

X SEMINARIO DE LA RED-CAPS
ii10 años haciendo red!!
Barcelona, 14 de noviembre de 2008

**LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS MUJERES EN PRIMERA
LÍNEA: CÓMO ES Y POR QUÉ**

Pilar Babi i Rourera

Médica de familia.

Centre de salut de Sant Martí (Barcelona)

Quisiera hablaros de mi relación con las mujeres que vienen a mi consulta, de la relación actual y de cómo he llegado a ella, pues no sé explicar, ni explicarme, de otro modo el tema de mi ponencia.

Este es un relato experiencial. En otras ocasiones he compartido con vosotras trabajos desde lo objetivo. También este tema se hubiese podido enfocar de este modo pero lo que yo podía ofreceros en este momento es esto.

Para ello he puesto cuatro ejemplos de la práctica profesional que, espero os resulten cercanos desde cualquier relación de cuidado.

Un neurólogo airado

Yo era estudiante, creo que de cuarto año. En ese momento en la facultad de medicina era difícil acceder a hacer prácticas y cada quien se buscaba el modo. El mío era acompañar a un residente de neurología en sus guardias de medicina interna.

Atendíamos a una mujer joven. Se me ha olvidado el motivo de consulta pero no se trataba de algo muy grave. Durante la anamnesis, la mujer especificó que le “dolían los ovarios”. El residente no dijo nada pero frunció el ceño. Ya en el pasillo comento airado “¿Y cómo sabe esta mujer que le duelen los ovarios?!”. Hay preguntas que abren el mundo, hay otras que lo cierran. Yo estuve presa algún tiempo en un paradigma muy desdeñoso para con las sensaciones de los

pacientes, un modelo en que la experiencia del paciente apenas tenía valor. Si este paciente era una paciente la posibilidad de ser ninguneada era mayor.

No se me ocurrió nada que decirle. No se me ocurrió recordarle que esta mujer sabe cosas de su cuerpo que los demás ignoran. Y lo sabe, lo sabemos, porque experimenta su cuerpo mes a mes desde hace décadas, porque su madre le enseñaría que tiene ovarios e intestinos y corazón y muchas más cosas.

Lo sabe – y, nuevamente, lo olvidamos a menudo- porque estamos hablando principalmente de su experiencia de enfermedad: de sus sensaciones, de sus logros, de sus miedos, del sentido que ella les da. Somos médicos y médicas no teóricos de la medicina o investigadoras. Su experiencia de enfermedad es el centro de nuestro quehacer más que de nuestras hipótesis y diagnósticos o de nuestras refinadas técnicas.

No, no se me ocurrió nada...de hecho pensé “Es verdad, ¿cómo lo sabe?”

Las actitudes y los valores, la estructura del conocimiento que utilizamos se aprende así, por contagio. Nadie, ni siquiera en ese momento, hubiese aceptado que no se le da valor al relato del paciente. Sobre el papel la anamnesis es la parte más valiosa del acto clínico, sobre el papel. Pero la realidad es dura de roer. Si el relato del paciente es tan importante, ¿por qué la historia clínica se encomienda a estudiantes o residentes jóvenes?

He necesitado tiempo para entender que, de hecho, no se trataba de contestar a nuestro neurólogo airado si no de comprender que la suya, era una pregunta *ilícita*.

“Cuida’l”, “Cuída-lo”: ¿a quién?, ¿a él?

Ya en la década de los noventa había terminado mi residencia de medicina de familia y, tras un pequeño periplo por algunos ambulatorios, obtenido una plaza en la sanidad pública en el CAP “La Pau” en Barcelona.

Yo seguía entendiéndome mal con mis pacientes mujeres. Consultaban mucho, hablaban de sí y hablaban de otros, hablaban mucho,... un engorro.

En ese mismo tiempo me interesé por la atención domiciliaria pues el barrio en el que trabajo envejecía. Seguro que en vuestras ciudades hay barrios como el mío que se construyeron para la emigración, entonces de procedencia estatal,

durante los años 60. Las viviendas se llenaron de hombres y mujeres jóvenes con criaturas. Treinta años después las criaturas ya no lo eran y los adultos envejecían.

Fue en ese contexto en el que empecé a ver a las pacientes de otro modo. Ver sus casas, verlas en sus casas, me abrió a una realidad distinta. Detrás de la polifrecuentación vi sufrimiento y carga, detrás de su supuesta infantilización del otro, tarea de cuidado.

Aun hoy, cuando voy con una estudiante o una residente recién llegada a un domicilio les pido que abran bien los ojos. Les recuerdo que acceder a una vivienda es un privilegio de intimidad que nos ofrecen los pacientes y es también un filón de semiología clínica de gran valor terapéutico. Quizás soy una pesada, sí, pero es mi manera de rendir un pequeño homenaje a las mujeres que me enseñaron, a las pacientes que me enseñaron.

El engorro inicial dio lugar a la admiración y me puse -en la medida de mis posibilidades y junto a otros y otras- a la tarea de visualizar esa labor de cuidado.

En la literatura médica aparecieron múltiples estudios relativos al cuidado de enfermos ancianos, los departamentos de salud incluyeron la palabra cuidado en su cartera de servicios. La medicina “descubrió” a las cuidadoras, y es que, ya se sabe..., las ciencias avanzan que es una barbaridad.

Una barbaridad, nunca mejor dicho, en la que yo estuve implicada. Porque la “ciencia habló” y dijo que quien cuidaba se podía definir en estos términos: mujer (esposas, hijas y nueras por este orden), pobre (pues el cuidado de los pacientes limita o imposibilita el trabajo fuera del hogar), enferma (pues la presencia de dolores osteoarticulares, y mal control de patología crónica era común), deprimida (hasta le 50% de las cuidadoras de pacientes demenciados se dijo están deprimidas) y aislada (pues la red social se resiente del trabajo absorbente del cuidado).

El modelo biomédico actúa así (y me temo que otras disciplinas también sufren estos escotomas cognitivos), centrándose en la carencia olvida la inmensa potencialidad de las criaturas vivas. Olvida el amor, las estrategias vitales para afrontar la complejidad, la capacidad de esfuerzo, olvida el cuidado en sí.

Y esto sería hasta comprensible, pues se trata de afrontar el dolor y la necesidad. Sería injusto olvidar que las mujeres que están al cuidado de otro

son mejor tratadas ahora que hace solo diez años, que no hay porque vivir una depresión sin ayuda y que la lumbalgia es una auténtica "enfermedad profesional" del cuidado.

Esto sería comprensible, digo, si no ocurriese que una vez definida la carencia ésta se vuelve la realidad entera, lo que la ciencia no ve -en esta ocasión, potencia femenina- sencillamente no existe o no tiene valor.

Y, claro está, la realidad así definida usa el masculino como genero universal. Los programas de atención a la persona que cuida se llamaron en múltiples ocasiones (en catalán) CUIDA'L, cuídale a ¡¡¡¡él!!!! La mujer ha desaparecido nuevamente de la escena.

Me costó darme cuenta de esto pero entonces yo ya os había conocido y había conocido mujeres del feminismo que habían de cambiar mi vida.

De nuevo se abrió la ventana de par en par

Acabábamos de cambiar de siglo y a mí se me abrió otra vez la ventana de par en par. Una paciente de unos 35 años me pidió la baja. Yo tenía grandes recelos con esa mujer pues su conducta me irritaba: venía a menudo, con sus dos hijas pequeñas que lo revolvían todo, solía llegar tarde, me pedía a menudo bajas por cuestiones banales... Yo sentina que no la entendía y tenía recelos. Así que le pedí que me aclarara el motivo de esa nueva baja.

Se lo pedí y me lo dio: tenía un plan de huida a una casa de acogida para esa misma tarde y la situación era de tantísimo peligro que no se atrevía a ir al trabajo por miedo a que su pareja la localizara.

Le di, claro, la baja y ahora les doy las gracias a esta mujer y sus niñas, que posteriormente se fueron a vivir a Andalucía para alejarse del agresor, pues atenderla hizo que la realidad se me abriese de par en par.

A partir de entonces, nos formamos (otras compañeras y yo), no sólo en la violencia contra la mujer por parte de su pareja, si no en la violencia que las estructuras de poder ejercen sobre hombres y mujeres, especialmente sobre las mujeres. Buscamos cómo la violencia estructural nos afectaba a todas en el proceso socializador y simbólico. La medicina –como todas las disciplinas- tenía en su génesis, en sus presupuestos, incorporada esa violencia. Tuve la gran suerte de encontrar en ese momento a las mujeres de Tamaia

Correspondería a otras más capaces que yo analizar esta servidumbre de la medicina. Yo me limito a deciros aquello que encontré en esos momentos:

Lo que encontré fue que el modelo epistemológico divide el mundo en “nosotros, los del saber” y “ellos, los de la ignorancia y la necesidad”. Un despotismo ilustrado del conocimiento. Si la otra es mujer la distancia -mi extrañamiento con las pacientes- es mucho mayor.

Y encontré también que la relación terapéutica -de la que se habla con gran solemnidad- se utiliza como un instrumento para la obtención de cosas: que el paciente modifique un hábito concreto, que venga más o menos a la consulta... Olvidando que la relación es la que fundamenta nuestro hacer.

Dolor y cansancio

Ahora me toca hablar de lo que me parece a mí que es el presente de las mujeres de Atención Primaria, mujeres de ambos lados de la mesa, pues ya no se pensarlos de manera distinta.

Pensar el presente es difícil, ya lo sabemos, porque está enganchado a la piel y parece más propio del sentir que del pensar. Pero voy a atreverme... Voy a atreverme a pensar en el dolor, el cansancio y el desánimo de las mujeres que atiendo y de las que me acompañan en ese camino.

Quiero, para ello, hablaros de una dificultad mía con la fibromialgia.

Con el diagnóstico de fibromialgia me pasa una cosa extraña: cuando me encuentro con una mujer que me pide si éste puede ser su problema, o bien que le han dicho que sí lo es y su solicitud es de información, como quiera que sea, yo me siento que caigo en una trampa de la que no sé salir. Un problema que no sé resolver, que me cuesta incluso formular porque es, creo, una trampa de sentido.

Como os decía antes a propósito de las “cuidadoras”, no se trata de poner en duda el dolor y el cansancio de estas mujeres, ni de la veracidad del diagnóstico, ni de los derechos de estas pacientes, ni de los de los distintos movimientos asociativos que defienden los derechos de las mujeres con este mal. No, no se trata de nada de todo esto. Es algo que va antes y a la vez va más allá.

Se trata de que cuando intentas clarificar el diagnóstico, la patología asociada y los tratamientos, hay algo que no me acaba de cuadrar. Hay algo tautológico y redundante en la definición de la fibromialgia.

Me parece como si, en el fondo, se tratara de decir que el dolor de las mujeres va unido a su cansancio y su tristeza. Que esta realidad ya tiene un nombre, una clasificación nosológica y un lugar de atención (que por cierto el Insitut Català de la Salut ha dicho que el lugar de atención es –¡como no!- la atención primaria de salud). Bien pues, yo tengo la sensación de trampa.

Y he de decir que las pacientes, en ocasiones, insisten en el diagnóstico, sí. Y es que lo que no tiene nombre, lo innombrable o es Dios o no es nada, y las pacientes lo saben e insisten. La cuestión sería: ¿qué pagamos a cambio de ser nombradas?, ¿en qué se convierte el dolor femenino etiquetado según la nosología clínica?, ¿en una mariposa pinchada en un corcho?

Quizás si en lugar de llamarle fibromialgia le llamásemos “sufrimiento femenino no entendido”, se haría más justicia, se colocaría en su sitio la pretensión científica y resultaría más cómodo y cuestionador.

No quería cansaros con mi dificultad, ni con la fibromialgia pero creo que la reflexión va más allá de la enfermedad misma, y el proceso clasificador, la comprensión sindrómica del malestar femenino y el proceso de patologización de la vida tiene esta trampa entre otras.

Os he dicho que quería hablaros de lo que sucedía en ambos lados de la mesa. Bien pues, el equivalente de la fibromialgia en mi lado de la mesa es el Burn-Out. Si el 57% de las mujeres médicas catalanas de AP presenta síntomas relacionados con él, este nombre está ocultando entonces una realidad mas flagrante e incomoda.

Quizás el modelo de atención primaria no está en crisis, como sostienen algunos políticos, pero las mujeres médicas si nos sentimos en una situación que es ya difícil, y que va a empeorar. Y nuestros cuerpos hablan de esa dificultad que es, ya lo vemos, la de muchas.

Hay que ayudar a las y los profesionales que están quemados, sí. Pero si de lo que se trata no es de alguna médica o algún médico aislado, si de lo que se trata es de un incendio, el problema debe contemplarse en relación a la estructura asistencial y sus características más que en cada una de las cerillas particulares.

Si en lugar de llamarle Burn-out les llamáramos “Las medicas dicen que así no se puede seguir” estaría más acorde al sentir de muchas de nosotras (y algunos de ellos también).

Las investigaciones sobre estos procesos -la fibromialgia, el burnt-out, deben preguntarse no sólo por los mecanismos fisiopatológicos o los modelos epidemiológicos, si no que deben buscar qué hay detrás de los nombres y de sus sombras. Si no la investigación es un fraude.

El nombre de algunas enfermedades constituye un verdadero proceso de ocultación. Cada sociedad tiene sus burkas, la nuestra también.