

UNA MIRADA DESDE EL ESPEJO: CONSECUENCIAS DEL ABORDAJE BIOMÉDICO DE LAS MUJERES

Elena Gismero González
Departamento de Psicología
Universidad Pontificia Comillas
Madrid

We review how women had been considered from the medical field: how has been dealt with their bodies from research, treatment of common problems with men, the medicalisation of their reproductive life cycle and their mood anger, and even their physical appearance. This peculiar gaze on women has consequences not only on their health, but also on how they see and understand themselves.

Keywords: women, health, gender biases, medicalization

El objetivo de la presente reflexión es el análisis del modo en que ciertas prácticas médicas y actitudes de los profesionales sanitarios pueden afectar la salud y la vivencia corporal de las mujeres. Trataremos de aportar algunos puntos de reflexión para el lector, moviéndonos entre las polaridades paradójicas que deben sortear las mujeres en el mundo occidental: desde el desconocimiento médico de sus procesos de enfermar a la hipermedicalización de sus procesos reproductivos y estados anímicos; desde su invisibilidad para la investigación biomédica a su posición como objetivos de mercado farmacéutico y médico-estético. Tras considerar estas cuestiones, se abren preguntas relativas a cómo ese peculiar tratamiento de la mujer, sus necesidades y formas de enfermar, e incluso la valoración médica de su estética corporal, pueden influir en la vivencia de su cuerpo y de su propia historia personal.

La invisibilidad. Las mujeres, esas desconocidas.

La calidad de la atención sanitaria que reciben las mujeres está condicionada por el desconocimiento científico sobre la historia natural de ciertas enfermedades, distinta a la de los hombres, y por diferentes tipos de enfermedades respecto a las padecidas por hombres. Como resultado, necesitan prevención, tratamiento y atención diferenciados (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Aunque las causas de muerte principales son las mismas para ambos sexos en los países desarrollados (excepto el cáncer del sistema reproductivo y de mamas en mujeres), las mujeres no han sido representadas en la investigación médica: se ha utilizado sistemáticamente a los hombres como prototipo de la población, y se han generalizado las conclusiones a las mujeres, como si su historia natural y social y sus respuestas a las enfermedades y los tratamientos pudieran ser iguales.

Hay por tanto un sesgo androcéntrico a la hora de explicar y tratar la enfermedad, un sesgo médico enmarcado en una tendencia general a considerar al hombre como la norma en todos los terrenos, incluida la salud. Un simple ejemplo: en medicina, los estudiantes estudian anatomía y fisiología, y separadamente, anatomía y fisiología femenina. El cuerpo masculino es anatomía propiamente; el femenino, algo diferente (Lawrence y Bendixen, 1992).

La investigación clínica (ensayos clínicos) ha tenido como objeto de estudio preferente —y en ocasiones exclusivo— a los hombres. La mayoría de los procesos (excepto los ginecológicos y obstétricos) se han investigado en los hombres, aplicándose después las conclusiones en la práctica clínica a las mujeres. Se asume que los factores de riesgo y los protectores para la salud son los mismos en varones y mujeres, cuando esto no es así. No todos los métodos de diagnóstico, prevención e intervención se pueden extrapolar, y hacerlo comporta invisibilizar la morbilidad y mortalidad experimental.

Hasta principios de los años 90 no se comenzó a debatir en la literatura científica sobre la exclusión sistemática de las mujeres en los ensayos clínicos. Un ejemplo muy citado es el estudio financiado por el Instituto Nacional de Salud de USA que evaluaba si tomar una aspirina diaria podía ayudar a prevenir el ataque cardíaco (Physicians' Health Study Group, 1989). En este estudio participaron 22.071 personas, *todas hombres*. Y a pesar de no haberse investigado en mujeres, los resultados se consideraron aplicables tanto a hombres como a mujeres. La tendencia histórica a realizar ensayos con hombres como muestras de estudio y la extrapolación automática de los resultados a mujeres parten de la presunción errónea de igualdad entre ambos.

Con el argumento de prevenir el riesgo potencial de daño fetal se ha podido dañar a las mujeres más que protegerlas. La Food and Drug Administration (FDA) en 1977 excluía explícitamente a las mujeres en edad fértil de los ensayos. En 1993 rescindió esta prohibición, editando una guía para el estudio y evaluación de las diferencias según el sexo, y recomendando la inclusión de mujeres en un número

adecuado en todas las fases, para poder detectar diferencias clínicamente significativas. El Instituto Nacional de Salud (NHI) de Estados Unidos también recomienda en 1994 la inclusión de mujeres y minorías en la investigación. Sin embargo, ha habido pocos cambios desde entonces. Mujeres de todo el mundo siguen sufriendo los efectos de la comercialización de fármacos que no contaron con estas recomendaciones.

Para excluir a las mujeres de la investigación se argumenta que es más difícil incorporarlas a los ensayos, que abandonan más en el seguimiento, o que hay efectos confusos por los cambios hormonales y la interacción con otros tratamientos (como terapia hormonal sustitutiva o anticonceptivos). Pero precisamente estas son razones para su inclusión, ya que para prescribir un fármaco hay que saber si la respuesta al tratamiento varía según la fase menstrual, si es antes o después de la menopausia, si las terapias hormonales afectan la respuesta, si el fármaco puede influir en su fertilidad, y si ambos sexos responden diferente al mismo tratamiento. Todo ello coincide con los fines de la Ley del Medicamento Española de 1990. Otro argumento adicional para cuestionar la validez de la extrapolación de los resultados de los ensayos realizados con hombres es el hecho de que las mujeres sufren más efectos adversos que los hombres, incluso bajo el control de dosis y número de fármacos prescritos (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Además, muy pocas investigaciones tienen en cuenta indicadores de riesgo para la salud de las mujeres, de tipo *biológico* –tales como los efectos de la terapia hormonal– o de tipo *sociológico*, como las implicaciones de las condiciones de vida, en particular la violencia; la sobrecarga de trabajo y responsabilidades, su papel de cuidadoras; el estrés en la enfermedad, etc. Ello explica que haya un mayor porcentaje de mujeres que de varones agrupadas bajo el diagnóstico “síntomas y signos no específicos” (Martínez Benloch, 2004).

Es necesario conocer qué sucede en el cuerpo de la mujer; de hecho, cuando se ha empezado a investigar específicamente en mujeres se van haciendo evidentes las diferencias: distintos efectos de un mismo producto (como la aspirina, una vez estudiada en mujeres), distintos riesgos (p.e. los antiarrítmicos cardíacos y los fármacos contra el colesterol tienen más efectos secundarios en mujeres; los antirretrovirales, los antipsicóticos, e incluso los antibióticos, añaden hormonas para que se distribuyan mejor por el organismo, y esto puede tener otros efectos adversos en las mujeres), necesidad de dosis diferentes, etc.

Existe todavía un gran desconocimiento, por falta de investigación y de información, sobre las enfermedades que padecen las mujeres, sus causas y el modo de prevenirlas. De hecho, el estamento médico no se había dado cuenta de que *existían diferencias en el modo de enfermar* de hombres y mujeres, que *los métodos de diagnóstico* podrían ser diferentes o que *las terapias y los fármacos actuarían de manera diferente* en las mujeres y en los hombres (Valls, 2006).

Ese desconocimiento se intensifica en el caso de enfermedades que afectan

fundamentalmente a las mujeres: por ejemplo, hasta la pasada década no se ha investigado seriamente sobre la prevalencia de las infecciones del tracto reproductivo, o la prevalencia y las consecuencias en la salud de la violencia doméstica (García-Moreno, 2002). La falta de investigación es también obvia en áreas relacionadas con la menstruación y con enfermedades crónicas que afectan desproporcionadamente a mujeres, tales como reumatismo, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica.

Algunas consecuencias

La invisibilidad de la mujer en las investigaciones clínicas ha generado un desconocimiento sobre sus formas de enfermar, y por tanto una actuación terapéutica ciega en ocasiones a sus necesidades, y a menudo iatrogénica. Ello comporta consecuencias directas, tales como una peor atención en problemas comunes –que no se identifican ni diagnostican adecuadamente–, o como la atribución de determinados problemas al ámbito psicológico o psicosomático, con la consiguiente prescripción de psicofármacos.

Sesgos de género en problemas comunes entre hombres y mujeres

El esfuerzo terapéutico depende del esfuerzo diagnóstico; si no se diagnostica o no se realizan las pruebas oportunas, como mucho se tratarán los síntomas o se sobreprescribirán fármacos psicotrópicos. De hecho, hay datos que sugieren un sesgo androcéntrico a atribuir síntomas de enfermedades en mujeres a causas emocionales más que a causas físicas (Benrud y Reddy, 1998). Ya en 1981 Bernstein y sus colaboradores demostraron que el 25% de las demandas de las mujeres en atención primaria se atribuían, de entrada, a problemas psicosomáticos, frente a un 9% de las quejas de los hombres (Valls, 2006). La ciencia médica ha estudiado mejor las enfermedades agudas, predominantes entre los hombres, que las crónicas, como las causas del dolor crónico, de predominio femenino. Esta falta de conocimiento ha impedido la elaboración de protocolos de diagnóstico diferencial exhaustivo, que tengan en cuenta las más de cien enfermedades que pueden producir dolor.

Además de desconocerse muchos de los procesos de enfermar que afectan a las mujeres, el tratamiento de ciertos problemas comunes se ve resentido por su ausencia como sujetos de investigación. Por ejemplo, aunque las mujeres tengan un riesgo mayor de desarrollar ciertos problemas, como la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), se sigue diagnosticando más en hombres. Es posible que los médicos creen que son trastornos más frecuentes en los hombres, por existir históricamente una mayor incidencia, o mayor prevalencia del hábito de fumar en ellos. Tales creencias podrían llevar a subestimar el riesgo de estos trastornos en mujeres, y en consecuencia, a efectuarles menos pruebas diagnósticas. Pero un diagnóstico sesgado contribuiría a una estimación incorrecta de la prevalencia, lo que, en un círculo vicioso, llevaría a un desigual tratamiento de ambos sexos. Los

datos epidemiológicos que comparan por sexos la prevalencia y severidad de este tipo de enfermedad dependen del adecuado diagnóstico médico, que algunos estudios han cuestionado. Un estudio español, en el contexto de atención primaria, con 512 mujeres y 318 hombres, puso de manifiesto que aun cuando ambos consultan por los mismos síntomas respiratorios, *las mujeres recibían menos pruebas diagnósticas* (entre otras cosas, no se les preguntaba si fumaban; se les practicaban menos espirometrías, importantes para diagnosticar una EPOC) y acababan en un número considerablemente mayor que los hombres *sin un diagnóstico definido* (Ruiz-Cantero, Ronda y Álvarez-Dardet, 2007).

En los ataques cardíacos, una causa importante de muerte en ambos sexos, hay evidencias de un trato diferencial en función del sexo en la forma de cumplimentar los protocolos y administrar los tratamientos, y a la hora de considerar si es conveniente intervenir quirúrgicamente. Las mujeres tardan una hora más en ir a urgencias tras la aparición de los síntomas; durante el ingreso hospitalario, presentan más episodios de edema agudo de pulmón y shock cardiogénico, entre otras diferencias. Sin embargo, a las mujeres ingresadas se les practican menos exámenes y pruebas diagnósticas y exploratorias, y menos técnicas de tratamiento (ver, p.e. Arbera y otros, 2006, Vaccarino, 2006, o Valls, 2006). Se ha constatado que a las mujeres el infarto agudo de miocardio se les diagnostica más tarde, se les ingresa con menor frecuencia y más gravedad, y esto eleva sus tasas de mortalidad post-infarto. Según el estudio español RESCATE, el primer infarto de miocardio en las mujeres es más grave y letal que en los hombres: tras un primer infarto, mueren el 63% de mujeres frente al 33% de hombres (Valls, 2006).

La falta de investigación sobre el modo de manifestarse las enfermedades en las mujeres conduce a sesgos que impiden valorar las diferencias en su sintomatología. Muchos estudios ponen de manifiesto que, aunque la enfermedad coronaria es la segunda causa de muerte en mujeres, con frecuencia no se detecta, ya que los factores de riesgo son distintos a los de los varones, cambian a lo largo del curso vital y cursan con distinta sintomatología. Más aún, cuando un hombre y una mujer presentan los mismos síntomas cardíacos, es más probable que los médicos atribuyan los síntomas de la mujer a otras causas psiquiátricas o no relacionadas con el trastorno (Benrud y Reddy, 1998). Y si un mismo problema se atribuye a factores biológicos o emocionales, en vez de a factores controlables –más modificables–, hay implicaciones evidentes, como poner menos énfasis en la prevención, o realizar menos pruebas diagnósticas y por tanto no prescribir el tratamiento correcto, además de generar en las mujeres (en este caso) una *menor percepción de control* de su problema y de sus hábitos de vida relacionados con él.

En definitiva, si se quiere asegurar el acceso a un tratamiento sin sesgos, no sólo se necesita más investigación sobre las condiciones de salud y enfermedad específicas de las mujeres, sino también sobre los problemas que afectan tanto a hombres como a mujeres. Deben revisarse las guías de tratamiento para que sean

sensibles a recoger las diferencias en el grado y naturaleza de los síntomas entre ambos sexos, como las que se han demostrado, por ejemplo, en la tuberculosis (Thorson y otros, 2007), el VIH (Bates y otros, 2004), o la enfermedad cardiovascular (Huxley, 2007). Tener en consideración estas diferencias es esencial para asegurar un tratamiento eficaz.

2.2. Hospitalización

Un indicador de sesgo de género sobre el que hay más información es la *mayor utilización del hospital por los hombres*. Exceptuando por causa de partos y embarazos, *los hombres son hospitalizados con más frecuencia, en todas las edades y para la mayoría de los grupos diagnósticos*. En cualquier grupo de edad, las mujeres acuden más al médico y se automedican más (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado informan que, atendiendo al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), en 1999 se trató a más hombres que mujeres en hospitales españoles por problemas de aparato circulatorio, riñón y vías urinarias y aparato digestivo, mientras que el mayor porcentaje de mujeres se dio por problemas de obesidad y de cadera (datos del Ministerio de Sanidad y Consumo). Esto conlleva una desigual distribución de costes en el sistema sanitario. Hay más trasplantes de riñón, hígado y corazón en hombres. Sin embargo, aparece un dato curioso: aunque la proporción de obesidad entre hombres y mujeres es similar, las operaciones de cirugía bariátrica son del 84% en mujeres frente al 15% en hombres, siendo el coste de procedimientos quirúrgicos en mujeres alrededor de 5,54 veces mayor (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). Este es un claro caso de desigualdad. La sociedad rechaza más la obesidad femenina, algo que puede apreciarse con facilidad si se observa la mayor presión hacia las mujeres del mercado de la belleza, la cirugía estética, la presión social reforzada por los modelos mediáticos y el énfasis en la importancia de la delgadez. Ante todo esto, es cierto que las mujeres han llegado a estar mucho más insatisfechas con sus cuerpos que los hombres, mucho más preocupadas por su peso y su figura, pero cuando se operan lo hacen con el consentimiento médico. ¿Es entonces la obesidad mórbida un problema de salud o de estética? Parece que depende del sexo del paciente.

Diferencias de género en prescripción y consumo de psicofármacos.

A las mujeres se les prescribe y consumen más fármacos psicotrópicos. Esto puede reflejar una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en ellas, o que al consultar y expresar más su malestar induzcan más la prescripción. Pero también es posible que los médicos atribuyan con mayor facilidad sus síntomas a factores psicológicos, o tiendan a recetarles a ellas más fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad.

Hay estudios que muestran que, *ante similar diagnóstico y número de*

consultas, a la mujer se le prescriben más psicofármacos, lo cual lleva a pensar en errores diagnósticos o sesgos de género en el diagnóstico (Gil y otros, 2005; Romo y otros, 2003; Vega y otros, 2004). Hay evidencia de la prescripción de altas dosis de tranquilizantes (ansiolíticos) como práctica habitual, incluso sin haber realizado ninguna exploración previa (Ashton, 1991, en Martínez Belloch, 2004).

El análisis de los motivos de consulta de las mujeres en atención primaria revela que el más frecuente es el *dolor* en alguna parte del cuerpo o en todo el cuerpo, seguido del *cansancio*, y el tercero es la ansiedad o depresión, diagnosticados como un problema de salud mental ante unos síntomas no definidos. Precisamente los estudios realizados en atención primaria reflejan que las mujeres son las que presentan la mayoría de síntomas sin diagnóstico (Valls, 2006). Enfermedades y carencias metabólicas más frecuentes en las mujeres, como anemias, ferropenias, carencias subclínicas de vitamina D y calcio, enfermedades autoinmunes o endocrinopatías, que producen dolor y cansancio, no se diagnostican ni se tratan correctamente. Al no haberse investigado las causas diferenciales y específicas del malestar en las mujeres, se promueve que se diagnostique erróneamente, etiquetando con rapidez determinados síntomas como problemas psicológicos, sin analizar detenidamente la existencia de patologías clínicas o subclínicas que pueden ocasionar la misma sintomatología.

Hay que tener en cuenta que, tanto los síntomas psicológicos, los trastornos mentales, los rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento como las conductas desadaptativas y las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés pueden contribuir al desarrollo de dolencias físicas; pero además, determinados niveles de pobreza y la violencia contra las mujeres también inciden de modo significativo en la génesis de la enfermedad (Heise, 1994, en Martínez Belloch, 2004).

Muchas investigaciones constatan que los componentes de inferioridad social –desamparo legal o económico, dependencia emocional, autoestima devaluada, obediencia, dulzura y complacencia– contribuyen a anidar síntomas depresivos (Beck, 1972; Dio Bleichmar, 1991; Mingote, 2000; Seligman, 1975, citados en Martínez Belloch, 2004). El estrés familiar derivado de los problemas en el matrimonio tiene efectos más negativos en la salud de las mujeres que en la de los varones (a ellos les afecta más la ruptura familiar y el estrés socio-laboral). Diversos estudios confirman que la mayor morbilidad de las mujeres se asocia a demandas vinculadas al rol de cuidadora y al afrontamiento de la enfermedad de otros miembros de la familia, siendo los estresores familiares los que más les afectan. Y ya se conocen los efectos que el estrés produce en el metabolismo y el sistema inmunológico (Martínez Benlloch, 2004).

Lo destacable es que el *malestar emocional de las mujeres está medicalizado. Habitualmente, se tratan los síntomas de forma errónea y ciega a las causas*. Las mujeres presentan una serie de malestares psicológicos relacionados con sus roles de género: casadas, trabajadoras, cuidadoras, necesitadas de aceptación, sometidas

a violencia simbólica —o no tan simbólica—, escasa autoestima, anulación del deseo de autonomía, miedo a la soledad, etc. Se ha encontrado una relación entre el cumplimiento de roles de género insatisfactorios y la respuesta del sistema médico con algunos fármacos (Gil y otros, 2005; Romo y otros, 2003).

Los psicofármacos pueden generar dependencia y efectos secundarios negativos como pérdida de memoria, sudoración, taquicardia, temblores o efecto rebote que puede implicar un aumento de ansiedad. Pero más allá de ellos, el recurso a la medicalización excesiva cuando las dificultades básicamente se lidian en el ámbito de lo cotidiano, les conduce a la dependencia (de la pastilla y del sistema médico), a la “búsqueda de soluciones rápidas y mágicas” para minimizar los problemas (se reduce el malestar; no deja de ser una estrategia de afrontamiento evitativa), en lugar de desarrollar recursos propios y encontrar recursos en sus redes sociales y comunitarias que faciliten un afrontamiento real de los problemas desde su base y un mayor desarrollo y crecimiento personal. Es más fácil recurrir a la pastilla que dedicar un tiempo para cuidarse adecuadamente, y para ser cuidada. Y esto redundando de nuevo en su función de cuidadora-para-otros pero no para sí misma y en su baja autoestima.

Medicalización de los procesos naturales de las mujeres.

Hasta ahora hemos visto cómo las mujeres no son suficientemente bien atendidas por la medicina, en gran parte por el desconocimiento imperante sobre la especificidad de sus procesos patológicos, no siempre iguales a los de los hombres, que componen la población en la que se han estudiado la inmensa mayoría de tales procesos. Paradójicamente, sin embargo, en el ámbito de la sexualidad y la salud reproductiva femeninas nos encontramos con un abusivo exceso de intervención: hay condiciones fisiológicas normales que se tratan innecesariamente con medicamentos, como si fueran enfermedades. Se medicalizan de rutina e injustificadamente condiciones tales como el embarazo, el parto, el climaterio o la menopausia. Lanza (1999) señala que el uso de anticonceptivos es 3 veces mayor entre las mujeres que entre los hombres, y que entre los métodos contraceptivos disponibles, los empleados por las mujeres suponen más riesgo para la salud.

Uno de los procesos naturales que se ha medicalizado ampliamente ha sido la menopausia, a pesar de no tratarse de una enfermedad, sino de un conjunto de cambios fisiológicos ligados a un proceso biológico de envejecimiento. Aunque *algunas* mujeres pueden presentar estados de malestar, la magnificación de los síntomas asociados, como resultado de los intereses de la industria farmacéutica, ha llevado a medicalizar innecesariamente a muchas mujeres. Pese a la escasa evidencia de sus riesgos y beneficios, entre 1996 y 2000 las ventas de terapia hormonal sustitutiva (THS) aumentaron un 42%, siendo además mayores en centros privados que en los públicos (Mosquera, 2002).

Cuando al principio de los años 90 se presentaron los primeros trabajos para

tratar algunos síntomas menopáusicos con THS (tratamiento hormonal sustitutivo), las casas comerciales se basaron en estudios de corta duración (tres o seis meses) con mujeres sanas. El tipo de mujeres escogido era ya sesgado respecto al resto de población: más delgadas, practicaban ejercicio físico continuado, etc. Sin embargo, la terapia se aplicaba por igual a todas las mujeres ya fueran obesas o con sobrepeso, sin atender al conocimiento científico ya existente de que cada nanogramo de hormona administrada se multiplicaba por diez según el sobrepeso de las mujeres. La industria farmacéutica sólo realizó estudios a corto plazo, y no basados en población, pero se empezó a afirmar que podría servir para prevenir los infartos de miocardio y la arterioesclerosis de los vasos sanguíneos si se administraba durante diez o quince años.

Sin embargo, los primeros ensayos clínicos controlados en mujeres posmenopáusicas de la población general seguidas durante más de dos años, HERS I y HERS II, mostraron un incremento de fenómenos trombóticos periféricos y pulmonares, así como de mortalidad por infartos de miocardio, más frecuentes entre las mujeres que tomaban THS. La pretendida función de prevención de problemas cardiovasculares empezó a desmoronarse con el HERS I (Grady y otros, 1998) y se confirmó en el HERS II (Hulley y otros, 2002).

El estudio Iniciativa de Salud de las Mujeres (WHI, Women's Health Initiative) alerta sobre el elevado *riesgo de sufrir cáncer de mama y patologías coronarias* como consecuencia de la THS, además de otros tipos de cáncer y fracturas de cadera (Writing Group for the WHI Investigators, 2002). Los últimos datos, publicados en 2008 en *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, confirman que los riesgos para la salud del empleo a largo plazo de THS en mujeres posmenopáusicas sanas persisten años después de suspender el tratamiento, superando claramente los beneficios de la terapia: Heiss y otros analizaron los riesgos y beneficios de 15.730 mujeres que suspendieron la terapia hormonal, entre julio de 2002 y marzo de 2005, cuando ya no recibían el tratamiento. Constataron que el riesgo de cáncer de mama persiste: las mujeres que dejaron de tomar la terapia combinada tenían un 27% más de riesgo de desarrollar tumor de mama que las que no la tomaron. El riesgo de sufrir cualquier forma de cáncer también resultó un 24% mayor en el grupo de mujeres con terapia hormonal. En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, observaron un aumento en el riesgo de infartos, ictus y trombos en el grupo de pacientes que fueron tratadas con THS, comparadas con las que no. La incidencia de fracturas durante este periodo postratamiento fue similar; el trabajo concluye por tanto que los riesgos de la terapia combinada persisten en el tiempo, por lo que no debería emplearse en mujeres posmenopáusicas sanas (Heiss y otros, 2008).

Otro estudio danés reciente, con 909 946 mujeres, suma a los riesgos comentados el *riesgo aumentado de cáncer de ovario* entre las mujeres que toman THS, al margen del tipo de hormona, dosis, vía de administración y duración del tratamiento (Steinrud Mørch y otros, 2009).

La THS es uno de los ejemplos de las paradojas de la ciencia y su aplicación: aunque eleva el riesgo de cáncer de mama, útero, colorectal, de ovario, y no se ha probado su utilidad en la prevención primaria de enfermedad cardiovascular, la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia mantiene su indicación, después de la publicación en JAMA de diversos resultados de ensayos en contra, y de que en 2004 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), tras revisar algunos estudios sobre la seguridad de la TSH, restringiera las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal sustitutiva, informando a los profesionales sanitarios y a las usuarias (AEMPS, 2004).

Medicalización de la función reproductiva de las mujeres

La total medicalización que se produce en el momento en que una mujer está embarazada (y en muchas ocasiones, *antes*, para producir el proceso) limita la capacidad de elección de la mujer, su control y su satisfacción con muchos aspectos relativos al embarazo y al parto. No sólo disminuye el bienestar, sino su autonomía y su derecho a la auto-determinación (Cahill, 2001).

La mayoría de las consultas médicas de las mujeres tiene que ver con la reproducción y su prevención. Existe una especialidad médica exclusivamente dirigida a tratar las funciones reproductivas de las mujeres (ginecología –sin una especialidad paralela para los hombres–), lo que refuerza la percepción del embarazo como una enfermedad, e ilustra el control por parte de la medicina de las vidas de las mujeres. Con la consolidación del estamento médico, el parto pasó de ser un asunto doméstico, y atendido exclusivamente por mujeres, a ser un asunto público controlado por médicos. Y hombres. De las 42 cátedras y de *Obstetricia y Ginecología* y de las 30 de *Pediatría* en España *ninguna* está ocupada por mujeres. Y del total de 374 cátedras de distintas especialidades médicas, sólo el 4% las ocupan catedráticas. En contraste, el 41% de los colegiados son mujeres, así como el 71% de mujeres estudiantes de Medicina (Valls y Arrizabalaga, 2005).

La medicalización, apoyada en los avances de la tecnología médica, ha reforzado la dependencia de las personas en los médicos a la hora de buscar soluciones a sus problemas. Claramente las funciones reproductivas de las mujeres han sido objeto del proceso de medicalización, pasando de ser sucesos cíclicos naturales a definirse como potencialmente peligrosos, y esto repercute en la vivencia que tienen las mujeres sobre estos procesos y en su bienestar. De modo natural, se ha incrementado la pasividad y la dependencia de las mujeres hacia sus médicos tanto para prevenir el embarazo como para llevarlo con seguridad. Otros dos claros ejemplos de medicalización de la función reproductiva de las mujeres son el síndrome premenstrual (SPM) y la menopausia, donde se abusa de la interpretación hormonal de los problemas psicológicos, y se refuerza un modelo mecánico de la mujer. Pero esto último es especialmente relevante en el ámbito del embarazo y el parto.

El parto es un proceso fisiológico normal en el que los aspectos emocionales son fundamentales; un acontecimiento único en la vida de una mujer, que debería tener el papel protagonista y no verse reducida a un objeto pasivo de prácticas médicas y quirúrgicas. Ella tiene derecho a opinar sobre las intervenciones a las que va a ser sometida y recibir información sobre sus consecuencias y las alternativas existentes (artículo 4 de la Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, noviembre de 2002, España), pero en la práctica muchas veces ni se informa adecuadamente ni se pide consentimiento. El parto se trata como si fuera una “crisis” clínica, que requiere intervención médica, hospitalización (prácticamente el 100%), intervenciones tecnológicas que se practican de forma rutinaria, tales como la episiotomía, la inducción o aceleración del parto, la anestesia epidural o la monitorización fetal.

La OMS (1985 1 y 2, 1999) ha criticado prácticas tan habituales como obligar a las mujeres a parir tumbadas, administrarles oxitocina sintética para acelerar el parto, cortar el periné (episiotomía), afeitar el pubis, poner enemas rutinariamente y separarles de sus hijos al nacer. Todo esto no está indicado en partos de bajo riesgo (lo son el 90% de los partos), pero en los hospitales españoles se emplea de forma generalizada; el grado de medicalización en España se refleja en que tiene una de las tasas de cesáreas más altas de Europa (Johanson y otros, 2002). Los obstetras españoles han recibido críticas por ignorar las recomendaciones de la OMS respecto a la atención en el parto (las mujeres sufren con frecuencia rasurados, enemas y episiotomías), así como por no permitir a las mujeres participar en decisiones sobre su maternidad (Bosch, 1998).

El proceso del embarazo se tecnifica, poniendo el énfasis en lo fisiológico, y no prestando atención ni a la *autonomía* y capacidad de elección de la mujer, ni a su vivencia, ni a los cambios vitales psicosociales que ocurren en la importante transición social que está viviendo, por ejemplo en su tránsito de mujer a madre. Muchas mujeres informan que no han recibido información adecuada sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos, y por tanto, es cuestionable el grado en el que pueden ejercer un consentimiento informado (Johanson y otros, 2002).

Aunque el parto se medicalice en nombre de la mortalidad materno-infantil, los obstetras parecen muy resistentes a verificar la eficacia de sus prácticas, que a menudo son un consenso de profesionales no siempre verificadas científicamente: existen importantes *contradicciones entre las prácticas obstétricas habituales y lo que la literatura médica aporta desde la investigación*, por ejemplo:

- muchas de las inducciones en primíparas acaba en cesárea (Maslow y Sweeny, 2000; NCHS, 2009); pocas mujeres que firman un consentimiento “informado” conocen este dato, ni tampoco que la inducción aumenta el dolor, provoca sufrimiento fetal, y mayores costes. Las cesáreas también son cuestionadas por su utilización excesiva, y por la variabilidad de su

aplicación según se trate de centros públicos o privados, lo que no se explica simplemente por una distribución desigual de los partos de riesgo. Es una cirugía mayor con un riesgo de muerte para la madre 6 veces superior al de un parto vaginal, un postoperatorio muy doloroso, y lenta recuperación. Muchas veces la madre y el bebé son separados tras el nacimiento y la lactancia materna puede verse perjudicada. Se estima que en España se practican 36000 cesáreas innecesarias cada año (Olza y Lebrero, 2005). El 22% de los niños nacen por cesárea (50% si son partos gemelares) y el 18% con fórceps. En la medicina privada el número de cesáreas alcanza el 35%. Estas cifras son muy superiores a las de otros países de nuestro entorno con mejores resultados de bienestar y salud materno infantil.

- la monitorización fetal ha aumentado ininterrumpidamente, a pesar de que la investigación médica muestra que su uso no mejora la salud del bebé y que amenaza la salud materna incrementando el riesgo de otras intervenciones médicas (ACOG, 2000; AHRQ, 2004; NCHS, 2004; Thacker y Stroup, 2006); revisiones en profundidad han concluido que la monitorización fetal debería reservarse para embarazos de alto riesgo;
- muchas mujeres quieren anestesia epidural, que puede ser una ayuda eficaz en algunos partos, pero la investigación médica señala que su uso a menudo conduce a aumentar otro tipo de intervenciones, como fórceps, cesáreas, etc. (AHRQ, 2004; Cunningham y otros, 2001; NCHS, 2004; Robinson y otros, 2000; Putta y otros, 2000);
- muchas mujeres sufren una episiotomía, a pesar de que la evidencia médica prueba que este procedimiento no tiene beneficios y produce daños serios y permanentes (ACOG, 2000, AHRQ, 2004; Anthony y otros, 1994; Carroli y Mignini, 2009; Eason y Feldman, 2000; Eason y otros, 2000; Klein, 1995; Lede y otros, 1996; Shiono y otros, 1990; Sultan y otros, 1994; Wagner, 1999). En España se realiza con más frecuencia que en otros países de la Unión Europea, donde oscilan entre el 16 y el 30% (Henriksen y otros, 1994). M. Wagner afirma que nunca es necesaria en más del 20% de los partos. La ciencia ha constatado que causa dolor, aumenta el sangrado y causa más disfunciones sexuales a largo plazo. Por todas estas razones, realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital de la mujer (Wagner, 1999). El índice de episiotomías del 89% en España constituye un escándalo y una tragedia (Wagner, 1989).
- mientras que actualmente se evita medicar a las mujeres embarazadas, no ocurre lo mismo durante el parto, a pesar de que la investigación médica afirma que no se ha probado que ningún medicamento sea seguro para un bebé no nacido (AHRQ, 2004, Cunningham y otros, 2001; NCHS, 2004);

- en muchos casos se practica a la mujer exámenes vaginales, que la actual literatura médica afirma que son una intervención invasiva, sin valor probado y alto riesgo (AHRQ, 2004; Cunningham y otros 2001; NCHS, 2004);
- las investigaciones señalan que la posición tumbada enlentece o inhibe el proceso del parto (y resulta cómoda sólo para los médicos) (AHRQ, 2004; Cunningham, 2001), y a pesar de ello, muchas mujeres son tumbadas, con goteros, epidurales y monitorización fetal constante;
- la mayoría de las mujeres asumen que estas intervenciones invasivas rutinarias deben ser seguras, y están dispuestas a renunciar a otras opciones, y a soportar incomodidades e intervenciones de todo tipo, convencidas que de la hospitalización implica ponerse en manos expertas que asegurarán un parto sin problemas. Pero la investigación médica muestra que tales intervenciones pueden tener efectos a corto y a largo plazo sobre la salud física y emocional de la madre y del bebé (AHRQ, 2004; Anthony y otros, 1994; Carroli y Mignini, 2009; Christianson y otros, 2003; Combs y otros, 1990; Combs y otros, 1991; Klein, 1995; Lede y otros, 1996; NCHS, 2009; Persson y otros, 2000; Sultan y otros, 1994; Thacker y Stroup, 2006; Tourangeau y otros, 1999; Wagner, 1999).

Oakley (1980) investigó cómo el uso rutinario de tales intervenciones está directamente relacionado con la incidencia de trastornos anímicos después del parto. Esta investigadora descarta las explicaciones de los cambios en el estado anímico en base a factores puramente hormonales, y en cambio, considera que pueden ser una consecuencia iatrogénica de todas las intervenciones tecnológicas innecesarias en torno al parto.

Emocionalmente, la mujer debería sentirse segura, apoyada y reconfortada. Ciertas exigencias, actitudes y frases desconsideradas, recibir un trato humillante o ser ignoradas, produce que el parto se viva con frecuencia de forma traumática. Está demostrado que el apoyo social durante el embarazo y el parto no sólo reduce la ansiedad de la madre y el consumo de analgésicos sino incluso el riesgo de un parto prolongado (Oakley, 1985).

El Dr. Wagner, ex Director del departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, afirma que “durante los últimos 20 años la mortalidad perinatal ha disminuido muchísimo, y los médicos lo atribuyen a que los partos tienen lugar en los hospitales. No hay ninguna prueba de que esto sea cierto. La evidencia científica es que mueren menos bebés porque hay una mejor nutrición, mejor salud en la mujer, mejores condiciones de vivienda y algo muy importante, porque las mujeres tienen menos hijos y los tienen cuando desean a través de la planificación familiar. Esta es probablemente la razón por la que mueren menos niños que hace 20 años. La explicación está en lo que hacen las mujeres, no los médicos” (Wagner, 1989).

En Nueva York se presentó un exhaustivo estudio con las experiencias de

13000 mujeres (se revisaron 15 ensayos controlados aleatorios de alta calidad), en el que se concluye que el apoyo continuo de un acompañante durante el parto tiende a producir un 26% menos de cesáreas, a requerirse muchas menos intervenciones de otro tipo (anestésias, ventosa o fórceps...) y a tener una experiencia mucho más satisfactoria (Hodnett y otros, 2007).

Fernández del Castillo afirma en su obra *La revolución del nacimiento* (2006) que en el parto medicalizado, atendido por la obstetricia convencional, la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento y generando riesgos innecesarios para la madre y el bebé. En el parto natural, que se produce gracias a la fisiología y en el que los procedimientos obstétricos se aplican *sólo en caso de necesidad*, la técnica está al servicio de la naturaleza; en el medicalizado, la naturaleza está al servicio de la técnica. En los países y hospitales que respetan los procesos naturales, la tasa de cesáreas no supera el 10%; cuando la asistencia es intervencionista, esta tasa se dispara.

También indica que no se puede atender dignamente a una mujer parturienta sin entender la verdadera naturaleza del parto: un acontecimiento involuntario, como el sueño y el orgasmo, aunque mucho más complejo. La mera pretensión de controlar un proceso involuntario lo inhibe, y esto es lo que sucede con el parto hospitalario. Por eso se suele estancar la dilatación cuando una mujer llega al hospital. Cuando el parto se inhibe, se prepara el terreno para todo tipo de procedimientos que sustituyen la función de la naturaleza que no se puede desarrollar en esas condiciones: estimulación con oxitocina, episiotomía, anestesia, fórceps, cesáreas innecesarias... Se sustituye un proceso natural, sabio y sofisticado, por un conjunto de técnicas dirigidas a resolver los problemas que a menudo crean ellas mismas. Y también para acelerar un proceso con su propio ritmo al ritmo acelerado que establece el hospital (Fernández del Castillo, 2006). Y eso hace sentir a la mujer que no lo está haciendo bien, que “es disfuncional” porque no puede seguir el ritmo que se espera; se culpará y aceptará toda la parafernalia del hospital.

Las condiciones idóneas para que un parto se produzca requieren un ambiente *íntimo*, de seguridad física y emocional, que si se impide lo interrumpe: las hormonas del estrés inhiben las hormonas del parto. Por ello es fundamental el soporte emocional y las condiciones y ambiente en que transcurre el parto. Las primeras recomendaciones de la OMS se refieren a que debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del mismo (OMS, 1985).

Las prácticas rutinarias que se imponen de forma sistemática a las mujeres que no las necesitan son inoportunas. La evidencia científica muestra que el parto natural es no sólo más digno sino más seguro. Por ello la OMS recomienda una *calidad de atención basada en el protagonismo de la mujer y su fisiología, y el mínimo grado de medicalización posible*. (Fernández del Castillo, 2006).

Y los derechos de las mujeres a la información sobre opciones clínicas,

consecuencias de los tratamientos, consentimiento informado, etc. deben respetarse escrupulosamente porque *la mujer embarazada no es una paciente*, ni el parto es una enfermedad. Además, los padres tienen derecho a estar informados sobre las consecuencias de ciertas prácticas sobre la salud de su hijo y a decidir sobre ellas. Y las intervenciones practicadas a una mujer de parto tienen lugar sobre sus órganos genitales, y son muy intrusivas, por lo que su salud y su dignidad están más expuestas que en otros ámbitos médicos.

En el ámbito de la reproducción asistida, la medicina hace suyo un nuevo objetivo; no ya velar por la salud, sino conseguir el embarazo. Al abordar la esterilidad como enfermedad, la disciplina médica ha realizado una operación de naturalización de un fenómeno como la maternidad, configurando la infertilidad y el deseo de un hijo como enfermedad.

Las intervenciones médicas en este campo han convertido las actividades relativas a la reproducción humana –algo que estaba inscrito en el ámbito de lo personal, privado e íntimo– en acto público, tecnificado, masificado y con elevado grado de ansiedad. El carácter que adquieren las mujeres de recipiente en donde se depositan los resultados del saber médico-tecnológico, cuyo foco son los aspectos bioquímicos o fisiológicos del receptáculo, genera en las mujeres un efecto de extrañamiento sobre lo que les está pasando. Sobre su cuerpo, en tanto que fábrica de óvulos, laboratorio y espacio de implantación de embriones, los médicos realizan múltiples acciones que parecen otorgarles gran protagonismo; pero están desposeídas de ese protagonismo y convertidas en pacientes.

Las mujeres, en la medida en que se someten a estas intervenciones, se sienten exigidas a adecuarse absolutamente al ideal cultural de la maternidad biológica; no vale la maternidad social, a través de la adopción, por ejemplo. El sujeto, entonces, se borra y deja lugar al cuerpo anatómico, a un cuerpo sin referencias subjetivas, sexuales, que será abordado como ajeno a toda estructura, práctica o discurso que no sea el discurso médico o el discurso social de la maternidad. La exterioridad del cuerpo lo conviene en una entidad supuestamente natural a la que hay que hacer funcionar como debe (Tubert, 2002). Las mujeres se someten a procedimientos tecnológicos duros, y asumen las incomodidades, los efectos secundarios e incluso los errores, como parte del proceso, y más aún cuando los médicos se han convertido en la única alternativa de alcanzar su objetivo. Estos asumen mejor el éxito que el fracaso; los médicos tienen previsto un amplio abanico de actuaciones de refuerzo a las mujeres en la situación de éxito, pero carecen de un protocolo de atenciones para las *frecuentes* situaciones de fracaso.

En la actualidad, parece que el sistema médico proporciona el eje vertebrador desde el que comprender el ciclo de vida de las mujeres, definiéndolas en función de las etapas de su ciclo fértil: niñas, adolescentes, maduras, madres, menopáusicas y mayores. Así, la menarquia, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia y otras manifestaciones asociadas específicamente a la salud de las mujeres, que

forman parte del funcionamiento fisiológico de su cuerpo, se convierten en los nudos claves a partir de los cuales se interpretan otros aspectos sociales. Efectivamente, como sugiere Bodoque, *estas etapas definen algo más que periodos relacionados con procesos de salud y enfermedad; se han dotado de contenido social y cultural haciendo que las mujeres identifiquen cada una de las etapas con determinadas pautas de comportamiento* (Bodoque, 2001). Por ejemplo, la menopausia es un concepto científico que ha traspasado los límites del campo estrictamente médico para pasar a ser un vocablo que se utiliza de forma constante e indiscriminada, que todo el mundo conoce, y es utilizado no sólo para conceptualizar determinados estados de ánimo, sino, lo que es más importante, sirve para calificar una etapa (al parecer bastante negativa) del ciclo vital de las mujeres

Y es la medicina la que utiliza la edad para determinar cuándo y cómo tienen que manifestarse estos periodos. Más allá de que el componente biológico existe en cada una de las etapas, éstas sirven para *pautar* determinados estados de ánimo, signos más o menos ocultos y síntomas asociados que abocan a las personas a tener que asociarse automáticamente a ellos.

El mercado de la salud.

“A las mujeres se les crean y dictan sus deseos y necesidades para justificar luego cualquier forma de intervención con el pretexto de que son ellas mismas quienes lo solicitan” Victoria Sau

La excesiva medicalización de ciertos procesos naturales se enmarca en una tendencia general a etiquetar como enfermedad muchos problemas y condiciones humanas. Ello trae como consecuencia la invención de nuevos trastornos y su comercialización, con las mujeres situadas como un foco prioritario del marketing médico y farmacéutico.

Los medios de comunicación establecen el ideal de salud que circula en la ideología dominante y las enfermedades de moda (lo que vende). Se convierten en mediadores entre la salud y el mercado, y ponen en circulación remedios que se rigen por criterios de novedad y rentabilidad, más que por su eficacia. *La salud vende*: se ha convertido en producto de consumo, de bienestar inmediato, sin implicación del propio estilo de vida, sin esfuerzo personal, pero con consecuencias: demasiadas ofertas “mágicas” que juegan con la autonomía de quienes las reciben.

En los anuncios de las revistas, de televisión, en las páginas web, etc. a las mujeres se les inunda con “conocimiento experto” que las anima a reconocer algunos “síntomas” e identificarlos con un determinado trastorno, y a “beneficiarse” de un nuevo tratamiento que se ha desarrollado... Este esquema sería aplicable a los “trastornos premenstruales” (fluoxetina), la celulitis, las arrugas, la flacidez, los trastornos asociados a la menopausia, el sobrepeso, la incontinencia urinaria, el estreñimiento (fibra), el cansancio (vitaminas), etc.

La publicidad nos educa en nuevos hábitos de consumo, en nuevas formas de pensar, sentir y actuar. La estrategia típica consiste en “*establecer una necesidad*” de un nuevo tratamiento y “*crear el deseo*” entre los afectados. La preocupación clave son “los intentos invisibles y no regulados de cambiar las percepciones del público sobre la salud y la enfermedad para ampliar los mercados para nuevos medicamentos” (Moynihan y otros, 2002, p.890).

Cuando se promocionan productos para las mujeres (p.e. medicamentos para adelgazar, cremas o vitaminas), la publicidad resalta la imagen de belleza, juventud y vitalidad. Pero si el producto falla y la mujer sufre cansancio o dolor menstrual, hay más soluciones: más vitaminas, tónicos, analgésicos y antiinflamatorios para el dolor. En el caso de medicamentos para los niños, el mensaje se suele dirigir a las madres. La publicidad de vitaminas, remedios para la tos, resfriados, etc. generalmente muestra a la mujer en el papel de cuidadora. Las mujeres se han convertido en el blanco de las campañas publicitarias. De la propaganda dirigida a los médicos, una gran parte promociona específicamente el uso de medicamentos bajo prescripción para las mujeres, y muchas veces ese material enfatiza estereotipos negativos sobre la mujer.

Las indicaciones de buena parte de esos productos confirman que están destinados a solucionar estados que sencillamente pueden tratarse con medidas básicas como nutrición adecuada, ajuste en la dieta o alternativas no farmacológicas. La industria farmacéutica se aprovecha de la falta de información de la población sobre las desventajas de la auto-medicación, los efectos indeseables de los fármacos, seguridad, eficacia, costo razonable, etc.

¿Nos estamos inventando nuevas enfermedades? La tristeza, el envejecimiento, la menopausia... de ser procesos naturales pasan a etiquetarse como enfermedades, para posibilitar la venta de medicamentos que “*las curen*”. En inglés hay una expresión para denunciar esta penetración abusiva del modelo médico en ámbitos vitales que no le son propios: “*a pill for every ill*” (Forcades, 2006).

Comentaré algunos ejemplos ilustrativos. El *síndrome premenstrual* empezó a considerarse un “trastorno” o “enfermedad” cuando los medios comenzaron a informar que costaba millones de dólares anuales en pérdidas de productividad (Tavris, 1992, cit. en Offman y Kleinplatz, 2004). Con esta etiqueta llega una próspera industria dirigida a su cura. Al identificar el *trastorno disfórico premenstrual (PMDD)* como trastorno psiquiátrico, se construye una condición patológica que requiere intervención y tratamiento. Se establece así una fuerte relación entre la legitimidad del PMDD como trastorno mental, la prescripción y marketing de fluoxetina como tratamiento, y las creencias sociales sobre el ciclo menstrual (Caplan, 2004). Chrisler y Caplan (2002) observan que el único tratamiento psiquiátrico para el PMDD es la fluoxetina, y las mujeres lo solicitan al haberlo visto anunciado para tratar el PMDD.

Quizá el ejemplo más paradigmático lo constituye la invención y promoción

de la supuesta “*disfunción sexual femenina*”, que la industria farmacéutica ha creado en función de sus intereses. Esta “enfermedad” se definió en tres reuniones científicas organizadas por iniciativa de diversas empresas farmacéuticas, y financiadas por ellas, entre 1997 (poco antes de comercializar la *viagra*) y 1999. Ese año apareció un artículo en la revista JAMA titulado “Disfunción sexual en EEUU: prevalencia y variables predictivas”, donde se afirmaba, con supuesta objetividad científica, que un 43% de las mujeres de EEUU sufría la “nueva enfermedad” (Launmann y cols., 1999). Para identificar a la “población enferma”: 1) se elaboró una lista de 7 “problemas” considerados cada uno de suficiente peso como para justificar el diagnóstico si una mujer los había presentado durante dos meses o más en el último año; 2) se aplicó el cuestionario a una muestra de 1.500 mujeres; 3) responder “Sí” a un solo ítem se consideró criterio suficiente para identificar la enfermedad. Uno de los 7 ítems era la ausencia de deseo sexual. Es decir, que las mujeres que respondieron que no habían tenido deseo sexual durante dos meses o más en el último año, automáticamente –al margen de si estaban de luto por la muerte de un ser querido, preocupadas por falta o por exceso de trabajo, atrapadas en una relación insatisfactoria o gozando de una etapa de plenitud interior–, se etiquetaban como “disfuncionales” y pasaban a engrosar el porcentaje de candidatas potenciales para el tratamiento que la industria farmacéutica confiaba poder desarrollar en breve. Dos de los tres autores del citado artículo tenían vínculos económicos con laboratorios farmacéuticos (Forcades, 2006).

En 2003, esta manipulación de los criterios médicos en función de los intereses comerciales fue denunciada por Ray Moynihan en una de las revistas médicas de mayor prestigio, el *British Medical Journal* (Moynihan, 2003). En diciembre de 2004, la agencia reguladora de los medicamentos en EEUU impidió que se comercializara el primer medicamento destinado a sanar la “disfunción sexual femenina” (el parche de testosterona de los laboratorios Procter y Gamble) (Moynihan, 2005). Los responsables de los estudios clínicos –todos financiados y supervisados por Procter y Gamble– habían presentado sus resultados de forma sesgada, de modo que lo que eran unos beneficios dudosos y unos más que probables efectos secundarios peligrosos (cáncer de pecho y enfermedad cardíaca) se anunciaban como beneficios claros y riesgos negligibles. De momento no se ha desarrollado ningún otro medicamento para la disfunción sexual femenina, entre otras cosas debido a una creciente conciencia por parte de todos los agentes implicados de los efectos nocivos del exceso de influencia de las compañías farmacéuticas en el ejercicio de la medicina.

Un ejemplo de factor de riesgo conceptualizado como enfermedad es la *osteoporosis*. Ralentizar la pérdida ósea puede reducir el riesgo de futuras fracturas (tal como reducir la presión sanguínea puede disminuir el riesgo de un futuro ataque cardíaco) pero para la mayoría de las personas sanas, los riesgos de fracturas serias son bajos y, en términos absolutos, el tratamiento preventivo con medicación a largo

plazo ofrece reducciones de riesgo muy pequeñas (Moynihan y otros, 2002).

La definición de osteoporosis es controvertida (la OMS establece que el criterio “normal” es la densidad ósea de las mujeres blancas jóvenes, y evalúa los huesos de las mujeres mayores por comparación a éstos –por cierto, la reunión clave del grupo de estudio de la OMS para definir la osteoporosis fue patrocinada en parte por 3 compañías farmacéuticas–). También es objeto de controversia el uso de la medida de la densidad del hueso para indicar el riesgo de fractura en una persona y emplearlo como guía de la terapia, por su escaso valor predictivo. Los medicamentos que se publicitan para reducir el riesgo de fracturas ofrecen pocos beneficios para el conjunto de las mujeres menopáusicas, son caros, y no se habla de sus riesgos.

Pese a todo esto, las actividades promocionales de las farmacéuticas tratan de persuadir a millones de mujeres sanas de todo el mundo de que están enfermas. La osteoporosis sigue siendo otro claro ejemplo de “tráfico de enfermedades” o “*disease mongering*” (Moynihan y otros, 2002) por el importantísimo papel desempeñado por las compañías farmacéuticas en el cambio del modo de pensar de la población sobre la pérdida ósea. Las farmacéuticas han patrocinado reuniones en las cuales se ha definido la enfermedad, financiado estudios de tratamiento, y establecido vínculos financiadores con líderes de investigación. Han subvencionado grupos de pacientes, fundaciones sobre el problema, y campañas publicitarias (sobre la enfermedad y los tratamientos farmacológicos) dirigidas a médicos y han patrocinado lucrativos premios periodísticos sobre osteoporosis.

Este es un ejemplo de la comprensión de los problemas de salud de la mujer desde una óptica puramente biologicista, ya que la osteoporosis aparece parcialmente ligada a los cambios hormonales de la etapa menopáusica. Sin embargo, el foco promocional en las soluciones químicas al complejo problema de prevenir fracturas óseas resta atención a otros factores potencialmente más importantes que afectan la vulnerabilidad a la osteoporosis en las mujeres, como el aislamiento de las ancianas, las malas infraestructuras públicas o privadas que favorecen el riesgo de caídas, o aspectos preventivos fundamentales relacionados con la dieta nutricional, o aportes de calcio y vitamina D, abandono del tabaco, ejercicio, etc.

Como hemos ido viendo, las informaciones que recibimos sobre nuestros procesos, posibles trastornos, y sus tratamientos, no siempre resultan completas ni fiables. Medicalizar los procesos naturales, como el parto normal o la menopausia, o medicalizar el sufrimiento, no es una opción saludable, aparta el foco de atención de otras soluciones más globales y mejores, y sólo parece beneficiar claramente a quienes se dedican al “comercio de enfermedades”. Mucho de lo que etiquetamos como enfermedad es en realidad un subproducto de la edad, como la osteoporosis. Los criterios para diagnosticar muchos trastornos varían, en función de lo que se sabe a ciencia cierta sobre ellos (a menudo mediatizado por intereses –se investiga en lo que resulta productivo–...), y en función de la cultura a la que se pertenece.

Y de las “modas”: la obesidad, un signo de prosperidad económica hace un siglo, hoy es una de las grandes enemigas de la salud.

El mercado de la insatisfacción corporal: Transformaciones corporales.

Las mujeres hemos perdido conciencia corporal, desconfiamos de nuestra propia sabiduría corporal. Todos estos procesos nos alienan de nuestro propio cuerpo, y sin embargo, pareciera que nunca el cuerpo ha tenido un lugar tan – aparentemente– importante en la sociedad. En realidad hoy se da importancia a la imagen corporal, entendida como la apariencia del cuerpo. En este sentido, es sintomático que en España sea una de las sociedades que más demandan intervenciones de cirugía estética en el mundo, y de las que más implantes mamarios hacen.

Estar preocupado por el peso y la forma del cuerpo es muy frecuente hoy en nuestra sociedad occidental; pocos temas relacionados con la salud afectan a porcentajes tan elevados de la población como las preocupaciones sobre la imagen corporal. Resulta evidente que *cuando tanta gente vive con insatisfacción y malestar por un supuesto exceso de peso o por tener determinados rasgos corporales, estamos alejándonos claramente de lo que sería una preocupación saludable por el cuerpo*. Otorgar una importancia excesiva a la imagen suele llevar a “cosificar” el cuerpo, viéndolo como partes fragmentadas (estómago, nalgas, cartucheras, muslos, arrugas...), partes a perfeccionar no integradas entre sí ni expresión global de un ser individual.

La delgadez ha sido normalizada e idealizada de tal forma que las mujeres con un tamaño corporal medio se sienten insatisfechas con sus cuerpos. La prescripción imposible de tener un cuerpo “joven” y delgado es una fuente de intensa insatisfacción, que conduce a infinidad de mujeres a tratar de modificar sus cuerpos para aproximarse al “ideal”, y que, entre otras cosas, sustenta un mercado multimillonario de dietas, cosméticos, “anti-celulíticos”, alimentos “light”, cirugía estética, gimnasios, etc. Los intereses de este mercado están bien asegurados: *se ha creado la necesidad* (de adelgazar y tener un cuerpo joven) *y se mantiene externamente* gracias al impacto de la publicidad (Gismero, 2002).

La preocupación por la figura, el peso, las dietas, el ejercicio, la angustia por todo lo que sobra o falta, se han convertido en una forma de vivir la relación con el cuerpo en una cultura que idolatra el *fitness* y tiraniza a las personas a través de la exigencia de uniformidad a un modelo impuesto. La tecnología médica estética y el mercado de la belleza ofrecen la promesa de un cuerpo perfecto y prácticamente el “elixir de la eterna juventud” al alcance de la mano. No sólo se incentivan los deseos de transformar el cuerpo, sino que se convierten casi en un imperativo para ser feliz. Los “cuerpos a la carta” se ofertan como otro bien de consumo al alcance de cualquiera (si no, se ofrecen financiaciones “a medida del consumidor”), y la prescripción de conseguir un cuerpo “perfecto” (joven y bello) se vincula descaradamente al logro del éxito y la felicidad. En un contexto social con muy poca

tolerancia al malestar, la cirugía se presenta como un remedio fácil y rápido.

Los altos índices de insatisfacción corporal generados en la población, y aún más en las mujeres, así como la actitud social cada vez más proclive a aceptar las “soluciones” a los problemas creados, ha dado paso al negocio y a la medicina para no envejecer. Poco a poco conceptos como belleza, juventud, éxito, salud (cada vez peor entendida), riqueza, placer, felicidad... se han entrelazado para conformar conciencias. Y surgen múltiples soluciones para no envejecer, adelgazar, estar firmes, triunfar, destacar... Dermoestética, dermocosmética, medicina estética, cirugía estética, medicina antienvjecimiento... son el arsenal contra la agresión de la edad, la celulitis, los radicales libres, el estrés, la gravedad... Las inyecciones de toxina botulínica y de colágeno y los implantes mamarios están entre las armas preferidas. Hay que dar salida a multitud de productos, aunque para ello haya que inventar enemigos. Se cuenta con los medios: basta con enseñar el antes y el después. Una vez que la población no está satisfecha con su cuerpo, el gasto es de millones de euros.

Que la insatisfacción corporal es un negocio lo demuestra por ejemplo la reciente inclusión en el cálculo del IPC de la cirugía estética, la cotización en bolsa de Corporación Dermoestética, la proliferación exponencial de gimnasios privados, o el que hoy estén pendientes de aprobación 1800 medicamentos para adelgazar (cuando no se investiga en enfermedades esenciales, que afectan a millones de personas).

Muchas empresas se lucran gracias al descontento de las mujeres con sus cuerpos. Entre las usuarias, además del gasto, hay ciertas actividades que pueden conllevar graves riesgos para la salud, como la práctica de dietas insanas o la ingesta de determinados productos. Pero si hay un ámbito que destaca como paradigma del mayor conflicto es el de la *cirugía estética*, en el cual se alían la búsqueda de la belleza con los medios de comunicación y la medicina, un trío que genera sustanciosos beneficios. Como la belleza a la carta se promueve a un extenso mercado, pierde su estatus elitista y llega a convertirse en un producto al alcance de todos.

Como ejemplo, comentaré algo sobre los implantes mamarios, una de las intervenciones más demandadas; han resultado ser el mejor negocio de “2x1” de la historia. Los medios extienden la relevancia del tamaño del pecho, la medicina ofrece los recursos para transformarlo, la publicidad se encarga de transmitirlo, y la tecnología se desarrolla gracias a una industria que facturaba 500 millones de dólares en EEUU hace ya más de una década. La paciente con implantes es una creyente en los múltiples mensajes transmitidos por una cultura que exalta la belleza y la medicina, la libertad individual y la conformidad, combinaciones de valores con inconsistencias inherentes que pueden poner en riesgo el bienestar en la búsqueda del “fitness” ideal.

Con la llegada de la “moda de los grandes pechos”, infinidad de mujeres son

capaces de someterse a una operación quirúrgica, con todos sus riesgos, para conseguir el contorno de pecho deseado, con la esperanza de que conformándose a los estándares impuestos ganarán aceptación, acabarán con sus complejos, se sentirán satisfechas consigo mismas y con los demás... La cirugía siempre implica sufrimiento, y una cirugía innecesaria provoca un sufrimiento innecesario y con frecuencia efectos secundarios muy negativos.

El Parlamento Europeo ha recibido más de 2000 denuncias de mujeres con problemas de salud que atribuyen a los implantes que se hicieron en su día. José M^a Martín Moreno, director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, que ha coordinado un estudio realizado por investigadores españoles (AETS, 2000), señala que una de las primeras cosas que debe saber quien solicita una prótesis es que *no duran toda la vida: es posible que tenga que pasar de nuevo por el quirófano*. De acuerdo con este informe, a las posibles complicaciones de la propia intervención quirúrgica (debidas a la anestesia, infección, hematomas, hemorragias, trombosis, necrosis del tejido cutáneo...), habría que añadir los efectos derivados de la prótesis implantada: además de la *rotura de los implantes*, otras complicaciones frecuentes son la *contractura capsular* (que puede requerir volver a pasar por el quirófano), las *fugas de gel*, *interferencias con las mamografías*, *aumento o pérdida de la sensibilidad*, formación de depósitos de calcio en el tejido circundante que pueden causar dolor y endurecimiento, *dolor* si el implante se rompe, se desplaza o comprime nervios, *desplazamiento del lugar original*, deformaciones permanentes cuando las operaciones no tienen éxito (una de cada 10 mujeres acaba con un pecho más grande que el otro), etc. Estos problemas se consideran frecuentes, y constituyen la principal fuente de preocupación sanitaria (Gismero, 2008).

En EE.UU. las prótesis de silicona están prohibidas desde 1992, cuando la FDA (Dirección Federal de Alimentos y Medicamentos) los autorizó sólo para el reemplazo de implantes anteriores o por otros problemas de salud, al comenzar a registrarse los primeros efectos adversos, como la ruptura y derrame de silicona, trastornos en los tejidos conectivos y riesgo de desarrollar cáncer de mama. La FDA solicitó a las compañías productoras sus estudios, pero éstas no pudieron aportar ningún dato. Estos problemas llevaron a la prohibición del uso de la silicona en los implantes mamarios, decisión que no han logrado cambiar los adelantos realizados en la producción de implantes. En 2004, el director del área de salud radiológica, David Feigal, afirmaba que “todavía es necesario recabar más información sobre los efectos de estos implantes en la salud y debemos descubrir cuáles son los factores que permiten predecir la ruptura de la prótesis, que suele ser el principal motivo por el cual se retira del paciente” (Redacción Ondasalud, 2000). Añadió que se debe prestar especial atención a las ‘rupturas silenciosas’ de los implantes, que provocan el derrame de la silicona y sólo pueden ser detectadas mediante resonancia magnética.

Se inventan nuevos modelos, *pero se implantan sin estudios a largo plazo que aseguren que no crearán nuevos problemas*. En el Reino Unido se retiraron los implantes de soja 5 años después de comercializarlos como una alternativa “natural”. Los implantes de hidrogel, también vendidos como la alternativa natural y segura a la silicona, dieron problemas a los miles de mujeres que optaron por ellos a los 6 meses de salir al mercado, y también tuvieron que ser retirados. Como estos ejemplos muestran, *productos cuya implantación requiere cirugía mayor obtienen permiso para ser utilizados sin disponerse de datos suficientes que avalen su seguridad*.

Por otra parte, aunque cada vez se pone más énfasis en subsanar las graves deficiencias detectadas en la información que reciben las pacientes sobre los riesgos de este tipo de operaciones, los supuestos “beneficios” de una intervención estética no se pueden asegurar: ahí están las quejas –además de las motivadas por causas graves– por insatisfacción con los resultados. En 2006 el Defensor del Paciente recibió 900 denuncias vinculadas a la cirugía estética, el 90% de las mismas motivadas por resultados insatisfactorios; la OCU señala que la mayoría de las reclamaciones recibidas por ellos se deben a que los resultados obtenidos por los pacientes no son los que se les prometía en la publicidad.

En definitiva, todo lo que es esencialmente femenino –la vida expresada en la cara, la sensación de la piel, la forma del pecho, las transformaciones de la piel después del parto– está siendo recalificado como feo, y la fealdad es un problema, casi una enfermedad. Un tercio de la vida de las mujeres está marcada por el envejecimiento, un tercio de su cuerpo es grasa; ambos símbolos se han convertido en condiciones operables. Las mujeres deben ser conscientes no sólo de los riesgos de este tipo de intervenciones, sino de la insatisfacción impuesta respecto a sus cuerpos; *pareciera que el principal reducto de poder a su alcance fuese transformar su cuerpo, como medio privilegiado de conseguir aceptación, reconocimiento, poder y valoración*. Pero la prevención no debe dirigirse únicamente a modificar las actitudes y comportamientos individuales, sino también a crear un entorno social saludable donde no haya lugar para las actividades cuestionables de muchas empresas.

Reflexiones finales

A lo largo de este artículo hemos ido exponiendo algunas prácticas habituales tanto en la investigación biomédica como en el abordaje de distintos trastornos que afectan a las mujeres, a su salud, a la vivencia de su cuerpo e incluso, más indirectamente, a la vivencia que tienen de sí mismas, de sus procesos y de su vida. Muy brevemente, podemos recopilar las siguientes conclusiones:

- a) hasta ahora, ha habido una falta de investigación sobre los procesos que específicamente afectan a las mujeres, así como de las diferencias en sus procesos de enfermar, en los efectos de los fármacos sobre ellas, etc.

- b) no sólo se desconocen muchas enfermedades que afectan prioritariamente a las mujeres, sino que, ante problemas comunes con los varones, los datos informan que sufren desigualdad en la asistencia sanitaria, siendo peor diagnosticadas y tratadas que ellos;
- c) muchos de los problemas que afectan a las mujeres son atribuidos por los médicos, en proporción mucho mayor que en el caso de los hombres, a sus estados anímicos o a sus cambios hormonales, con la consiguiente sobreprescripción de psicofármacos, sin explorarse más en profundidad otros factores físicos ni socio-familiares, laborales o relacionales que puedan estar afectándolas;
- d) respecto a sus procesos naturales, hay un exceso de intervenciones médicas innecesarias. El ámbito vinculado a la reproducción ha sido el ámbito por excelencia de abordaje de la mujer, con una medicalización absoluta de procesos naturales, que se han ido ampliando a todos los aspectos vinculados a su ciclo vital reproductivo: se medica la menstruación, por “obsoleta y perjudicial”, tal y como la definen ahora, y factor de “síndrome premenstrual” (adolescentes medicadas con la fórmula de Prozac bajo otro nombre); se medica el parto, en nombre de la seguridad (programado, inducido, rasurado, episiotomizado y quirúrgico); se define como “sexualidad enfermiza” la no disponibilidad permanente (disfunción sexual femenina); y el círculo se cierra con la definición del cese de la menstruación como enfermedad de “deficiencia de estrógenos” que dura hasta la muerte (menopausia y postmenopausia), lo que ha permitido medicalizar a millones de mujeres durante años en nombre de la prevención y la juventud causándoles graves enfermedades a muchas de ellas.
- e) pese a la ausencia de mujeres como sujetos de investigación biomédica, las mujeres han sido convertidas en dianas del marketing farmacéutico y médico: además de consumir más ansiolíticos y antidepresivos, son las responsables de la contracepción, así como de la adquisición y toma de medicamentos del resto de la familia –en su papel de cuidadoras–; son más longevas y a menudo soportan enfermedades crónicas cuyas causas no se han estudiado; reciben mucha más presión para “cuidar” y transformar su cuerpo, manteniéndolo permanentemente joven y delgado, etc.

Además de todas las implicaciones comentadas, y aunque sólo hemos recogido algunos aspectos avalados por la investigación, es posible intuir ciertos efectos que puede producir en las mujeres la mirada del sistema médico vigente hacia ellas: un desconocimiento de sus propios procesos corporales así como un alejamiento del origen de su malestar anímico y físico; una percepción de falta de control sobre sus procesos de enfermar (más atribuidos a causas biológicas que a hábitos de vida, por ejemplo)... Para poder responsabilizarse de la propia salud es necesario disponer de información veraz y tener poder de decisión. Y ello requiere exigir informaciones

fiabiles y objetivas, libres de los intereses comerciales de las empresas implicadas en los sectores afectados (por ejemplo, objetividad en los revisores de las revistas especializadas, subvenciones a la investigación al margen de las grandes compañías farmacéuticas, etc.).

Parece que las mujeres se las induce a aprender a reescribir su experiencia vital desde los parámetros propuestos por la medicina, que giran, como hemos comentado, en torno a las fases de su ciclo vital reproductivo. Esto las hace correr diversos riesgos, tales como dejarse medicalizar, delegando su sexualidad-maternidad en manos de los médicos y perder confianza sobre su capacidad de vivir naturalmente tales procesos; asumir las categorías patologizantes propuestas (desde sentirse disfuncionales sexualmente, a vivirse con más problemas de los debidos si tienen la menstruación o rondan la menopausia, pasando por creerse incapaces de parir sin ayuda tecnológica, etc.). Más aún; el énfasis en enmarcar alrededor de tales parámetros la vida de las mujeres hace que muchas de ellas se sientan profundamente inadecuadas si no logran adecuarse al ideal cultural de la maternidad biológica, olvidando otros aspectos desde los que definir distintos proyectos vitales, y acercándose a un proceso en el que se borra el sujeto, dejando lugar a un cuerpo sin referencias subjetivas, sexuales, que será abordado como ajeno a toda práctica o discurso que no sea el discurso médico o el discurso social de la maternidad.

El abordaje médico habitual parece asumir una metáfora reduccionista: el *cuerpo como máquina*, metáfora que sugiere que el cuerpo puede ser separado en partes y esas partes “rotas” o disfuncionales ser tratadas sin tener en cuenta la totalidad del organismo, ni los distintos factores que afectan su funcionamiento global, incluidos los emocionales y sociales. Sin entender ni facilitar la capacidad natural de la persona y su organismo, se trata las partes enfermas desde fuera, justificando así a menudo los tratamientos agresivos y minimizando los efectos secundarios sobre el resto del cuerpo. El cuerpo se ha convertido en un artefacto de la industria, una máquina observada, medida y cuantificable, contrastada con estándares de todo tipo a los que se espera que se ajuste. Esta mecanización oscurece las particularidades que distinguen a cada ser humano de otro.

La tecnología permite desconectar y descontextualizar las partes del cuerpo, neutralizando la experiencia personal de ser un ser humano y fragmentando el cuerpo en patologías. En particular, las mujeres aprenden a reescribir sus cambios corporales mediante un lenguaje tecnológico, más que a través de un lenguaje desde la experiencia. Las tecnologías reproductivas redefinen la fertilidad, reducen la inseminación a un procedimiento de laboratorio, y disputan a la biología el papel de asignar la paternidad y la maternidad. Las mamografías examinan un pecho aislado, sin relación con el conjunto de un cuerpo maternal o sexual, y tratan el pecho como una parte femenina desencarnada que, si es defectuosa, puede ser extirpada o reconstruida. La cirugía estética cosifica y fragmenta el cuerpo humano para reconstruirlo, considerando sus partes (también definidas como adecuadas o

defectuosas) y no la integridad corporal. El cuerpo de las mujeres se objetiviza, y las experiencias de las mujeres de sus cuerpos se despersonalizan.

Todas estas prácticas que hemos comentado no sólo tienen efectos nocivos directos sobre la salud física y emocional de las mujeres, sino que contribuyen a generar un alejamiento de su realidad corporal, un sentido del cuerpo fragmentario y fragmentado, una percepción sesgada y poco integrada de su vivencia corporal, un extrañamiento respecto de sí mismas, focalizándose en ocasiones en aspectos vividos como problemáticos cuando no lo son (como en el caso de la menopausia, la celulitis, o el tamaño de sus senos) o descontextualizando sus vivencias de un sentido más profundo y enraizado en su historia personal y su proyecto vital único. El desconocimiento sobre sus propios procesos, la fragmentación en aspectos parciales –a veces irrelevantes–, la patologización de su discurrir vital son algunos de los efectos del reflejo de la mirada del sistema sanitario sobre la vivencia corporal y personal de la mujer. Y en el camino se dejan de lado verdaderos problemas de salud de las mujeres porque no estamos mirando con la mirada adecuada.

Revisamos en este artículo cómo se ha considerado a la mujer desde el ámbito médico: cómo se ha abordado su cuerpo desde la investigación, el tratamiento de problemas comunes con los hombres, la medicalización de su ciclo vital reproductivo y de su malestar anímico, e incluso de su aspecto físico. Esta peculiar mirada sobre las mujeres tiene consecuencias no sólo sobre su salud, sino también sobre la forma de verse y entenderse a sí mismas.

Palabras clave: *mujer, salud, sesgos de género, medicalización*

Referencias bibliográficas

- (ACOG) American College of Obstetricians and Gynecologists. (2000). News Release. Issue: Recommendations on Cesarean Delivery Rates, *Medical Letter on the CDC & FDA*, disponible en http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-650131_ITM (descargado el 20-07-2009).
- AEMPS. (2004). *Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios*. Ref: 2004/01, 23 de enero. Nota informativa. *Restricción de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución en la menopausia*. Disponible en <http://www.fitec.ull.es/docs/Nota%20%202004-1.pdf> (recuperado el 30 de junio de 2006).
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)-Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). *Riesgos para la salud causados por implantes de silicona en general, con atención especial a los implantes mamarios (Informe STOA/Parlamento Europeo)*, Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III.
- (AHRQ) Agency for Healthcare Research and Quality. (2004) *Nationwide Inpatient Sample*. En www.marchofdimes.com/peristats (recuperado el 16 de Julio de 2004).
- ANTHONY, S., Buitendijk, S.E., Zondervan, K.T., van Rijssel, E.J., Verkerk, P.H. (1994). Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101 (12), 1064-1067.

- ARBERA, S., McKinlay, J., Adams, A. Marceau, L., Link, C. y O'Donnell, A. (2006). Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment, *Social Science and Medicine*, 62, 103-115.
- BATES, I., Fenton, C., Gruber, J., Laloo, D., Lara, A. M., Squire, S. B., Theobald, S., Thompson, R. y Tolhurst, R. (2004) Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *The Lancet Infectious Diseases*, 4, 36875.
- BENRUD, L.M. y Reddy, D.M. (1998). Differential explanations of illness in women and men, *Sex Roles: A Journal of Research*, 38, 375-386.
- BODOQUE, Y. (2001). Tiempo biológico y tiempo social: aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres, *Gazeta de antropología*, 17, texto 17-12 (disponible en internet: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_12Yolanda_Bodoque_Puerta.html, consultado el 27/5/2009)
- BOSCH, X. (1998). Spanish doctors criticised for high tech births, *British Medical Journal*, 317, 1406.
- CAHILL, H.A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: An historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 334-342.
- CAPLAN, P. (2004). The debate about PMDD and Sarafem: Suggestions for therapists. *Women & Therapy, A Feminist Quarterly*, 27, 55-67.
- CARROLI, G. y Mignini L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081.
- CHRISLER, J. y Caplan, P. (2002). The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: How PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annual Review of Sex Research*, 13, 272-306.
- CHRISTIANSON, L.M., Bovbjerg, V.E., McDavitt, E.C. y Hullfish, K.L. (2003). Risk factors for perineal injury during delivery, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 189 (1), 255-260.
- COMBS, CA., Robertson, PA., Laros, RK. (1990). Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 163, 100-104.
- COMBS, C.A., Murphy, E. y Laros, R. (1991). Factors associated with post partum hemorrhage with vaginal birth. *Obstetrics and Gynecology*, 77, 69-76.
- CUNNINGHAM, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D. (2001). *Williams Obstetrics*, New York, McGraw-Hill.
- EASON, E. y Feldman, P. (2000). Much ado about a little cut: Is episiotomy worthwhile? Clinical Commentary. *Obstetrics and Gynecology*, 95 (4), 616-618.
- EASON, E., Labrecque, M., Wells, G. y Feldman, P. (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 95 (3), 464-471.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, I. (2006). *La revolución del nacimiento*, Barcelona, Granica.
- FORCADES, T. (2006). *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*. Barcelona, Cristianismo i Justicia.
- GARCÍA-MORENO, C. (2002) Violence against women: consolidating a public health agenda. En Sen G, G. A. y Östlin, P. (Eds.) *Engendering international health: a challenge of equity*. Cambridge, MIT Press.
- GIL García, E., Romo Avilés, N., Póo, M., Meneses, C., Markez, I. y Vega, A. (2005). Género y psicofármacos: La opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 35, 402-7.
- GISMERO, E. (2002). Cuerpo y salud: determinantes e implicaciones de la insatisfacción corporal, en M.I. Serrano (ed.): *La educación para la salud en el siglo XXI*, Madrid, Díaz de Santos.
- GISMERO, E. (2008). Cambiar de cuerpo, *Mente y cerebro*, 29, 32-37.
- GRADY, D., David Herrington, D., Bittner, V. y otros (2002). Cardiovascular Disease Outcomes During 6.8 Years of Hormone Therapy. Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Follow-up (HERS II), *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 288, 49-57.
- HEISS, G., Wallace, R., Anderson, G.L., Aragaki, A., Beresford, S.A., Brzyski, R., Chlebowski, R.T., Gass, M., LaCroix, A., Manson, J.E., Prentice, R.L., Rossouw y J., Stefanick, M.L. (2008). Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 299 (9), 1036-1045.
- HENRIKSEN, T.B., Bek, K.M., Hedegaard, M. y Secher, N.J. (1994). Methods and consequences of changes in used of episiotomy. *British Medical Journal*, 309, 1255-8.
- HODNETT, E.D.; Gates, S.; Hofmeyr, G.J.; Sakala, C. (2007). *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2007, Nº 3. John Wiley & Sons, UK. Disponible en internet: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003766/frame.html> (recuperado el 20 de julio de 2009).

- HULLEY, S., Grady, D., Bush, T., Furberg, C., Herrington, D., Riggs, B., Vittinghoff, E. (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 280 (7), 605-13.
- HUXLEY, V. H. (2007) Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently, *Advances in Physiology Education*, 31, 1722.
- IASIST. (1997). *Hospitalización de agudos, 1996. Grupos relacionados con el diagnóstico*. Barcelona, IASIST.
- JOHANSON, R., Newburn, M., Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far?, *British Medical Journal*, 324,892-895.
- KLEIN, M.C. (1995). Studying episiotomy: When beliefs conflict with science, *The Journal of Family Practice*, 41, 483-487.
- LEDE, R., Balizan, J.M., Carroli, G. (1996). *Is routine use of episiotomy justified? American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 174 (5), 1399-402.
- LANZA, O. 1999. "Género, pobreza, salud y medicamentos". Comunicaciones *Fármacos*, Vol. 2 (1). Disponible en: <http://lanic.utexas.edu/proyect/farmacos/992com01.htm> (descargado el 20 mayo de 2006).
- LAUMANN, O., Paik A, y Rosen R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 281, 537-544
- LAWRENCE, S.C. y Bendixen, K. (1992). His and hers: Male and female anatomy in anatomy texts for U.S. medical students, 1980-1989. *Social Science and Medicine*, 25, 925-934.
- MARTÍNEZ BENLLOCH, I. (2004). Diferencia sexual y salud: un análisis desde las políticas de igualdad de género, en Barberá, E. y Martínez Benlloch, I.: *Psicología y Género*. Madrid, Pearson Educación.
- MASLOW, A.S. y Sweeney, A.L. (2000). Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term, *Obstetrics and Gynecology*. 95 (6), 917-22.
- MOYNIHAN, R. (2003). The making of a disease: female sexual dysfunction, *British medical Journal*, 326, 45-47.
- MOYNIHAN, R. (2005). The marketing of a disease: female sexual dysfunction, *British medical Journal*, 330, 192-194.
- MOYNIHAN, R., Heath, I. y Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering, *British Medical Journal*, 321, 886-890.
- MOSQUERA, C. (2002). La medicalización de la salud reproductiva de las mujeres: ¿suficientemente contrastados los beneficios y los riesgos?, *Gaceta Sanitaria*, 16,(Supl 1),66.
- (NCHS) National Center for Health Statistics (2004), final natality data. En www.marchofdimes.com/peristats (recuperado el 16 de Julio de 2004).
- (NCHS) National Center for Health Statistics (2009), final natality data. En www.marchofdimes.com/peristats (recuperado el 16 de Julio de 2004).
- OAKLEY, A. (1980). *Women confined; towards a sociology of childbirth*. Oxford: Martin Robertson.
- OAKLEY, A. (1985) Social support in pregnancy - the 'soft' way to increase birthweight?, *Social Science and Medicine*, 21(11), 1259-1268.
- OFFMAN, A. y Kleinplatz, P.J. (2004). Does PMDD belong in the DSM? Challenging the medicalization of women's bodies, *Canadian Journal of Human Sexuality, The*. En http://findarticles.com/p/articles/mi_go1966/is_1_13/ai_n7459081/ (recuperado el 9 de julio de 2009).
- OLZA, I. y Lebrero, E. (2005). *¿Nacer por cesárea?*. Barcelona, Granica.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1985). *Tener un hijo en Europa*. Informe Sanidad Pública en Europa, 26.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1985). *Declaración de Fortaleza: Tecnología apropiada para el parto*. Y (OMS, 1999). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra.
- PERSSON J., Wolner-Hanssen P. y Rydhstroem, H. (2000). Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstetrics and Gynecology* , 96 (3), 440-445.
- PHYSICIANS' Health Study Group (1989). Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. *The New England Journal of Medicine*, 321(3), 129-35.
- PUTTA, L.V., Spencer, J.P. y Conemaugh, T. R. (2000). Assisted vaginal delivery using the vacuum extractor. *American Family Physician*, 62(6), 1316-20.
- Redacción Ondasalud.com (2004). *La FDA mantiene su desconfianza en los implantes de silicona*. 9 de Enero de 2004 En www.dmedicina.com (recuperado el 20 de mayo de 2007).

- ROBINSON, J.N., Norwitz, E.R., Cohen, A.P. y Lieberman, E. (2000). Predictors of episiotomy use of first spontaneous vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology* 966 (2), 214-8.
- ROMO, N., Vega, A., Meneses, C., Gil, E., Markez, I., Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres, *Revista española de drogodependencias*, 28, 4, 372-379.
- RUIZ-CANTERO, M.T., Ronda, E. y Álvarez-Dardet, C. (2007). The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (2), ii11-16.
- RUIZ- CANTERO, M.T. y Verdú- Delgado, M. (2004). Gender bias in treatment. *Gaceta Sanitaria*, 18, 1, 118-125.
- SHIONO, P., Klebanoff, M.A. y Carey, J.C. (1990). Midline episiotomies: more harm than good?, *Obstetrics and Gynecology*, 75 (5), 765-770.
- STEINRUD MØRCH, L., Ellen Løkkegaard, E., Anne Helms Andreasen, A., Susanne Krüger-Kjær, S., Lidegaard, Ø. (2009). Hormone therapy and ovarian cancer , *JAMA*,302(3), 298-305.
- SULTAN, A., Kamm, M., Hudson, C. y Bartram, C. (1994). Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair, *British Medical Journal*, 308, 887 – 891.
- THACKER, S.B. y Stroup, D.F. (2006). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD000063. Oxford: Update Software.
- THORSON, A., Long, N. H. & Larsson, L. O. (2007) Chest Xray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 39, 337.
- TUBERT, S. (2002). *Mujeres y Salud*, 9. Disponible en. <http://mys.matriz.net> (descargado el 7 de mayo de 2009).
- TOURANGEAU, A., Carter, N., Tansil, N., McLean, A. y Downer, V. (1999). Intravenous therapy for women in labor: implementation of a practice change. *Birth*, 26 (1), 31-36.
- VACCARINO, V. (2006). Angina and cardiac care: are there gender differences, and if so, why?, *Circulation*, 113, 467-469.
- VALLS Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona, Random House Mondadori, Debolsillo.
- VALLS, C. y Arrizabalaga, P. (2005). *Las mujeres médicas, de la incorporación a la discriminación*, en *Medicina Clínica*, citado en El País, 21 de junio, p.44.
- VEGA, A.; Romo, N.; Meneses, C.; Gil, E.; Márquez, I.; Poo, M. (2004). Mujeres y prescripción de psicofármacos: un estudio comparativo entre comunidades autónomas, *A tu salud*, 45, 4-10.
- WAGNER, M. OMS. (1989). *Nacer en Europa, realidad y perspectivas*. Ponencia presentada en las I Jornadas Mediterráneas de Embarazo y Parto. Valencia. (Citado en Fernández del Castillo, I. (2006). *La revolución del nacimiento*, Barcelona, Granica).
- WAGNER, M. (1999). *Episiotomy: a form of genital mutilation*. *The Lancet*, 353, 1997-1998.
- WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS (2002). Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial, *JAMA*, 288 (3), 321-333.