

# ANTROPOLOGÍA

## SABERES DE MUJERES. LA LEGITIMACION DEL CONOCIMIENTO MASCULINO

Assumpta Rigol Cuadra

Enfermera. Especialidad en Psiquiatría. Antropóloga  
Profesora Titular. Escuela d'Infermeria. Universitat de Barcelona



### FEMALE KNOWHOW. LEGITIMATION OF MALE KNOWLEDGE.

#### ABSTRACT

The assigning of devaluating categories towards certain professions related to caring, due to the reproduction of tasks traditionally carried out within domestic and private areas, has to do with the configuration of a masculine social order which needed a throughout history process of devaluating and silencing the contribution made by women, and the creation of arbitrary assumptions based on biology, in order to justify their exclusion.

The monopoly of the health field and its control by Medicine through the creation of Institutions entitled to legitimate and pass the knowledge on,

has permitted to leave certain healing practices out of Science, such as the ones carried out by nurses and midwives.

It is therefore necessary to rewrite history, to recall from oblivion those women and professions that made important contributions but do not appear in the official history and have been relegated from knowledge for control and power interests.

Given the Science is not neutral, it is necessary to point out the strategies used for the reproduction and survival of the assumptions on which the system of social classification is based.

**Key words:** medicalisation, healing practices, male domination, women biologisation.

#### RESUMEN

La asignación de unas categorías de desvalorización hacia profesiones relacionadas con el cuidar debido a la reproducción de tareas tradicionalmente desarrolladas en el ámbito privado y doméstico, tiene que ver con la configuración de un orden social masculino, que ha necesitado de un proceso de deslegitimización y silenciamiento a lo largo de la historia de las aportaciones realizadas por las mujeres y que ha necesitado configurar unos supuestos arbitrarios basados en la biología, para justificar su exclusión.

La monopolización del mercado sanitario y su control por la medicina a través de la creación de instituciones con capacidad para legitimar los saberes y transmitirlos, ha permitido dejar fuera del conocimiento científico ciertas prácticas de curación, como las de las enfermeras y comadronas.

Se hace por tanto necesario rescribir la historia para recuperar del olvido mujeres y profesiones

que a pesar de haber hecho contribuciones destacables, no aparecen en la historia oficial y que han estado relegadas del conocimiento debido a intereses de poder y control.

Dado que la ciencia no es neutral, es necesario visibilizar las estrategias que utiliza para la reproducción y supervivencia de los supuestos en que se apoya el sistema de clasificación social.

**Palabras clave:** medicalización, prácticas sanadoras, dominación masculina, biologización de las mujeres.

*“La eficacia de la propuesta pedagógica se apoya en su legitimidad y esta se obtiene dejando fuera del campo de análisis el contexto social (...)” D. Juliano*

## INTRODUCCIÓN

La configuración de un orden masculino en la sociedad, abarca a todas las estructuras sociales y por tanto a las profesiones en que la población femenina es mayoritaria. Generalmente estas se caracterizan por tener una asignación de categoría mas baja y una desvalorización social, debido a que la mayoría de estas profesiones reproducen tareas femeninas que tradicionalmente se habían desarrollado en el ámbito privado y doméstico, como es el caso de la enfermería. Las consecuencias de esta adscripción arbitraria se proyecta tanto en lo económico, como en lo social y en lo político, con una discriminación de género debido a los prejuicios ocasionados en función de la actividad laboral.

En el caso de las actividades sanitarias, la supervivencia y reproducción de unos conocimientos en detrimento de otros, como el saber médico, ha precisado y precisa para su legitimización, no cuestionarse los supuestos en los que se asienta, por lo que necesita de estrategias de invisibilización y justificación científica. Prueba de ello, es que en los discursos sobre la ciencia y en concreto en relación a la medicina, existe una invisibilidad de las mujeres y de profesiones como la enfermería. La consideración del papel que han tenido en el desarrollo de saberes respecto a la salud y la enfermedad, necesita que se rescriba la historia para recuperar del olvido mujeres y/o profesiones típicamente femeninas que, pese a haber hecho contri-

buciones destacables, han sido silenciadas por la historia oficial y relegadas del ámbito del conocimiento, a través de estrategias deslegitimadoras que respondían a intereses de poder y control.

La medicalización y patologización del cuerpo femenino y de los procesos naturales que afectan a las mujeres, como el parto, la menstruación, la menopausia, etc., tal como las conocemos hoy en la sociedad occidental, son arbitrarios culturales, que responden a unas estrategias de control sobre el mundo y se basan en unos conocimientos legitimados, a través de una violencia real y/o simbólica ejercida contra las mujeres.

La hegemonía de la cultura médica occidental, se asienta en unas relaciones asimétricas de poder, tanto en lo relativo a su cuerpo de conocimientos, como a las profesiones sanitarias que intervienen en el proceso de cuidar y a los sujetos receptores de estos cuidados.

El arbitrario cultural que supone el cuerpo de conocimientos médicos, ha necesitado apoyarse en criterios de biologización de las mujeres, asignándoles una naturalidad culturalmente determinada, que ha permitido justificar la asignación de tareas que las relacionaran mejor con la naturaleza, y decidir en base a ello, la normalidad o anormalidad de sus conductas y establecer así unas relaciones de dominación justificadas a partir del conocimiento legitimado científicamente, verdad “objetiva” y por tanto incuestionable, como si la racionalidad científica no tuviera un claro sesgo de género, reflejando primariamente una manera masculina de mirar y entender el mundo.

La historia de la medicina ha proyectado por tanto una imagen universal de las profesiones sanitarias, totalmente androcéntrica (Cabré. M; Ortiz, T 2001) que le ha permitido el control efectivo del mundo, desde una función instrumental e ideológica, separando la medicina del resto de actividades sanadoras, dejándolas fuera del conocimiento científico, a tenor de considerar a las mujeres como sujetos pasivos del quehacer médico.

Una de las estrategias utilizadas para legitimar su saber, ha sido la invisibilidad de las aportaciones de las mujeres a la salud, sus prácticas y sus saberes, para ello ha necesitado marcar la línea divisoria entre lo que es profesional y lo que no, es decir lo que es científico, incuestionable y lo que

es superchería, relacionado con el saber de las mujeres, construyendo un saber “objetivo” desde una perspectiva ideológica de dominación y control.

Instrumento principal para ello, fue la creación e institucionalización de las escuelas de medicina y de los hospitales, como elemento de transmisión y reproducción del conocimiento y de un orden social masculino. Las escuelas de medicina legitimaron los discursos médicos, convirtiéndolos en una fuerza de control, marcando diferencias de clase o género y legitimando a través del simbolismo de los títulos unos conocimientos y sancionando otros.

### EL SABER DE LAS MUJERES

Las prácticas de sanación, de atención a los enfermos y a la salud de las mujeres dentro y fuera del ámbito doméstico fue practicada de forma informal por mujeres curanderas (enfermeras), comadronas o monjas en los conventos hasta la institucionalización de la medicina a partir del siglo XIII, siendo reconocidas en sus comunidades cuando el sistema institucional era aun débil.

La asistencia a las mujeres en el parto, era una actividad realizada exclusivamente por mujeres, llamadas comunmente comadres, madrina o mujer (C. Montserrat, Ortiz, T 2001), convirtiéndose mas tarde en una práctica médica ejercida principalmente por los hombres, que buscaron ocupar su espacio a través de distintas estrategias, como el uso de instrumentos como el fórceps y con intereses diversos (Donnison, 1977; Ehrenreich y English, 1976).

El conocimiento que poseían estas mujeres, sanadoras médicas o comadronas, era amplio y diverso. En general basado en la experiencia y la observación, era aprendido de manera informal, como desarrollo de sus roles tradicionales de sanadoras en el ámbito doméstico a través de los conocimientos transmitidos de madres a hijas o por otras mujeres (Klaimont Lingo, A 2001). Existe por tanto una diferencia respecto a los conocimientos transmitidos por la institución médica, ya que las mujeres transmitían prácticas culturales habituales, sin necesidad de discursos explícitos, de manera informal, a través de las estrategias de la convivencia.

También las formas de relación que establecían con las personas a las que atienden, no se caracterizaban por el uso del poder que ejercerá la medicina. Sino por el uso de la autoridad, entendida esta “como la capacidad de acuerdos que revalúan, potencia de relación (...) que se impone por la necesidad de la mediación” (Murano, I-1994). Concepto mas humanista y cercano al modelo de relación enfermera-paciente, en el que se basa en la actualidad la enfermería.

Estas mujeres en la alta edad media, eran sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina, y su represión marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina, dejando sin asistencia a una parte importante de la población, ya que a partir de la baja edad media la situación de la mujer se deteriora apareciendo un pensamiento misógino y ligado a la iglesia.

### LA MARGINALIZACIÓN DEL SABER FEMENINO. ESTRATEGIAS DE EXCLUSIÓN

Las actividades de sanación cambian y pasan a manos masculinas en la edad media, a través del discurso legitimado de la iglesia, con el Papa Nicolas II y la publicación del *Malleus Malleficarum* en 1484, guía utilizada por los inquisidores para llevar a cabo la caza de brujas.

Entre las acusaciones a las mujeres que realizan prácticas de curación, destacan la de brujas y de “ayudar y sanar al prójimo” (Ehrenreich-Deirdre English 1984), pero sobre todo se acusa a las comadronas “nadie causa mayor daño a la iglesia católica que las comadronas” escriben los inquisidores Kramer y Sprenger” (Ehrenreich-Deirdre English, 1984).

Para la Iglesia y el Estado las “brujas” representaban una amenaza política, religiosa y sexual, Dos de las teorías más conocidas sobre la caza de las brujas son esencialmente interpretaciones médicas que atribuyen esta locura a una inexplicable explosión de la histeria colectiva. Una versión sostiene que los campesinos enloquecieron y presenta la caza de brujas como una epidemia de odio y pánico colectivo. La otra interpretación psiquiátrica afirma que las locas eran las brujas. Pero en realidad la caza de brujas fueron campañas organi-

zadas, iniciadas, financiadas y ejecutadas por la Iglesia y el Estado.

En la persecución de las brujas confluyen la misoginia, el antiempirismo y la sexofobia de la Iglesia (“una mujer por el solo hecho de pensar ya peca” Nicolas II. “Malleus Malleficarum”). con un claro objetivo de poder y control sobre la población.

Desde sus inicios en Alemania hasta su introducción en Inglaterra, el periodo de la caza de brujas abarcó más de cuatro siglos (XIV-XVII), desde el feudalismo hasta bien entrada la edad de la razón.

A finales del siglo XIV, la campaña de los médicos profesionales contra las sanadoras urbanas instruidas había conseguido su propósito en Europa: los médicos varones habían conquistado un absoluto monopolio sobre la práctica de la medicina entre las clases altas, a excepción de la obstetricia, que seguía siendo labor de las comadronas. Así fue como se creó una alianza entre la Iglesia, el Estado y los médicos en contra de "las brujas", es decir, las sanadoras.

La implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria facilitó que la práctica de las mujeres fuera excluida legalmente, ya que el acceso a las universidades estaba vetado a las mujeres.

La monopolización del mercado sanitario y su control por parte de la medicina universitaria se asienta sobre la base del peligro que supondría la actividad sanitaria no regulada. Se acompaña de la creación de instituciones que tuvieran la capacidad de legitimar o sancionar los saberes legítimos y de transmitirlos (Cabre, M Salmón F, 2001) S. La universidad de medicina europea basa los estudios en una configuración, a partir del pensamiento escolástico que articula un discurso misógino de la diferencias sexual, excluye a las mujeres del acceso a estas instituciones y elabora un marco teórico que permite naturalizar esta exclusión y decidir quienes pueden ejercer la curación.

De las primeras formas de conducta que sujetan a normas es el lenguaje a utilizar, por lo que imponen el lenguaje de la burguesía en ascenso que también está ganando control sobre las herramientas de producción “el lenguaje sirve para separar a los médicos del lenguaje profano, que cualquiera puede tener” (I. Illich, 1975) y por tanto excluye a

las mujeres, que utilizan el lenguaje popular (como Hildegarda de Bingen o Jacoba Felicié).

Es por ello, que el arbitrario cultural del discurso médico, se proyecta en la definición de la naturaleza femenina, desde unas supuestas características biológicas como frágil, emotiva, dependiente, sexualmente pasiva y con necesidad de protección masculina y destinada a la procreación .

No tan solo crea unas diferencias sino que le otorga una jerarquía considerando inferior lo femenino, desde una perspectiva científicas y por tanto incuestionable ya que “la ciencia es reflejo de una construcción del mundo que se expresa y se piensa en términos de dominio, control, etc.” (Sánchez, A. 1993).

## LA TOLERANCIA HACIA LAS PRÁCTICAS SANADORAS DE LAS MUJERES

La estrategia de invisibilizar a las mujeres, pasa por apartarlas del ámbito público y por tanto han dejado menos documentación escrita, a pesar de que ejercieron tanto de sanadoras, comadronas, medicas, cirujanas o barberas y desarrollaron tareas idénticas (son silenciadas excepto cuando se enfrentaron a batallas legales como Jacoba Felicié) (Cabré, M; Salmón, F 2001).

No constan como profesionales sanitarios en los documentos oficiales a pesar de que en el S. XVI precisan a las mujeres en los hospitales, debido a las pestes, a la pobreza, la sífilis, y por tanto ejercen de médicos, sanadoras o comadronas, colaborando con cirujanos y barberos, pero al no pertenecer al sistema gremial, ni poseer identidad profesional, su incapacidad jurídica hace que no aparezcan en la historia o en los archivos de los hospitales.

En el S. XVIII se empieza a utilizar el nombre de matrona, para denominar a las mujeres legalmente reconocidas, para distinguirlas de las partaras sin cualificación (M. Cabre, 2001) y su reconocimiento viene mediado por médicos y cirujanos, que a mas a mas de legitimar su práctica, competían con ellas en un espacio aun no suficientemente delimitado.

## CONCLUSIÓN

Desde comienzos del siglo XIX hasta la actualidad asistimos a un proceso de medicalización y

patologización del cuerpo femenino con la creación de la obstetricia como especialidad y con un aumento de la dependencia médica. Cuidados que antes se practicaban entre mujeres, han pasado a depender de la industria médica, creando personas dependientes. El aumento de enfermedades “femeninas”, interpretadas como derivadas de su propia fisiología (síndrome premenstrual, depresión post-parto, histeria, entre otras) supone cada vez una mayor etiquetación de problemas que seguramente se derivan de la posición en la estructura social, de las cargas de trabajo invisibles, del “techo de cristal” al que están sometidas, pero que al ser formuladas desde lo “científico” impiden una interpretación distinta.

En la actualidad el cuerpo médico detenta el poder de definir la salud y determinar que métodos de asistencia merecen. “La gente de las sociedades modernas cree que depende de la industria médica pero no sabe con que finalidad” (Illich, I; 1975) .

El saber médico estructurado en una jerarquía social ha legitimado en el nuevo orden mundial aquello que se debe saber y quien es el encargado de saberlo y de transmitirlo. Las mujeres han aceptado como propio, arbitrarios culturales sobre ellas, impuestos a través de una violencia tanto real como simbólica, aunque vayan en su contra, dejando en manos ajenas su propio cuidado, ya que “toda clase de dependencia se convierte en obstáculo para la asistencia autónoma mutua” ( Illich, I;1975).

El proceso de profesionalización de enfermeras y matronas ha corrido parejo a las concepciones sociales sobre género y poder (Rhodes, M; 2001) y por tanto no han sido consideradas profesionales, por no poseer el control de sus propios programas de formación ni de las normativas que regulaban su actividad laboral. La formación legitimada de comadronas y enfermeras, impartida por los médicos cumplía una doble función, “llevar la regeneración moral y brindar a los médicos personal auxiliar “suficientemente formado en la lógica y el lenguaje médico” (Canals, J , 1992).

La asunción de la propia formación y el desarrollo de marcos de referencia propios por parte de las enfermeras, supone un primer paso en el desarrollo de la propia autonomía, pero también un mecanismo de supervivencia del sistema médico,

que precisa apoyarse en una estructura de cuidados que le legitime, ya que a través de la aceptación de un rol dentro de la estructura médica, contribuyen a la consolidación de este poder. Se acepta a partir de lo arbitrario, un modelo social jerarquizado con una explicación de este modelo social, “diríase elaborado para ordenarla” (Bonilla, A-1993) Y tal como dice Amparo Bonilla, “El sistema imaginario de clasificación social, en tanto en cuanto pensamiento vinculado al ejercicio de poder, opera como pensamiento (...) que se materializa mediante la ordenación coercitiva de las relaciones sociales y de la persuasión de que tales relaciones no pueden ser sino tal como quedaron formuladas en tal sistema por tanto la disuasión de que pueda actuarse de otra forma (Bonilla, A.1997).

Lo que parecería una aceptación de autonomía de la enfermería a partir de la consecución de títulos propios, no supone más que otro mecanismo más de reproducción del propio sistema, como forma de promoción simbólica de acceso al poder, ya que “la mejor dominación, la más eficiente es la que se apoya en miembros del propio grupo subyugado”.

Podemos pues afirmar que la ciencia no es neutral y por tanto las investigaciones y los conocimientos científicos, han subordinado la experiencia a los del varón y las mujeres no han figurado como agentes de cambio histórico, por lo que es preciso cuestionar y reelaborar tanto el propio conocimiento como el objeto y sujeto de estudio y los modelos de investigación que se utilizan. Tal como dice Bordieu: “Es preciso reconstruir la historia del trabajo histórico de deshistorización o, si se prefiere la historia de la (re)creación continuada de las estructuras objetivas y subjetivas de la dominación masculina que se está realizando permanentemente, desde que existen hombres y mujeres, y a través de la cual el orden masculino se va reproduciendo de época en época”.

## BIBLIOGRAFÍA

- BEL, A. (2000) La historia de las mujeres desde los textos. Ariel, Practicum Barcelona
- BORDIEU, P. (2000) La dominación masculina. Anagrama, Barcelona.
- CABRÉ, M; ORTIZ, T. (2001) Sanadoras, matronas y médicas en Europa. S.XII-XX. Icaria , Barcelona.

- CANALS, J. (1992) La imagen femenina de la enfermería. Condiciones socioculturales de la profesión del cuidar. Revista Rol de Enfermería. Año XV, n° 172, 29-33.

- CAMPILLO, N. BARBERÀ, E. (1993) Reflexión multidisciplinar sobre la discriminación sexual. Nau Llibres, Valencia.

- CASTELLANOS, G. (1998) Genere, poder i postmodernitat. Vers un feminisme de la solidaritat (2) (I) Via fora, n° 50, vol. VI.

- COLLIÈRE, MF. (1999) Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Revista Rol de Enfermería 22 (1): 28.

- DURAN, M.A. ; SERRA, L; TORADA, R.( 2001) Mujer y Trabajo. Problemática actual. Alemania. Valencia.

- EHRENREICH, B; DEIRDRE, E (1981) Brujas, comadronas y enfermeras Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos política sexual de la enfermedad

- La sal, Barcelona 1973 traducción

- ILLICH, I (1975) Némesis médica. La expropiación de la salud. Barral, Barcelona

- JULIANO, D. (2002) El juego de las astucias Mujer y construcción de modelos sociales alternativos Horas y Horas, Madrid.

- JULIANO, D. (1999) La educación intercultural, Eudema, Barcelona.

- JULIANO, D. (1995) Marginados y marginadores. Pp-15 a 33 XVI Sesiones de trabajo de la asociación española de enfermería docente 11.12.13 Grafibalme 1995 NTE los problemas de marginación las enfermas responden. Diciembre 11 13.

- KNIBIEHLER, Y. (2001) Historia de las madres y la maternidad en Occidente Nueva Visión, Buenos Aires.

- SANZ BUENAVENTURA, M. (1988) Sobre mujer y salud mental. La Sal, Barcelona .

- MURANO, L. (1994) El orden simbólico de la madre. Horas y horas. Madrid.

- RIVERA, M. (1997) El fraude de la igualdad. Planeta, Barcelona.

