sistema que te alimenta, en el que estás inmersa día a día, es un camino duro y agotador, el propio sistema despliega infinidad de estrategias y argucias para contrarrestar cualquier elemento que perturbe su aplastante fluir. Lo sé, lo he vivido en mis propias carnes.

Me he decidido a escribir estas líneas para compartir con todas vosotras el sentir de la mayoría de las mujeres a las que imparto talleres de promoción de salud. Antes de empezar recordamos la metodología: escucharnos con respeto, con orden, no darnos consejos, lo que se dice en el grupo es absolutamente confidencial. Durante cuatro tardes compartimos saberes sobre los factores que intervienen en la salud, el dolor y el malestar de las mujeres, el ciclo femenino y la salud para disfrutar. El último día antes del cierre les pregunto que es lo más importante que han aprendido, y la respuesta más frecuente es: escuchar a las demás.



Ibone Olza

Psiquiatra Infantil

iboneolza@gmail.com

Como trabajadora de la sanidad pública madrileña comparto la preocupación por la situación actual. Lo que está pasando en la red de salud mental madrileña es desolador. El centro de salud mental donde he trabajado los últimos tres años y medio ha quedado medio desmantelado, y lo que eso conlleva es que por ejemplo los enfermos mentales crónicos y graves que tenían un excelente seguimiento psicoterapéutico por enfermería ahora estén prácticamente sin asistencia o viendo como continuamente se les descita sin saber cuando y como se les va a atender. Los últimos meses del 2008 todos los trabajadores del centro hemos vivido una incertidumbre desquiciante sin saber que iba a pasar al enterarnos por prensa de que el ambulatorio había sido privatizado. Cuando hemos preguntado que iba a pasar con nuestros pacientes a los superiores nos han dicho cosas como "los pacientes no son tuyos ni son de nadie" " a los pacientes hay que tratarlos bien" o "eso no es asunto vuestro". Por no hablar

de todos los niños y familias que he tratado en este tiempo y a los que siento que he "abandonado" al ser trasladada a un nuevo hospital sin saber quien ni cuando les iba a atender en el centro de salud mental.

Podría seguir contando montañas de anécdotas, pero lo que quería decir es que yo dudo mucho de que firmar una Web sirva para algo. No creo que la solución vaya a venir por miles de ciberfirmas pidiendo nada si mientras tanto no creamos espacios de reflexión donde todos nos informemos bien del alcance, donde escuchemos a las partes involucradas y donde avancemos en soluciones creativas y colectivas. ¿Que sanidad queremos?

A mi me gustaría que la sanidad siguiera siendo pública, pero también me gustaría saber porque durante años he visto a colegas médicos hacer de la pública "su privada", trabajar menos del 40% de su jornada, aceptar los sobornos de la industria farmacéutica sin complejos ni vergüenza etc etc etc... Porque he escuchado a directores médicos decir que nadie se iba a atrever nunca a controlar el horario de trabajo de los médicos ni otras cosas parecidas. Mientras no hablemos francamente de todos los problemas que ha tenido la sanidad pública va a ser difícil que muchos entiendan nuestro rechazo frontal a la privatización, ¿me explico?.

¿distancia terapéutica o terapia para la distancia?

Este debate, del que por razones de espacio sólo podemos publicar un extracto, se dio en la Red-Caps durante los meses de octubre y noviembre de 2008. Empezó con un envío de Ibone Olza en el que nos hacía llegar, con permiso de las autoras, algunas intervenciones, y la suya propia, habidas en otro debate de otra red, la de Apoyocesáreas.

DE LA LISTA APOYOCESÁREAS POR MADRES PROFESIONALES DE LA OBSTETRICIA:

Mi estancia en este foro aunque corta ha sido muy reparadora en lo personal, pero como profesional siento que aún tengo mucho que aprender respecto a los sentimientos, dudas y perspectivas porque en la carrera me enseñaron que era mejor distanciarse para ser profesional y objetiva. Que involucrarse emocionalmente con los pacientes disminuía tu efectividad a la hora de tomar decisiones.

(Guadalupe de Luz, ginecóloga. México)

Al igual que tú mi cesárea me "abrió" no solo la tripa sino el alma, me encontré con mi montaña de dolor y a partir de ese momento me concedí el permiso de romper las reglas, de abrazar, consolar, mimar a mis pacientes, de sentarme en la cama con ellas y poder establecer un vínculo especial; alguien me dijo qué esto me haría más daño, que cuando te implicas sufres más, bien, podrá ser cierto, pero a mí me ayuda a curar mi herida, me siento mejor así, sé que soy una mujer, que soy vulnerable, me gusta llorar en las películas... Una vez me robaron mi manera de ver las cosas, y no voy a permitir que lo hagan nunca más. Sin importar qué dirán el resto de los compañeros, hago lo que me parece oportuno y se acabó, y sinceramente desde ese día he ganado en empatía con las pacientes y también en trato con ellas.

(Ruth Aguiar, ginecóloga. Galicia)

Leyéndolas me paro a pensar en esa gran trampa que nos enseñaron en ¿la facultad de medicina? ¿la residencia? No puedo recordar exactamente en qué momento de mi formación se instaló en mi cabeza que había que mantener una "distancia terapéutica" con los pacientes, que estaba mal visto acariciar y tocar a las personas enfermas, no digamos ya abrazarles o besarles... La primera vez que me salté la distancia terapéutica y, a pesar de mis miedos, abracé a una adolescente que había sido ingre-

sada por enésima vez en la planta de psiquiatría de adultos y que lloraba a moco tendido en su habitación pensé...

"ojala no entre la enfermera y me vea..." Y ahora pienso, que frente a la distancia terapéutica solo nos queda hacernos la terapia para la distancia, es decir, tratarnos las unas a las otras las secuelas de esa absurda distancia, permitirnos ser profesionales y personas a la vez, médicas o enfermeras a la vez que madres o amigas, personas y mujeres enteras e íntegras... Pedir perdón a nuestros pacientes a la vez que permiso para tocarles, para acariciarles las lágrimas o para agradecerles todo lo que cada día nos enseñan, gracias por sus palabras y por su escucha, por escucharnos también a nosotras y por ayudarnos a sanar las heridas que la medicina malentendida y peor enseñada nos dejó un día en el alma...

(Ibone Olza, psiquiatra. Madrid)

DE LA LISTA DE RED-CAPS

Sin vínculo no hay terapia. Yo, como médica, también "mamé" eso de la distancia y al mismo tiempo el paternalismo. Creo que aunque el psicoanálisis hizo mucho por la relación médico-paciente, su énfasis y su temor a la "dependencia", y su dificultad para reconocer que los vínculos/apegos son básicos a lo largo de la vida y no sólo en la infancia, ha colaborado en la idea de que hay que tener cuidado con "implicarse demasiado"... En circunstancias adversas se nos activan las conductas de apego y de búsqueda de seguridad sea cual sea la edad que tengamos. Y las profesionales de la salud...actuamos como figuras de apego. Además de proporcionar cuidados, lo hacemos en un entorno y en un contexto que puede ser segurizante, sensible, empático, cálido, ajustado a las necesidades del otro o no.

(Ana González, psiquiatra. Huesca)

Ojala pudiéramos ayudar a las/os futuras sanitarias a no tener que andar tanto en contra de sí mismas para tener que



desandar todo después. Yo empecé mi residencia de ginecología desmayándome varias veces ante la atrocidad del trato a las mujeres y los bebés. Luego, aprendí a sobrevivir cuando alguien me convenció de que no dejara la especialidad. En las salas comunes de dilatación con las mujeres solas, atadas al monitor, con bolsa rota artificialmente, inmobilizadas, criticadas si se movían o parecían descontroladas", o no "se portaban bien"...solo podía sentarme al lado de la que más vulnerable veía y darle la mano y estar a su lado en silencio, o hablarles en susurros para ayudarles a calmarse, a meterse dentro de sí, y a estar seguras de que su cuerpo era fuerte y podían acompañar a su bebé. Las matronas se reían de mí pero al cabo de un tiempo las matronas me llamaban para que estuviera con alguna "incontrolable", porque empezaron a reconocer que algo funcionaba, solo que para quitarse de en medio un estorbo, y seguir tachándome de pirada. No podían considerarme buena médica si me involucraba con las mujeres... Y tantas y tantas cosas durísimas que has de pasar en la residencia hacen que o niegas tus emociones y casi a ti misma, o tires la toalla. No entendía qué me pasaba, porqué sentía un agotamiento infinito, porqué estuve a punto de dejarlo tantas veces. No sabía que trabajar en contra del corazón y de las emociones se paga caro. Aprendí a endurecerme para sobrevivir, aunque siempre queda dentro algo que te dice que lo que estás viendo es una locura, que no puede ser así. De vez en cuando, me atrevía a traspasar, cuando no se enteraban, la línea de la cercanía y empatía con las mujeres. O lo hacía pegándome a una o dos personas que me enseñaron a tratarlas de otro modo. Luego, desandar lo andado, y arrancarse la piel a trozos, empezando por las propias experiencias...Hoy, lo que me hace irme satisfecha a casa es cuando me he sentado en la cama de una mujer y he dedicado tiempo a que pueda contar lo que le pasa, con afecto y respeto. O cuando una mujer se va contenta porque ha descubierto que su cuerpo es fuerte

y sano. Cuando hago y digo lo que creo y ya no tienen poder sobre mí para hacerme sentir inferior o incompetente. Porque, aparte de los destrozos de nuestras propias experiencias como mujeres cuando negamos nuestra dimensión emocional, es que a veces actuar de otro modo supone el descrédito total como profesionales, como personas, y como todo (Pilar de la Cueva, ginecóloga. Zaragoza)

Siempre recordaré al querido profesor Nolla, en el viejo Hospital del Mar de Barcelona, cuando siendo yo estudiante de 5-6º de medicina nos decía: "Al acercarte a la cama de un paciente tómale la mano y luego el pulso. Está solo y asustado. Además de estar más cerca te enterarás de muchas cosas que le están ocurriendo"

Siempre estrecho la mano de los y las pacientes que recibo en mi consulta y recuerdo esta enseñanza. También beso a un paciente que tiene un gran sufrimiento o ha perdido a un ser querido. No creo que esto me haga perder la distancia terapéutica.

(Lidia Sánchez Beiza, médica de familia. Madrid)

Me ha interesado mucho la Teoría del Vínculo de John Bowlby, psicoanalista inglés, que explica bien la incidencia en el desarrollo de las personas de los vínculos tempranos y el efecto que tiene en el tipo de vínculos que va a poder establecer de adulta. Una persona viene a terapia o a una consulta médica con unas heridas emocionales que son el resultado de cómo fue tratada en su infancia: reconocida, ignorada, criticada, despreciada, querida... Todo eso se ha dado en un vínculo con sus figuras tempranas. El tipo de vínculo que establezcamos como profesionales, va a ir en la dirección de curar esas heridas o de reabrir las. El cómo nosotras nos relacionamos con nuestras heridas y nuestro dolor, va a determinar cómo nos situamos ante el dolor del otro. El poder tratar con respeto, empatía, reconocimiento y límites claros es curativo. También lo es el tener en cuenta cómo se siente esta persona en este momento, qué necesita. Creo que las mujeres sabemos hacer muy bien esta función, llevamos siglos ejerciendo el papel de antenas emocionales para captar el malestar del otro y, aunque es esencial no perdernos en este papel, es evidente que necesitamos reconocer los aspectos valiosos de esta función para no perdernos en un modelo profesional más masculino donde predomina y se valoriza la distancia y la objetividad. Esto no significa que tengamos que besar a cada persona todo el tiempo, pero sí estamos en contacto con nuestras emociones y las suyas, probablemente sepamos qué tipo de intervención será la más adecuada para esa persona en ese momento.

(Fina Pla, psicóloga, analista bioenergética. Barcelona)

No se ha de confundir la distancia terapéutica, esa que permite pensar para saber intervenir mejor, la distancia simbólica que posibilita la realización de un acto, con el miedo al sufrimiento del paciente. Los médicos están acostumbrados al dolor de un órgano, de un músculo, quiero decir que en general son capaces de aguantar a cualquier persona con un dolor físico, orgánico. Para contener emocionalmente a un paciente con un abrazo, una caricia a tiempo o un achuchón si toca, hay que estar próximo al sujeto y no a un riñón o a unas anginas.
(Laura Kait, psicoanalista. Barcelona)

Empecé mis estudios de enfermería tras el COU y al cabo del primer año, que aprobé, decidí cambiar a trabajo social entre otros motivos porque no podía soportar la indiferencia con la que se trataba a las personas hospitalizadas, (sólo importaba su órgano enfermo)...Me ha tocado dar alguna clase en la universidad a futuras trabajadoras sociales y siempre me he posicionado en contra de "la distancia terapéutica"...Muchas alumnas me miran con cara sorprendida, como si fuera algo que no les encajara, como si fueran a contaminarse. Siempre les animo a probar a ponerse en el lugar de la persona a la que atienden, ¿qué nos gustaría que nos hicieran, cómo nos gustaría ser atendidas si estuviéramos de "pacientes"?
(Toñi Aretio, trabajadora social. Logroño)

En la facultad de medicina se hace énfasis en la distancia, en las escuelas de enfermería se insiste en la actitud compasiva y de acercamiento. Es frecuente que los sanitarios nos encontremos divididos entre una y otra, o oscilemos en nuestra práctica, por ser este un aspecto en el que no recibimos formación...
(Cristina Domingo, médica acupuntora. Barcelona)

En enfermería no se habla de distancia terapéutica pero se habla de madurez profesional cuando eres capaz de no llevarte a casa, en tu cabeza, a los pacientes. Parece difícil conseguirlo si a la vez lloras con ellos. A veces, cuando durante 5 o 6 días seguidos, durante 7 horas al día, trabajas por mejorar el bienestar de alguien que tiene un gran sufrimiento o su familia, y no se obtienen los resultados deseados, pienso que preferiría mantener la distancia. Muchas de mis compañeras lo hacen, y los compañeros mucho más. Da la sensación de que ni siquiera lo ven. Pero también es cierto que los pacientes que yo cuido ese día son menos demandantes que otros y pasan la tarde tranquilos, llaman menos al timbre, esperan a que yo llegue porque saben que yo iré, confían en mí. Tenemos mucho por hacer respecto al trato humano en los hospitales, lo peor que he sentido como profesional es estar inmer-

sa en un sistema que él mismo produce sufrimiento a los pacientes. La no distancia terapéutica me pasó factura y estuve sin trabajar por llorona durante 4 meses pensando en como podía yo desarrollar mi amado trabajo en estas condiciones: gestionar todos esos sentimientos, prioridades, relaciones de poder... En muchas ocasiones pienso lo que me ha enriquecido personal y profesionalmente el manejo de estas situaciones límite...
(Cristina Cantalejo, enfermera. Madrid)

Imaginaros, 6 mujeres de parto a la vez, tumbadas, monitorizadas, periduralizadas, solas...Una de ellas sin peridural porque el anestesista dijo que no podía ni quería controlar mas de 5 peridurales a la vez. Primeriza, muerta de miedo, sola, y gritando de terror con cada contracción. Yo me voy volando a su lado, me pego a ella, le cojo las manos y empiezo a respirar con ella, le pido que me siga, ella deja de gritar, lleva mejor las contracciones, me agarra fuerte las manos, no te vayas, no me dejes por Dios; Me llaman que vaya a asistir un eutócico y yo digo que no, que me quedo con ella..., se burlan de mi y dicen en alto: "A esta aprendiz de comadrona hay que enseñarle a no crear dependencia con las mujeres". Cambio de turno, pero yo no me voy, la mujer está ahora muy tranquila, duerme entre una contracción y otra, endorfinada. Una de las comadronas que entra en el turno, al pasar y verme allí pegada a la mujer, me dice: ¿es familiar tuya?.. Yo le digo que no y me mira con cara de pasmarote. La mujer parió bien al cabo de un rato, la asistió el R1 por que yo estaba apoyándola desde su cabecera...
(Inma Marcos, comadrona. Barcelona)

En Sociología no estamos ajenas a esta cuestión y a menudo se nos exige distanciamiento para no "sesgar" el estudio. La metodología cualitativa, que a veces aplicamos para recabar información, hace que el fenómeno sociológico que vamos a observar se convierta en una vivencia propia y a menudo muy íntima tanto para la persona entrevistada como para el/la entrevistadora. A menudo nuestros jefes/as piden que no nos involucremos con las personas objeto de estudio, que no hagamos de su causa la nuestra e incluso muchas de nuestras conclusiones son guardadas debajo de la manta de lo "académica/ científicamente correcto" y no salen nunca a la luz... En el caso de querer trabajar de forma digna en un estudio y mantener la dignidad de las personas participantes, es muy probable que nuestro empleo se ponga en riesgo, y ya no hablo de la credibilidad y solvencia profesional cuestionadas. Si ejercer la medicina es un reto, una sociología mínimamente comprometida no lo es menos.
(Clara Garcia Izaguirre, socióloga. Barcelona)



Mª José Hernández Ortiz
Presidenta de ADIBS.
Dra. en Medicina.
Dr. of Chiropractic
mjhernandezortiz@yahoo.com

¿futuro o utopía? soñemos con un sistema de salud óptimo

“Que la sabiduría no se burle de las nociones extrañas o de los hechos aislados. Que sean exploradas. Pues la noción extraña es una nueva visión y el hecho aislado una nueva arcilla, los dos posibles fundamentos de la ciencia del mañana”
E.F. Adolph.

REFLEXIONES SOBRE LA SALUD DEL FUTURO

Según la OMS las políticas de salud públicas deberían ser las de IGUALDAD, ACCESIBILIDAD, SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD Sin embargo el cumplimiento de estos principios está muy lejos de ser alcanzado actualmente en nuestro sistema sanitario. A pesar de la enorme inversión económica, todavía necesitamos exigir que nuestro sistema público de salud tenga la máxima calidad posible y sea el adecuado para cubrir las necesidades reales de toda la población.

Como soñar es gratis, hemos decidido empezar a soñar, tal vez un día se haga realidad lo que en este momento solo es una utopía.

Me planteo, más como borrador de trabajo que como documento definitivo o exhaustivo, las medidas que se podrían introducir para intentar subsanar las deficiencias más graves de nuestro sistema. Pero para ello es imprescindible primero hacer un análisis para desvelar el origen de lo que no funciona y así poder plantear soluciones.

¿QUÉ FALLA EN NUESTRO SISTEMA DE SALUD?

Falta de filosofía de la salud. Algunas de las preguntas que deben ser contestadas son: ¿Cómo definimos la salud? ¿Es el objetivo del sistema sanitario “vivir a toda costa”? ¿Deberíamos sin embargo primar la calidad de vida o el bienestar? ¿Quién es el responsable último de la salud de cada uno? ¿Es

salud algo más que no tener síntomas? ¿Cuándo tenemos que empezar a cuidar de nuestra salud?

Decisiones sanitarias ¿Quién las toma? A pesar de una organización administrativa mastodóntica, dedicada a la toma de decisiones sanitarias, en muchas ocasiones no está muy claro cual es la motivación que ésta sigue para tomarlas. “La responsabilidad de la industria es obvia”, dice Andreu Segura. “Mediante enérgicas campañas de publicidad directa e indirecta y gracias a inteligentes estrategias de penetración en el sistema sanitario, se determinan en buena parte los contenidos de las políticas y las actividades asistenciales” Se sabe bien que los lobbies de las compañías farmacéuticas tienen gran poder en esta toma de decisiones en todos los países industrializados, independientemente de que muchas de las innovaciones terapéuticas aporten pocas ventajas. Nos preguntamos si un ejemplo de esto no sería la aprobación de la vacunación contra el Virus Papiloma Humano. Como llevamos ya más de año y medio denunciando en nuestra asociación (ADIBS), la decisión política de vacunar a las niñas con la vacuna contra el VPH no se puede sostener si no se piensa en fuertes intereses económicos por parte de las compañías y una gran presión en el gobierno para aprobarla. Esto nos hace preguntarnos: ¿Quién financia las campañas de nuestros partidos políticos? En España la ausencia de obligación de transparencia en la financiación de los partidos los hace fácilmente sospechosos... y vulnerables.

Para que la práctica clínica sea humana es necesario que las decisiones sanitarias no se limiten sólo a cuestiones médicas o biológicas. Hay que tener en cuenta otras cuestiones que afectan a las personas enfermas, al médico o médica, al personal sanitario, a la institución sanitaria e incluso a la sociedad.

Sistema sanitario centrado en la enfermedad, no en promover la salud. No es un sistema pensado para preservar la salud. La mejor educación para la salud procede de los anuncios de la TV, que sin la mejor motivación, sin embargo van muy por delante de nuestro sistema sanitario en la propagación de ideas de promoción de la salud. Por otra parte las actuales campañas de "promoción y prevención" en salud han sido calificadas por muchos de intervencionistas y de anular y crear alarma entre los usuarios (Juan Gervas).

Medicina medicalizada. La administración de fármacos es prácticamente la única terapéutica utilizada, además de la cirugía. Este hecho es el responsable número uno de la gran sobrecarga del sistema sanitario. Según la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública el gasto farmacéutico se incrementa cada año. En concreto, en 2008 el aumento medio en España fue de un 6,9% mientras que el aumento del gasto sanitario fue de un 2,6%. Casi 1/3 del presupuesto se invierte en medicinas, lo cual claramente pone en peligro a medio plazo la sostenibilidad del sistema. (Esto sin contar con el gasto hospitalario que en realidad ha crecido un 26% en el último año). Los efectos secundarios de los fármacos se han convertido en la 2ª causa de muerte en USA. Un reciente estudio en Barcelona indica la alta morbilidad que los efectos secundarios a fármacos produce en esta comunidad. En Francia mueren cada año el doble de personas por fármacos que por accidentes de circulación.

Maltrato generalizado a los usuarios: bien conocido por todo/as. Listas de espera, poco tiempo de consulta, falta de información a pacientes, falta de tiempo de calidad, actitudes defensivas. Aunque, en justicia, debemos reconocer que el sistema sanitario maltrata a todos, incluidos trabajadores y trabajadoras.

La práctica médica.

> **Enfoque cartesiano, visión segmentaria del cuerpo.** El cuerpo se convierte en un campo de batalla en el que cada especialista lucha por su parcela, su órgano. Esto, muchas veces, se refleja en prescripciones incontroladas que producen interacciones y amenazan la vida de las personas.

- > **Fomenta la falta de confianza en nuestro organismo y desempodera al individuo.** La salud viene de fuera, no es algo inherente al mismo cuerpo o al individuo. El que sabe de nuestra salud es el médico y no el que habita el cuerpo
- > **Medicina "monoteísta".** Solo se recoge un tipo de enfoque sanitario, el de la medicina occidental, a menudo mal llamada científica.
- > **Medicina sexista:** la medicina actual es androcéntrica, el estándar continúa siendo el varón y no se tiene en cuenta la diferente fisiología femenina, su diferente forma de enfermar y su diferente mortalidad, así como los diferentes factores psicosociales
- > **Intervencionismo a ultranza.** Medicinas secundaria y terciaria cada vez más tecnificada y complicada ¿medicina defensiva?
- > **Medicina primaria como órgano de choque,** selección para los especialistas y proveedora de recetas médicas, lo que lleva a una medicina primaria muy sobrecargada
- > La actuación médica tiene una **perspectiva inmovilista.** Es un sistema cerrado de servicios médicos, fuertemente jerarquizado, en general con poca comunicación entre unos y otros dada la tradicional incomunicación y rencillas de los diferentes servicios médico/quirúrgicos.
- > **Poca autonomía de las enfermeras,** su función es en muchos casos el de secretarias o ejecutoras de órdenes. Las comadronas también lo son en la mayoría de los hospitales.
- > **Formación de profesionales por parte de las farmacéuticas.** El 90% del gasto en formación continuada corre todavía por cuenta de las farmacéuticas. También invierten e influyen en las asociaciones de pacientes. Como denuncia la plataforma No Gracias, las farmacéuticas comienzan en las facultades de medicina a aleccionar a los futuros médicos (hace poco esta organización realizó una recogida de propaganda en la Facultad de medicina de Oviedo).

¿QUÉ CAMBIOS PODRIAN REPRESENTAR SOLUCIONES?

Debate ciudadano. ¿Qué consideramos salud? ¿Qué le pedimos al sistema sanitario? ¿Qué podemos pagar? Necesitamos un cambio de paradigma desde un concepto negativo de la salud como ausencia de enfermedad a un concepto positivo de mantenimiento de la salud y la salud como calidad de vida

Educación para la salud. Consideramos tan esencial como la asignatura de educación para la ciudadanía, la asignatura de educación para la salud. Según Alezeia, una asociación de educación para la salud, "queremos educar desde la vida para una

vida saludable". Promover una educación que contribuya a formar individuos críticos, autónomos y creativos, con una práctica no sólo centrada en el saber sino en el saber hacer, como dice la OMS, capaces de autocuidarse y responsabilizarse de su salud. Con un concepto claro de lo que es la salud, enseñemos a nuestros niños y jóvenes a cuidarse. En este sentido planteo un trabajo concreto, se trataría de consensuar una Guía de autocuidado preventivo, es decir, establecer lo que debería ser un buen sistema de cuidado del cuerpo, por edades y géneros, siempre con el principio de menos es más y de acuerdo con las evidencias que actualmente contamos. ¿Cuales son las actuaciones mínimas que cada individuo debería emprender en cada edad y en las diferentes situaciones para conseguir que un cuerpo sano le acompañe desde el nacimiento a la muerte?

Poner en marcha **políticas activas para contener el gasto farmacéutico** que reta la capacidad de financiación del sistema. Controlar la veracidad del marketing de la industria y generalización de los genéricos.

Prevención real. ¿Qué es más importante en nuestra sociedad, el crecimiento económico o la salud de la ciudadanía? A nadie le cabe ninguna duda: basta ya de hipocresía con la doble moral de las drogas y el alcohol, coches más veloces, tóxicos ambientales, químicos de los que se desconoce el impacto, comida llena de pesticidas, alimentos transgénicos, pescado con mercurio, carne con hormonas, etc. Prohibir la comercialización de todo lo que no va bien a nuestro organismo y, aunque suene muy radical, estoy hablando de las chuches de los niños y de productos realizados con soja transgénica, alimentos transgénicos, alimentos precocinados llenos de conservantes, colorantes cancerígenos...etc.

Porque la enfermedad es mucho más que una patología. **Cuidado de la persona**, no tratamiento del síntoma o del órgano, enfoque biopsicosocial. Unidades especializadas en las patologías más frecuentes, para darle al acto médico una visión integradora, humana y personalizada. (En ADIBS, con esta misma visión hace años que defendemos la necesidad de la existencia de Unidades de mama).

Autonomía a la enfermería, profesión del "cuidado". Autonomía de las comadronas. "Casas de partos"

Salud con visión de género, introducción del concepto de género de forma transversal en todos los aspectos de la salud. Ya es hora de que se investigue en las patologías específicamente femeninas en lugar de medicalizarlas.

Diversificación de la medicina. Dado que todas las medicinas (alopáticas o alternativas) son necesariamente reduccionistas,

según Teresa Forcades, (ver la entrevista en MYS 25) la introducción en el sistema sanitario de terapias demostradas como la quiropráctica, la acupuntura y la homeopatía permitiría una visión más integral y por tanto más real de la salud. Por ejemplo, hace mucho tiempo que la quiropráctica y su profundo conocimiento del cuidado y mantenimiento de la columna vertebral está reconocida científicamente como un método excelente para aliviar y prevenir las dolencias de espalda (causa importantísima de morbilidad y bajas laborales) con una relación precio calidad que ahorraría al sistema sanitario gran cantidad de dinero y con gran satisfacción por parte de los/las usuarios en los que, sin duda, mejora el funcionamiento autopercebido del cuerpo y el bienestar de forma natural.

Introducción de la psicología en la atención primaria. En España, según la OMS un 10% de la población (4 millones de personas) tienen problemas con el estado de ánimo que interfieren con su vida cotidiana. Según la Conselleria de Salut de la Generalitat un 30% de las consultas de atención primaria en Cataluña son debidas a problemas del estado de ánimo. Si la OMS reconoce que a largo plazo la intervención psicológica es apropiada para el tratamiento de los problemas depresivos y los antidepresivos se ponen en tela de juicio en más de una publicación científica ¿Por qué no se introduce la psicología como tratamiento en atención primaria en lugar de prescribir tantos fármacos inútiles?

Investigación de la fisiología normal del cuerpo, no sólo investigación de las patologías, generalmente con el objetivo de buscar "remedios" con los que obtener beneficios.

RETOS FUTUROS

Envejecimiento de la población. ¿Quién nos cuidará? Promoción del cuidado mutuo, apoyo a iniciativas como Ciutat d'elles (un grupo de mujeres de Balears que trabajan denodadamente para sacar adelante un proyecto de convivencia y ayuda mutua entre mujeres)

Cambio de paradigma social, fuerte presión entre hombres y mujeres para adaptarse a los estándares de belleza inalcanzables que llevan a la utilización cada vez mayor de la cirugía plástica.

Soñemos pues, y tal vez nuestros sueños algún día se hagan realidad y contemplemos un sistema de salud que ya no sea una utopía extraña, sino una realidad en la que se practique el arte de la sanar bajo los principios de igualdad, accesibilidad, seguridad y efectividad, es decir, con humanidad.

INFORME GALATEA salud de médicos y médicas: es hora de actuar



Regina Bayo-Borràs

Psicóloga clínica

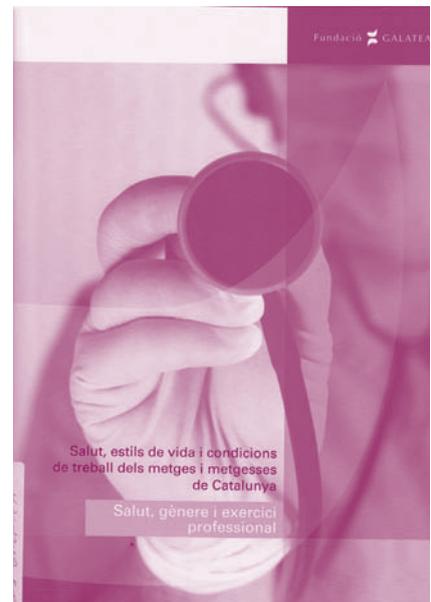
reginabayo@gmail.com

Los profesionales de la medicina ya cuentan con un informe sobre el estado de su salud. Se trata del estudio titulado *"Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. Salud, género y ejercicio profesional"*, Editado por Fundación Galatea, en noviembre 2007, y realizado por CAPS.¹ Es un estudio de investigación, serio y riguroso, en el que se especifican aspectos y detalles de las condiciones en que desempeñan su vida laboral. Estos datos se han recopilado en un documento de 90 páginas, el cual se acompaña de una extensa bibliografía, además de 7 Tablas y 61 Figuras, en las que se indican: pirámides de edad, porcentajes, prevalencias, distribución según especialidades, comparación de condiciones de trabajo según sexo, factores de riesgo psicosocial, cuantificación de horas de trabajo, exigencias de trabajo según centros y sexo, escalas de insatisfacción, análisis del estado de salud percibido, escalas del nivel de dolor, del nivel de cansancio, del consumo de drogas, tabaco y alcohol; también sobre el consumo de fármacos

y psicofármacos, tablas sobre el consumo de medicamentos, sobre el uso de anticonceptivos, sobre complicaciones obstétricas y partos prematuros, entre otros datos que aún sin ser mencionados aquí no por eso son menos importantes y significativos.

Los profesionales de la medicina ya disponen, pues, de un excelente estudio, y unas claras y precisas conclusiones sobre su estado de salud en relación a estilos de vida y condiciones de trabajo. Entre los Apuntes Finales del Estudio destaca una realidad incontestable: la feminización de la medicina como una tendencia que se impone, por lo que, como dicen las autoras, este hecho *"debe implicar una profunda reflexión, y una adaptación tanto de las condiciones de trabajo como de las políticas de conciliación de la vida personal y laboral"*.

Los resultados del Estudio apuntan en esa dirección: las mujeres puntúan más alto en la escala de cansancio; las médicas puntúan más alto que los médicos en la escala de dolor; se da un alto porcentaje de consumo, a través de automedicación, de sustancias psicoactivas, principalmente entre las mujeres; las médicas se hacen menos citologías que la población general; entre ellas la proporción de prematuridad es alta, así como la tasa de abortos. Y también se señalan otros factores sobre la salud psicofísica de enorme interés, que merecen ser investigados más a fondo entre el colectivo profesional implicado. Qué duda



cabe, entonces, de que en este campo tanto el CAPS como las organizaciones sindicales y feministas tienen/tenemos una importante tarea por delante.

Pero lo que me interesa destacar aquí es lo que se refiere al bienestar psicológico, aspecto que ha sido investigado a través del cuestionario GHQ 12. En las conclusiones se señala que *"el sufrimiento psicológico de médicas y médicos, principalmente de las primeras, es más alto que el de la población general. Estos resultados nos llevan a pensar que los profesionales de la medicina, al evaluar su salud, no tienen en cuenta, o consideran secundario, su bienestar psicológico."*

De hecho, no tener en cuenta o considerar secundario —por parte del profesional de la medicina— su propio bienestar/malestar psicológico, ha sido y sigue siendo una actitud subjetiva de enormes conse-

cuencias. Veamos qué nos dice el estudio. En la Presentación², firmada por su Presidente, se especifica cuál es el punto de partida: *“La salud de los profesionales es una condición necesaria para garantizar una buena calidad asistencial.”* Esta premisa no es poca cosa, y alude, precisamente, a las dudas, cuando no certezas, de que la salud no es precisamente buena, y por lo tanto, esa condición necesaria para la buena calidad asistencial está en entredicho.

Esto es tanto así que vale la pena recordar que la Fundación Galatea se creó no sólo para tratar de modificar la situación de falta de datos y programas específicos para los médicos y médicas, sino que su propósito fundamental es *“estudiar los problemas de salud mental de los profesionales sanitarios, los factores de riesgo que desencadenan estos problemas y desarrollar todas las actuaciones posibles,³ que generen el bienestar de estos profesionales y la prevención y curación de sus enfermedades.”*⁴

¿Y ahora, qué hacemos con estas conclusiones? ¿Podemos hacer algo al respecto? Evidentemente mi propuesta es evitar que este magnífico y costoso informe –desde todos los puntos de vista: económico, de tiempo y esfuerzos profesionales- vaya a quedar en un cajón. Hay demasiadas cosas en juego, y así se enuncian en el informe: *“Cuando el problema de salud (de los médicos/as) es mental y/o adictivo, la ocultación es casi sistemática, y es posible que si continúan ejerciendo puedan poner en riesgo la salud de sus pacientes.”*⁵ Y otra reflexión que no debe quedar invisibilizada: *“La salud y el bienestar del profesional sanitario son cuestiones muy importantes para garantizar una praxis de calidad, sin olvidar el hecho de que médicas y médicos representamos un rol ejemplar en la sociedad”*⁶.

Si profundizamos un poco más en los factores que inciden en el malestar psicoló-

gico de los profesionales de la medicina, que influyen de manera inevitable en el ejercicio de su práctica, encontramos los ejes sobre los que gira la problemática: están, cada día más, sometido/as a presiones de diverso origen, en primer lugar los usuarios.⁷

Es cierto que el acompañamiento al usuario/paciente por parte de un profesional de la salud va unido, inevitablemente, a expectativas, temores, confianzas e incertidumbres que se despiertan tanto en uno como en el otro. La relación asistencial constituye una compleja dinámica relacional en la que se producen emociones, sentimientos y fantasías muy diversas, que pueden condicionar el objetivo de informar, asesorar o curar.

Se trata de emociones conscientes o inconscientes que aparecen con más intensidad en las situaciones que demandan del profesional una cierta comprensión y evaluación de las características subjetivas del usuario/paciente, y de su situación general (pareja, hijos, familia, familiares dependientes, etc.)

Por eso, como dice el informe, los usuarios y las usuarias pueden *“dificultar el mantenimiento de las condiciones necesarias para un desarrollo saludable de su tarea”*.

Ah! ¡Las personas usuarias del sistema sanitario!! ¿Si no fuera por ellas las cosas irían mejor? A veces se tiene la impresión de que al médico le interesa más la dolencia que quien la sufre, que atiende con mejor predisposición el órgano enfermo que al propio enfermo, que si no fuera por la dimensión subjetiva del usuario que se “inocula” en la relación asistencial, la práctica profesional sería más llevadera. Y para muestra, un botón. El de la conducta de los propios médicos consigo mismos: *“Es un hecho conocido que los profesionales de la medicina, cuando sufren problemas de salud, se comportan de manera diferente de la que recomiendan a sus pacientes. En ge-*

neral, sus comportamientos y actitudes son contradictorios, tanto cuando son pacientes como cuando hacen de terapeutas de médicos enfermos”. *“La reacción más característica es la negación o minimización de su problema de salud o, frecuentemente, la ocultación, como si tener un problema de salud fuese una debilidad, una vulnerabilidad imposible de asumir. Otra característica es que les resulta muy difícil seguir las indicaciones terapéuticas que se les prescriben.”*⁸

Estas afirmaciones presentadas en el Informe no deberían dejarnos indiferentes. Tan activos/as que a menudo somos en defensa de los derechos de la población, y, sin embargo, en casa de herrero, cuchillo de palo. Solo que este palo no sólo le afecta a él, sino también a los que dependen y confían en él/ella para salir adelante. En verdad podemos considerar que estas poderosas defensas (negación o minimización ante problemas de salud) y el control de la angustia (ocultación), parecen más bien la estrategia del avestruz. Pero me pregunto: ¿hacemos bien poniendo en evidencia al avestruz? ¿O las defensas se rigidificarán todavía más? Evidentemente, no es cuestión de poner el dedo en la llaga si no es para curarla, y por eso mismo entiendo que es una posición ética impostergable arremangarse y ponerse manos a la obra. Nos interesa la salud y el bienestar de la población, mujeres, hombres, niños y ancianos. Pero no menos, y estratégicamente en un lugar privilegiado, el bienestar psicológico de quienes se ocupan de nuestra salud.

¹. Autoras: Rohlf, Izabella; Arrizabalaga, Pilar; Artazoz, Lucía; Borrell, Carmen; Fuentes, Mercé; Valls, Carme. Coordinación trabajo de campo: Lucía Baranda.

². P. 3

³. El subrayado es mío.

⁴. P. 10

⁵. P. 10

⁶. P. 3

⁷. El subrayado es mío.

⁸. P. 10



Cristina Domingo

Médica

cdomingo@santjoandedeu.edu.es



Rosalina Sicart

Pedagoga

rosalina.sicart@gmail.com

LA RELACIÓN ASISTENCIAL: talleres para el aprendizaje

El taller de Análisis de la Práctica Asistencial es un lugar de aprendizaje *de y para* los y las profesionales sanitarias y su objeto de trabajo es la relación asistencial. La práctica profesional nos enfrenta a las vicisitudes de la relación terapeuta-paciente en cada acto de asistencia y, a la vez, permite que esa práctica se transforme en materia de aprendizaje. Una materia que cada cual puede trabajar, transformar, moldear para construir modos de relación según lo requiera cada caso.

La relación asistencial no es una materia tangible con las manos, pero se deja tocar por el pensar y el hacer y, por tanto, es posible llevar a cabo diferentes formas de relación e introducir cambios en dichos modos que produzcan efectos en la relación terapeuta-paciente.

Tampoco podemos usar, para trabajar la relación asistencial, instrumentos tangibles como las agujas, el algodón o el termómetro pero sí podemos usar un conjunto de instrumentos conceptuales con el fin de entender su eventual devenir y poder llevar a cabo las elaboraciones necesarias.

Para que la relación asistencial se dé y para elaborarla conceptualmente, necesitamos usar palabras, que constituyen el lenguaje de los seres hablantes. El

pensar se construye con palabras, y la relación con cada una de las personas atendidas precisa del decir, del escuchar y del hacer.

Por todo ello, el trabajo que se realiza en este taller consiste en abordar lo expresado por los profesionales por medio de la palabra con el fin de ofrecer a cada cual la oportunidad de aprender de la experiencia de su propio quehacer profesional.

La experiencia de cada cual responde a la lógica de lo singular. Lo singular de un terapeuta y de un paciente concreto. Lo singular entra en juego inevitablemente en la relación asistencial, lo que requiere tener en cuenta la subjetividad de las personas concernidas.

Así mismo, la relación asistencial está sujeta a un marco y a una finalidad predeterminadas ambas por la tarea del profesional sanitario.

En este artículo recogemos algunas dificultades expresadas por los y las profesionales en el Taller de Análisis de la Práctica Asistencial, realizado en la Formación Continuada para acupuntores de la *Escola Universitària d'Infermeria de Sant Joan de Déu* desde el 2003 al 2008. En cada edición el grupo fue distinto.

LA INEXPERIENCIA

La inexperiencia es una realidad que pertenece al comienzo de la práctica profesional. He aquí algunas de las vicisitudes que atraviesa la práctica profesional al inicio.

En esta etapa, una profesional expresa al grupo las inquietudes que experimenta y seguidamente interroga: "*¿ésto os pasa a vosotros o sólo me pasa a mí?*". La inseguridad y la angustia que experimenta, ¿se deben a que no tiene suficiente destreza en la aplicación de los conocimientos científicos y técnicos?

Al principio "*cuesta ir poco a poco y centrarnos en hacer lo que estamos seguros*" afirma una terapeuta que cuenta con un poco de experiencia. Tanto las y los terapeutas como las personas atendidas están deseosas de conseguir la total recuperación de la dolencia. Como al empezar, se carece de una evidencia propia de la eficacia del tratamiento que se aplica, ante la duda, se suele optar por el "*más vale que sobre, que no que falte*".

En el trabajo en grupo hemos constatado cómo los y las participantes que llevaban más tiempo en el grupo, veían lo que habían aprendido al oír las inquietudes que plantean las compañeras que inician su práctica.

En otros casos, ante la dificultad de sostener el ritmo que requiere el tratamiento, deseos de conseguir la mejoría definitiva, se puede pasar por alto el señalar las paulatinas pequeñas mejoras que se producen, para que el paciente consienta una espera que puede ser fructífera. Otros ejemplos nos muestran que desde la inseguridad y ante la duda se puede correr el riesgo de implementar una práctica iatrogénica. Estos casos suelen suceder al inicio de la práctica, pero también ocurre a profesionales experimentados cuando se dejan llevar por la inseguridad o la angustia que pueda suscitar la relación asistencial.

LA RESPONSABILIDAD

En la relación asistencial, la atribución de responsabilidades, es uno de los temas más complejos. Responder a las funciones que pertenecen a cada profesional en el ejercicio de su competencia, requiere de un proceso operativo de reflexión y análisis.

Una paciente dice "Ahora estoy en sus manos" a su terapeuta. Al escucharlo, ésta siente una sensación de temor ante semejante responsabilidad. Las preguntas que se plantearon en el taller a partir de este caso fueron las siguientes: La responsabilidad: ¿Hay sólo una, muchas, cuántas? ¿La responsabilidad queda sólo del lado de la profesional? Cuándo, como en este caso, se atribuye toda al profesional, ¿es necesario tomarla?

En la ocasión en que la o el profesional queda sobrepasado por una atribución de responsabilidad que experimenta como excesiva, -sea ésta hetero o auto atribuida-, cabe plantear una reflexión y análisis. En el trabajo de elaboración en el grupo, se muestra la complejidad para dilucidar las respuestas que emanan de las distintas funciones del acto terapéutico.

En la particularidad de cada caso aparecen tareas y responsabilidades que co-

rresponde asumir al paciente, otras que pertenecen al terapeuta, otras que recaen en las personas que rodean a la persona atendida y otras que deben derivarse a otros profesionales cuya colaboración es conveniente para resolver el caso.

Algunas de las dificultades que se presentan en la práctica están relacionadas con la capacidad de delimitar, es decir, del uso de los límites: la habilidad de introducir un no en alguna de sus formas.

EL DECIR NO Y EL USO DE LOS LÍMITES

La dificultad de introducir un límite se manifiesta, en este caso, cuando la paciente habla continuamente. La profesional tiene la "sensación de estar en una peluquería" pero teme que si deja de escuchar, la paciente dejará de acudir a su consulta. "Da pena cortarla porque es una persona mayor", mostrando así la dificultad, ante las explicaciones de la paciente que exceden el marco de la relación profesional. En este caso, consentir escuchar cualquier tema, sitúa a la terapeuta fuera de su sitio. El lugar de dirección de la relación asistencial, le corresponde a la profesional, que debe orientar su escucha hacia los objetivos clínicos. De lo contrario el acto asistencial puede ir a la deriva.

También es común que ante las situaciones de sufrimiento, los y las profesionales se identifiquen con el paciente. Ocurrendo un contagio emocional que coloca a ambos en un mismo estado anímico, es decir, la impotencia y la ansiedad que aparece en la paciente ante su enfermedad se transfiere al profesional, que experimenta también impotencia y ansiedad. Ese contagio obstaculiza la posibilidad de asistir.

Algunas veces en la consulta se presentan situaciones de hostilidad, por parte de la persona atendida, en las que el profesional advierte que debe intervenir.

Una profesional comenta: "Me es difícil poner límite a un paciente que habla agrediendo. Viene a tratarse y centra todo su decir en el desprestigio a otros profesionales".

¿Cómo responder a estas situaciones que descolocan al terapeuta? ¿Cuál es la posición que conviene mantener para transformar la situación?

EL ENCUENTRO CON LAS DIFICULTADES DEL PACIENTE

En el encuentro con lo que le sucede a la persona en su estar enferma, aparecen contradicciones difíciles de entender y de operar. Quiere dejar de fumar y no lleva a cabo el tratamiento para dejarlo. ¿Quiere y no quiere? Quiere pero no puede. ¿Porqué no puede? Son preguntas y afirmaciones que se plantean frecuentemente en los tratamientos que requieren un cambio de hábitos como el dejar de fumar, el hacer una dieta o el no forzar un hombro.

¿Cómo tratar a una paciente que está en esa tesitura? ¿Qué hacer y, qué no hacer? ¿Es posible acompañar al o la paciente de forma productiva a la espera de que acepte hacer algo necesario para su salud? ¿Debemos satisfacer la demanda de adelgazar si la paciente no se hace cargo de realizar la dieta?

A MODO DE CONCLUSIÓN

Los ejemplos precedentes, extraídos de las sesiones del taller, dan cuenta de la complejidad de los procesos de la relación asistencial y de la utilidad de un lugar de aprendizaje de y para profesionales dispuestas a trabajar sobre las dificultades para transformarlas en habilidades que les doten de la capacidad de saber detenerse junto a la persona enferma y acompañarla desde el quehacer terapéutico.

VA DE VACUNA...

contra el virus del papiloma humano

Leonor Taboada

leonortaboada6@gmail.com

Febrero: Dos niñas de Valencia a la UVI

Desde el 9 de febrero de este año, cuando por el ingreso de dos niñas valencianas en la UVI estalló en España la consciencia de los peligrosos efectos secundarios provocados por la innecesaria vacuna del papiloma, han pasado muchas cosas: reseño algunas.

Marzo: Reunión en Lyon

A toda pastilla se reunieron en Lyon "expertos del mundo mundial": no sólo desmintieron toda relación causal entre una cosa y otra; sino que culpabilizaron a las niñas, poniendo en circulación un síndrome que explicaría porque las niñas se desmayan, convulsionan y así cuando les ponen las vacunas: les pega el síndrome de conversión, o sea, se ponen histéricas. Grandes titulares, aunque al día siguiente pusieron en pequeñito que los de Lyon... ¡estaban financiados por los fabricantes!

Abril: Notas "tranquilizadoras":

Tanto la Agencia Europea como la Agencia Española del Medicamento, sacaron las notas tranquilizadoras de "sus expertos".

El 23 de abril, la AEM, decía:

- > Las características clínicas y la ausencia de signos eléctricos, de neuroimagen y analíticos indican que los episodios paroxísticos que presentaron las adolescentes de Valencia no se corresponden con una enfermedad neurológica, cardiológica o sistémica.
- > La estrecha relación temporal con la vacunación en los dos casos de Valencia indica que la administración de la vacuna pudo actuar como precipitante del cuadro clínico, pero no se ha encontrado ninguna prueba que apoye una reacción biológica con la vacuna.

El 27 de abril, sobre la nota de la AEM, Juan Gervas (www.equipoescsa.org) comenta:

"Llama la atención:

- que la nota se titule sobre "seguridad de las vacunas frente al VPH" en lugar de sobre "reacciones adversas de la vacuna del VPH"
- que no incluya la declaración de "conflictos de intereses" de los miembros del comité de expertos y asesores.
- que no descarte la imputabilidad
- que utilice el criterio de "ausencia de base biológica" para descartar las gravísimas reacciones (ingreso hospitalario, incluso cuidados intensivos durante meses) como reacciones adversas- al parecer, si la vacuna desencadena o se asocia a cuadros psiquiátricos o psicológicos tipo reacción de conversión o autismo no se considerarán reacciones adversas por falta de "biología", como si los vacunados fueran bestias, en lugar de humanos."

Mayo: Las niñas no son histéricas.

Carmen Valls, por otro lado, en un Info de la Red CAPS, ahondaba en "el síndrome de conversión". Para saber si había algún tipo de prueba o determinación que pudiera diferenciar una convulsión psicógena de una orgánica, acudió al manual de medicina interna "Harris, Principles of Internal Medicine" y encontró que

- "se recomienda la determinación de prolactina sérica, ya que esta hormona aumenta durante los 30 minutos post crisis convulsiva en el caso de las orgánicas, mientras que en las psicógenas no lo hacen"...
- y que "las crisis orgánicas se asociaban a un incremento de la prolactina del doble de la basal, con un valor predictivo de un 96% en caso de ser positiva".

Y ¿sabéis qué?: al menos en una de las niñas de Valencia, los niveles de prolactina aumentaban más del doble de los niveles normales después de cada convulsión.

Junio: Sobre síncope, desmayos y convulsiones.

El 9 de junio la FDA urge a los sanitarios que administran la vacuna Gardasil (la única aprobada en USA) para que lo hagan mientras la paciente está sentada o acostada, y que la tengan en observación durante 15 minutos para evitar serios traumatismos. Según el VAERS, los desmayos representan el 13% de los efectos secundarios declarados y hay traumatismos en el 20% de los casos.

- > Advierte de que entre el 30 y 40% de los desmayos había signos de movimientos bruscos involuntarios (convulsiones) u otras actividades epileptiformes (similares a la epilepsia).
- > Aconseja observar síntomas que pueden aparecer antes del desmayo: palidez, sudor, mareos, cambios en la visión o alteraciones auditivas.
- > Recomiendan tener en cuenta la posibilidad de un shock anafiláctico. (Hay 5 casos publicados en Australia).

El 22 de junio Judicial Watch hizo públicos los datos oficiales del FDA's Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) sobre miles de efectos secundarios relacionados con Gardasil en USA durante 2008. Muy preocupantes.

www.judicialwatch.org

¡Cae en picado la vacunación!

Ni las farmacias venden ya directamente ni las niñas acuden a recibir las segundas y terceras dosis. Lo dicen todos los medios

JULIO: Nace la asociación de afectadas

La Asociación de Afectadas por la vacuna del papiloma, formada por 14 familias (de Valencia, Andalucía, Madrid y Cantabria) reclama a la Ministra de Sanidad, entre otras cosas, que se reconozca la relación entre la situación de las niñas afectadas con la administración de la vacuna.

Visita su página web: www.aavp.es

DE QUÉ NOS SIRVE LA REVOLUCIÓN
SI NO PODEMOS BAILAR

o de cómo ser activista y no morir en el intento



Nina Parrón Mate
ADIBS

www.adibsfeminista.blogspot.com



Quien más, quien menos, estamos en una lista electrónica a través de la cual nos "globalizamos". Por esas listas online van y vienen noticias, corrientes de opinión, inicios de campañas, o peticiones de ayuda de todos los rincones del planeta. De vez en cuando viene algo más especial, extraordinario; hace unos meses, una amiga feminista, Belén Nogueira, envió un mail con un título esclarecedor: "Un regalo": "Sigo el mismo ciclo de la que me envió este regalo y también os digo, queridas compañeras, queridas... siento en la barriga y en la emoción que me recorre las células y la piel, que este libro es un regalo para cada una. Y que va a estar bien, lo siento, lo presiento. Y os lo envió. Seguro que podremos trabajar y hablar sobre él. Y de mi intimidad y las relaciones que fuimos estableciendo en la vida. Leí el nombre de Lepa Milanovich en el prólogo y en las citas bibliográficas, y también me garantiza que dentro de estos más de 100 folios hay algo muy, muy importante. Os quiero. Vamos al baile!!! Un abrazo. Belén

Debajo de su mail había otro, que decía: "Queridas compañeras, os envió este libro porque es el último regalo que me ha hecho a su vez otra amiga. Es una idea tan BONITA como BIEN HECHA que habla de cómo vamos a hacer sostenible nuestra militancia y nuestra felicidad. El

nombre lo dice todo, ¿qué sentido tiene la revolución si no podemos bailar? Me ha parecido tan sincero, tan rotundo y me ha conectado tanto con algunas de vosotras que espero que lo disfrutéis tanto como yo. Un abrazo enorme a todas y... espero veros en el baile."

Leyendo los nombres de las mujeres que estaban en copia, se componía un mapa afectivo de activistas feministas de la Península. Yo no pude por menos que enviarlo inmediatamente a mis compañeras de ADIBS.

La idea cayó con el peso de la fruta madura "¿por qué no traducirlo al catalán? Dicho y hecho, gracias a Lila Thomàs, directora del Institut Balear de la Dona.

En estos meses hemos estado trabajando via e-mail las mujeres de ADIBS y el Institut Balear de la Dona con las autoras, Jane Barry desde Estados Unidos y Jelena Djordjevic desde Serbia. También con Clare Murray... ¡ni sé desde qué país, misterios de internet!. El hecho de utilizar tres idiomas para comunicarnos, no ha sido en absoluto un obstáculo. Porque tantos son los obstáculos a los que debemos enfrentarnos, que bien podría llamarse: "Cómo ser activista y no morir en el intento" haciendo una analogía con la novela que todas conocemos.

Este es el gran mérito de las autoras, por primera vez se describe a 100 activistas de 45 países, y nos cuenta quiénes son, qué hacen, con que apoyos cuentan, a qué obstáculos se enfrentan... Es perturbador ver descritos los altos niveles de estrés, la exposición a situaciones traumáticas de las compañeras en Palestina, Sierra Leona, Congo, etc, el desgaste emocional que a veces soportamos quien más quien menos. Viene a la cabeza un libro de Marie Cardinal "Las palabras para decirlo", por esa dificultad que hemos tenido de

decirnos y reconocernos las dificultades a las que nos enfrentamos. Y el sentimiento de culpa y miedo que a veces nos acompañan.

La inmensa mayoría de las mujeres crecemos con miedo y con culpa: si no hacemos "las cosas propias de nuestro sexo", si no cuidamos suficientemente a nuestros maridos, hijas e hijos, a nuestra familia, si no somos suficientemente entregadas en nuestra profesión... Y siempre, como compañero de viaje de esa culpa, el miedo al precio que tenemos que pagar por lo que hayamos decidido.

Y como Don Quijote versión fémina, nos enfrentamos a solas una y otra vez con nuestros particulares molinos de viento... hasta que nos damos cuenta que eso mismo les pasa a demasiadas mujeres como para que sea una casualidad, y empezamos la reflexión conjunta. Los miedos tienen que ver con la biografía de cada una de nosotras, pero también con el papel que nos asignan, el "no lugar" donde nos sitúan. Al tener que desdoblarnos en tantas mujeres a la vez, luchar tanto contra tanto prejuicio masculino y tanto miedo nuestro, vamos resentidísimas! Y de pronto nos vemos con nuestra salud, física, psíquica y emocional por los suelos! Estresadas perdidas!

Sólo hay una manera de enfrentarse a esos miedos, y es mirarles de frente y analizar los por qué. Sólo analizándolos será posible cambiar, será como hacer un exorcismo para que desaparezca. Por fin tendremos "Las palabras para decirlo". Los espacios de debate como los que puede propiciar este libro, facilitan mucho este necesario y a veces duro ejercicio.

Quin sentit té la revolució si no podem ballar?. Jane Barry y Jelena Djordjevic. Institut Balear de la Dona 2009

Les Dones de Mas Lluí

donesdemasllui@hotmail.com
 Blog: donesdemasllui.blogspot.com/

Somos una asociación joven de mujeres del barrio de Mas Lluí, de Sant Feliu de Llobregat, a 12km de Barcelona, creada en 2007, independiente y plural. Nuestro funcionamiento se rige por los principios de ayuda mutua, autogestión y cooperación. La asociación surge tras tomar conciencia, un grupo de vecinas, de la necesidad de las mujeres de disponer de iguales oportunidades para su desarrollo personal y social, a través de un equitativo acceso al tiempo y al espacio público. Actualmente se encuentran asociadas un 4% de las mujeres del barrio (85 socias).

Durante este tiempo DONES DE MAS LLUÍ ha ido impulsando varios ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN:

- **ESPACIO MUJER Y SALUD.** Un espacio propio de encuentro que pretende promover la consideración de las mujeres como sujetos activos en el proceso de salud. Se fundamenta en tres pilares: los talleres de autoestima y autoreconocimiento (yoga, chikung, danza vientre,...); en los talleres participativos de salud (dirigidos por expertos o autogestionados por socias como intercambio de conocimientos) y en el Centro de Documentación.



- **ESPACIO DE MADRES:** Un espacio social de experiencias compartidas de madres/madres y madres/hijos e hijas, que pretende promover acciones comunitarias que posibiliten romper el aislamiento social de las madres; promover su empoderamiento social; promover el retorno de los niños y niñas a la vida pública; así como, sensibilizar a los padres en la corresponsabilidad familiar. Se ha ido articulando en torno al Espacio "Mamá-Bebé", de ayuda mutua y apoyo a la lactancia y crianza; a la Red de Madres, como espacio de intercambio de experiencias y de aprendizaje informal; al Espacio Familiar de Marionetas, como espacio participativo y familiar en torno al teatro de títeres. Con ocasión del Día de la Madre y el Día Internacional de la Familia ha promovido la Fiesta del Nido, como homenaje a la maternidad y a la cultura del cuidado a los demás.

- **CONSUMO** Un espacio común de decisiones compartidas en el ámbito del consumo. Se ha ido articulando en torno al proyecto cooperativo de productos agroecológicos "Alfombra Verde"; y en las acciones de sensibilización y capacitación sobre consumo responsable, cooperativismo y agroecología.
- **BARRIO Y MEDIO AMBIENTE.** Un espacio vecinal de análisis y debate donde la mujer de Mas Lluí desde una perspectiva de género pueda opinar sobre la planificación urbanística y el uso equitativo de los espacios públicos y equipamientos; promover iniciativas comunitarias para mejorar su calidad de vida y la de sus familias; e impulsar propuestas para mejorar la sostenibilidad medioambiental y social del barrio.

NATALIA ESTEMIROVA

no te olvidaremos



Natalia, amiga, activista feminista de Chechenia por los derechos humanos y de las mujeres, fue vilmente secuestrada y asesinada en Grozni el 15 de julio. Deja una hija de dieciséis años y muchas amigas consternadas.

Era miembro de la Asociación Memorial por los derechos humanos de Chechenia.

Tuvimos el placer de conocerla, de invitarla. Estuvo con nosotras un 8 de marzo en Barcelona junto con Elena Vlenskaia, de Rusia.

Sostuvimos un proyecto con maestros y maestras por la paz de Rusia y Chechenia.

Y paseamos con ella por San Petersburgo.

Otras la conocisteis en el Encuentro de Mujeres de Negro en Jerusalén

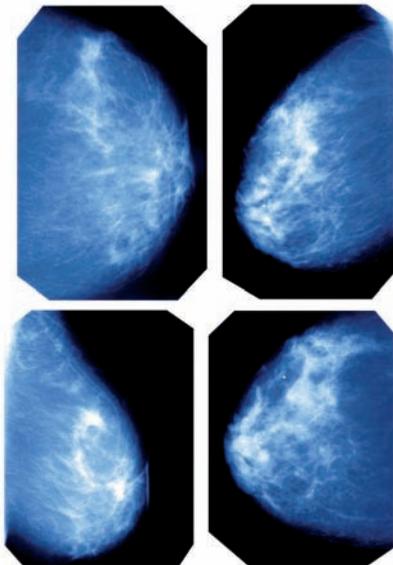
Tenía miedo, no lo ocultaba, pero seguía comprometida con la denuncia de la violación sistemática de los derechos humanos en Chechenia, de los derechos de las mujeres.

Nos queda su amor a la vida, su sonrisa y sus palabras. Nunca te olvidaremos.

Montse Cervera, Dones x Dones

Del libro "Feministas contra la guerra" de Dones x Dones, sus palabras:

"Yo me declaro abiertamente pacifista, porque sé lo que supone para la gente joven el militarismo y las guerras. Estoy en contra de todas las guerras y la violencia y tengo muy claro el que suponen para las mujeres, como también la capacidad que tienen por reconstruir la vida, defenderla y desarmarla. En Chechenia, todo el peso de la guerra ha recaído sobre las mujeres. Cuando empezaron los secuestros, fuimos las mujeres las que nos enfrentamos denunciando estos crímenes. El 1995 organizamos una marcha pacífica desde Moscú hasta Grozni. Y no denunciábamos únicamente los crímenes y la violencia del gobierno ruso, también la violencia de nuestro propio gobierno y de los grupos armados. El papel de las mujeres es indispensable, ha sido indispensable durante todo este tiempo, si no Chechenia habría desaparecido. Imagináis cómo ha cambiado nuestra vida: de golpe, la familia tradicional chechena fuertemente patriarcal, tiene al frente una mujer que ha de asumir todas las responsabilidades. Hemos demostrado gracias al nuestro trabajo de resistencia pacífica que Chechenia puede sobrevivir sin Rusia. Es inimaginable pensar las diferentes situaciones a que se han tenido que enfrentar, los recursos y las estrategias que han generado por echar adelante la vida. ¡Solas y sin ningún arma! Si pensamos en el que los hombres consideran actos de heroísmo, nuestras acciones sí que son actos de heroísmo: el trabajo diario por la supervivencia. Recuerdo cuando no teníamos comida y no nos llegaba ningún tipo de alimento, las mujeres encontraron la manera de atravesar los controles militares y de transportar alimentos por sus familias. Primero negociando con los militares y con un carro, intentando llegar a Grozni, sin que nos dispararan. Después alquilamos un tanque y después un helicóptero. Reconvertimos armamento de guerra y la destrucción (el tanque) en herramientas para la vida. Pese al papel importante de las mujeres, Chechenia es una sociedad muy tradicional, conservadora y patriarcal. Queda mucho trabajo por hacer, por continuar haciendo. Primero, creo que es indispensable tener un país, después reconstruirlo; reconstruir la vida de las personas, que se puedan recuperar de tantos años de guerra y violencias. Es bien cierto, las mujeres tenemos una oportunidad importante para la paz y el futuro de Chechenia."



LA MAMOGRAFÍA DETECTA MÁS CÁNCERES DE LA CUENTA

Una de cada 3 pacientes de cáncer de mama son tratadas sin necesidad, según revela un estudio publicado en BMJ. Los investigadores daneses Karsten Jorgensen y Peter Gotzsche, del Centro Nórdico Cochrane de Copenhague, analizaron los datos de cáncer de mama registrados en partes de Australia, Gran Bretaña, Canadá, Noruega y Suecia, en los últimos siete años, es decir, antes y después del inicio de los programas públicos de detección (cribado mamográfico). Tras el inicio del programa el número de cánceres detectados aumentó claramente, sin embargo, el número de casos de cáncer avanzados que se detectaron más tarde entre mujeres de edad avanzada no disminuyó, a pesar de que, teóricamente, sus casos deberían haber sido descubiertos previamente. Esto hizo concluir a los investigadores que muchos de los nuevos casos detectados por el programa poblacional, eran cánceres que, de no haber sido descubiertos y tratados, no hubieran evolucionado o lo hubieran hecho tan lentamente que la mujer que los padecía llegaría a morir antes de cualquier otra cosa o, incluso, que habrían desaparecido por sí solos. El problema, sin embargo, es que una vez detectado un tumor maligno no es posible, de momento, saber si es de los que hay que tratar o no. En un editorial de la misma revista, el editor pide que se avance en la investigación de esta diferenciación para evitar a muchas mujeres pasar por

todo el proceso, altamente traumático, de curar un cáncer de mama.

Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ*. 2009 Jul 9;339:b2587. doi: 10.1136/bmj.b2587.

SALUD LABORAL, EMBARAZO Y LACTANCIA: PODÍA HABER SIDO MEJOR

En marzo de este año el BOE publicó la lista de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo nocivos para la salud de las mujeres embarazadas, la salud fetal o la salud del bebé lactante. Esta medida viene a completar la aplicación de la directiva europea de 1992 (92/85/CEE). La presión ejercida por CCOO ha obligado a añadir sustancias químicas aparecidas posteriormente y otras, ya existente entonces, de las que ahora se conoce mejor el riesgo que implican para la salud. No se han logrado incluir, sin embargo, los disruptores endocrinos (sustancias químicas capaces de alterar el sistema hormonal cuyos peores efectos ocurren en hijas e hijos de madres expuestas durante el embarazo y la lactancia).

Neus Moreno. El gobierno desaprovecha una oportunidad para proteger la salud del embarazo y la lactancia. *Por Experiencia* 2009;43:20-21.

CUANDO LOS MEDICAMENTOS SON CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN

Un equipo de Barcelona ha investigado la relación entre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y los ingresos hospitalarios. Para ello han buscado en las altas hospitalarias del Hospital Clínico de Barcelona correspondientes a pacientes del centro de salud Les Corts aquellas debidas a problemas con los medicamentos (es decir, debidos a medicamentos innecesarios, exceso de dosificación o falta de medicación adecuada). Encontraron un 13% de ingresos causados por PRM, de los cuales el 57% se consideraron evitables.

Por otro lado, una revisión de estudios sobre el mismo tema, publicada en *Farmacia Hospitalaria* en 2002, recogía una gran variedad de cifras de los distintos estudios incluidos en la revisión, cuya media sería un 7'2% de casos de ingresos provocados por medicamentos. En lo que están todos de acuerdo, tanto el estudio de Atención Primaria como los estudios revisados en el artículo de *Farmacia Hospitalaria*, es en que los medicamentos que provocan más ingresos hospitalarios son los cardiovasculares (especialmente digoxina, un medicamento utilizado para la insuficiencia cardíaca, y los hipertensivos), seguidos por los antiinflamatorios y la aspirina. Los efectos iatrogénicos de los fármacos son ya una de las primeras causas de muerte en el mundo occidental; diversos autores los sitúan entre las seis primeras, algunos entre las tres primeras. Todo lo cual no impide, según el último informe de la Federación de asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, que el gasto farmacéutico derivado de las recetas de la seguridad social en España subiera el año 2008 el 6,9%, y, en el caso del gasto farmacéutico hospitalario, el 27% (el doble del la UE que está en torno al 14%).

- Sotoca, José Miguel; Canivell, Silvia; Alemany, Laia; Sisó, Antoni; Codina, Carles y Ribas, Josep. Problemas relacionados con la medicación que causan ingresos hospitalarios. *Atención Primaria*. 2009;41(3):141-146.

- Alonso, P; Otero, MJ; Maderuelo, JA. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. *Farmacia Hospitalaria*. 2002;26(2):77-89.

- http://www.fadsp.org/pdf/presentacion_crecimiento_y_gasto_farmacuetico_09_2.doc

Subvencionado por:



Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones