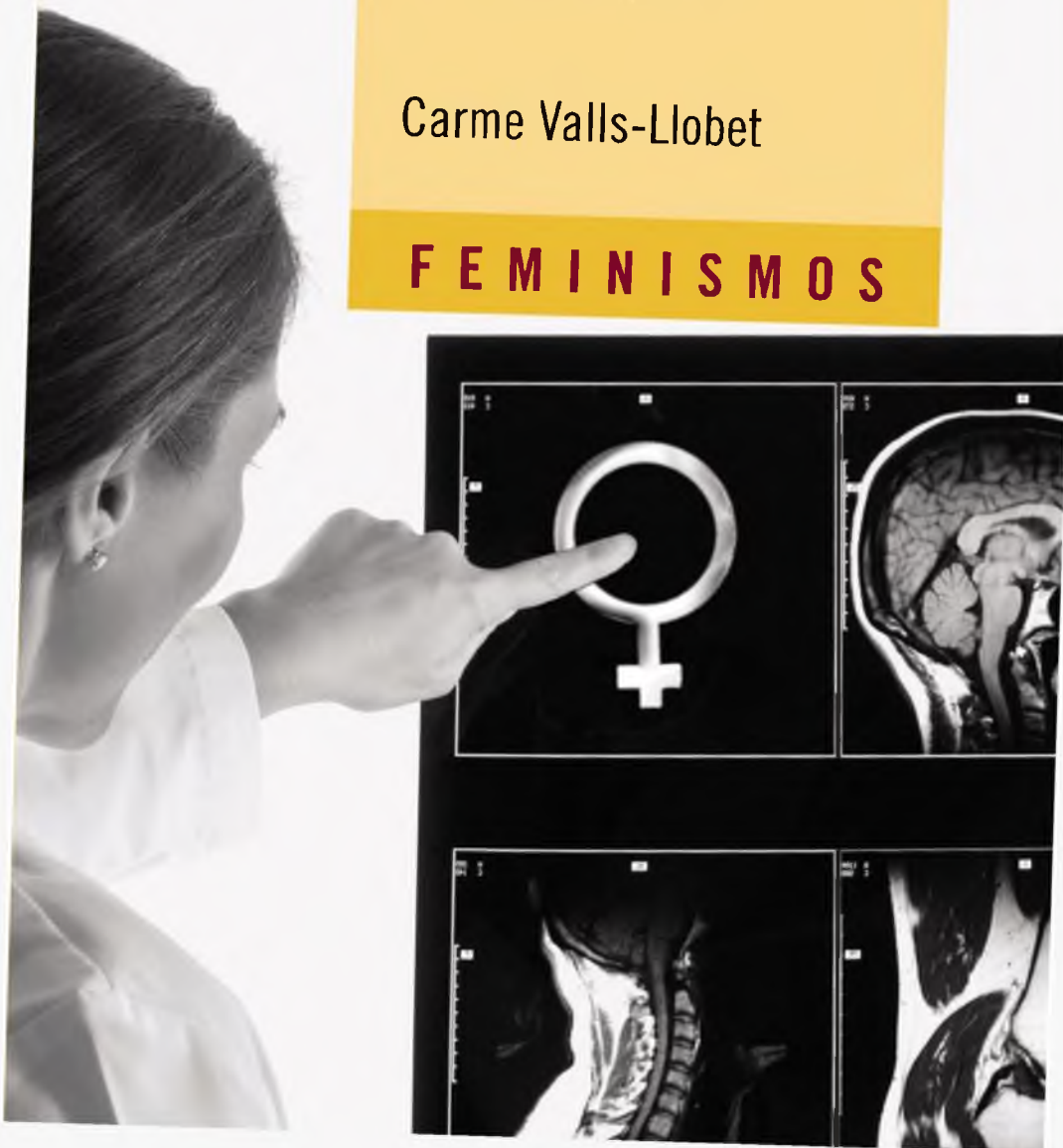


MUJERES, SALUD Y PODER

Carme Valls-Llobet

F E M I N I S M O S



Carme Valls-Llobet

Mujeres, salud y poder

EDICIONES CÁTEDRA
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
INSTITUTO DE LA MUJER

Feminismos

Consejo asesor:

Paloma Alcalá: Profesora de enseñanza media
Montserrat Cabré: Universidad de Cantabria
Cecilia Castaño: Universidad Complutense de Madrid
Giulia Colaizzi: Universitat de València
M^a. Ángeles Durán: CSIC
Isabel Martínez Benlloch: Universitat de València
Mary Nash: Universidad Central de Barcelona
Verena Stolcke: Universidad Autónoma de Barcelona
Amelia Valcárcel: UNED
Instituto de la Mujer

Dirección y coordinación: Isabel Morant Deusa: Universitat de València

1.ª edición, 2009

Diseño e ilustración de cubierta: aderal

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

N.I.P.O.: 803-09-070-6
© Carme Valls-Llobet, 2009
© Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S. A.), 2009
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Depósito legal: M. 45.842-2009
I.S.B.N.: 978-84-376-2616-1
Tirada: 1.500 ejemplares
Printed in Spain
Impreso en Anzos, S. L.
Fuenlabrada (Madrid)

*A las mujeres que deseen ser
protagonistas de su salud*

Prólogo

CELIA AMORÓS

Los profesionales de la medicina, tanto varones como mujeres, e independientemente de su competencia, rara vez reflexionan sobre el sentido de su quehacer. Sólo en casos en que, como el de Carme Valls-Llobet, existe de forma consciente un compromiso ético y político con la salud de las mujeres, se activa un dispositivo que hace pasar al nivel que podríamos llamar metarreflexivo: el que se ocupa de esclarecer una serie de supuestos bajo los cuales se opera sin haberlos puesto nunca en cuestión, así como de condiciones asumidas de un modo acrítico. El cuestionamiento se produce al hilo de determinados escollos y peculiaridades que surgen en el tratamiento de las cuestiones específicas que plantean determinados problemas de salud de las mujeres.

De la competencia en el ejercicio de la profesión de Carme Valls-Llobet he sido testigo y beneficiaria: me trató cuando tuve una crisis de fibromialgia en la que otros colegas fracasaron. A pesar de la distancia, pues yo estaba en muy malas condiciones para desplazarme a Barcelona, tuvo

intervenciones muy atinadas: sabía lo que se llevaba entre manos. Y es que en su caso se produce un círculo virtuoso. Por una parte, las dificultades de su práctica profesional en el tratamiento de enfermedades que pueden considerarse específicas de mujeres —su incidencia estadística entre ellas es significativa— le llevan a esclarecerlas desde la perspectiva feminista, la única perspectiva idónea para el caso. Hay que tener en cuenta como pertinentes no sólo condiciones fisiológicas, sino de vida y trabajo, que inciden en este tipo de dolencias y que suelen ser pasadas por alto en la medicina convencional. Por otra parte, el manejo de lo que podríamos llamar ciertos *inputs* feministas ilumina las proyecciones que hay que llevar a cabo en esta clase de malestares complejos, rebeldes para la medicina convencional, que es ciega para las diferencias de género. Por esta razón, nos encontramos ante un ámbito de patologías en el que la profesionalidad *tout court* no puede ahorrarse el nivel reflexivo.

Pues bien: en este nivel reflexivo surge una serie de conceptualizaciones y de consideraciones en relación con las cuales me es grato dialogar con Carme Valls-Llovet desde una especialidad como la mía, la filosofía, muy distante de la suya, la medicina, si bien ha compartido con ella históricamente determinados tramos: recordemos que Aristóteles era filósofo y biólogo. Para el Estagirita, cuyo pensamiento ha ejercido una gran influencia a través de varios siglos, el varón asume lo genéricamente humano. No hay dos modalidades diferentes de ser humano: nos encontramos, al pensar lo masculino y lo femenino, con lo canónico *versus* lo deficitario: la mujer es un «varón fallido». Ya en Platón se nos presenta lo que podríamos llamar el «ninguneamiento» epistemológico de aquello que opera como receptáculo. En el *Timeo* se nos muestra a *jora*, el recipiente que alberga todas las cosas, como carente de identidad consigo mismo. Como dijo Heidegger: «Aquello en lo cual están puestas las cosas que devienen no debe ofrecer un aspecto propio y una propia apariencia.» Según el mismo Platón, sólo nos es aprehensi-

ble «por medio de una suerte de razonamiento bastardo». Bastardo es el conocimiento de aquello que tiene connotaciones femeninas porque no le vamos a pedir legitimidad epistemológica a lo que carece de calidad ontológica. La mujer se limita a acoger el feto en su seno: no aporta a la reproducción principio activo alguno. Se define por su carencia: no es de extrañar, en estas condiciones, que el descubrimiento del ovario haya sido tardío.

Otra variante de la asunción por parte del varón de lo genéricamente humano y de la impostación en lo masculino de lo neutro es la contrastación de lo masculino y lo femenino como la de lo canónico frente a lo idiosincrásico. Entiéndase bien que no se contraponen aquí dos idiosincrasias a idéntico título: una contraposición tal ha de tener como su presupuesto la igualdad. Si afirmo que tan valiosa es tu diferencia como la mía, que ser varón es equivalente a ser mujer como ser negro es equivalente a ser blanco, estoy presuponiendo la igualdad. La igualdad es algo distinto de la identidad: nadie afirma que el varón y la mujer o el negro y el blanco sean idénticos. La igualdad es una abstracción —es decir, un dejar afuera como carentes de interés los efectos de la homologación de rango que quiero establecer— que tiene determinadas condiciones históricas de posibilidad y concretos contextos de pertinencia. Determinadas condiciones históricas de posibilidad, como la erosión hasta la abolición, por ejemplo, de las jerarquías estamentales medievales europeas para que pudieran emerger abstracciones universalizadoras ilustradas tales como individuo, sujeto, ciudadano. Y su radicalización hasta la inclusión de las mujeres, como ocurrió cuando se ganó la lucha sufragista. Concretos contextos de pertinencia, como los derechos civiles y políticos, por ejemplo, así como los derechos humanos. También la consideración de las mujeres como sujetos éticos autónomos emancipados de la heteronomía a que un Rousseau quería condenarlas. Por el contrario, un contexto en el que la abstracción no sería pertinente, porque automáticamente vendría a sola-

parse con una tan indeseable como falsa identidad, sería el de la medicina. La diferencia es también abstracción: aquí se deja entre paréntesis lo genéricamente humano común para centrarse en lo diferencial en función del sexo. Si en este ámbito no se lleva a cabo la abstracción de la que resulta lo que es «diferencia» en las mujeres, ya biológica, ya social o culturalmente, no se investigará «lo diferente» en condiciones de igualdad con aquellas en las que tiene lugar el estudio de lo que resulta ser específico del sexo masculino. Lo masculino volverá así a instituirse en la norma canónica de lo genéricamente humano y lo femenino no tendrá más opción que la de ser pensado por defectividad, en la línea aristotélica, o como idiosincrasia, es decir, como desviación del canon. Así, el derecho a la diferencia presupone el derecho a la igualdad, a ver reconocida mi diferencia como equivalente, igual a la tuya en el orden del derecho al reconocimiento y al otorgamiento de valor. Igualdad no es identidad: si afirmo que la justicia es igual a la misericordia, por ejemplo, en tanto que virtudes, no me refiero en absoluto a que se las pueda identificar: cada una tiene su sentido propio. Y para que la diferencia no sea pensada ni ponderada como desigualdad, la abstracción «igualdad» ha de estar operativa. El derecho a la diferencia implica siempre el derecho a la igualdad: los gays y las lesbianas piden que la diferencia en su orientación sexual sea reconocida como digna *del mismo* respeto —con las consecuencias jurídicas y de otros órdenes que este respeto conlleva— que la de los heterosexuales. Ciertos debates de «igualdad» *versus* «diferencia» se suscitan a veces porque no se cae en la cuenta de que tanto la igualdad como la diferencia son abstracciones. La cuestión estriba en cómo y por qué se llevan a cabo y en cómo se manejan cognoscitiva y políticamente.

La autoexigencia reflexiva sobre su práctica científica ha llevado a Carme Valls-Llobet a estudiar a autores y autoras complejos y difíciles como Foucault, Sandra Harding, Amartya Sen, Donna Haraway... «El biopoder» de Michel

Foucault ha reclamado particularmente su atención; toma de Amartya Sen los datos y la preocupación por los feminicidios en Asia, donde «faltan 100 millones de mujeres» y «mañana, en sus dos gigantes, India y China, vivirán varias decenas de millones de hombres solteros», con consecuencias imprevisibles... Se muestra de acuerdo con Sandra Harding en que «en las disertaciones morales y políticas encontraremos los paradigmas del discurso racional y no en los razonamientos científicos que afirman haber prescindido de la moral y la política...». Pero lo que en mi opinión es del mayor interés es su sintonía con Donna Haraway en sus consideraciones sobre la biotecnología, de tantas implicaciones para la salud de las mujeres. La autora de *Testigo_Moderato@Segundo_Milenio.HombreHembra©Conoce_Oncoración®* ha afirmado que «la biotecnología es la continuación de la política por otros medios...». Financiada por grandes corporaciones, sus proyectos decidirán «quién vivirá y quién morirá», en qué clase de mundo habitable viviremos, si es que vivimos. Y para ello es fundamental, como Carme Valls-Llobet lo hace, interesarse por qué tipo de ciencia es aquella que se haría en un mundo igualitario. Donna Haraway ironiza al respecto sobre la bioética, que constituye «una industria» y que procede contrastando los resultados de la ciencia ya acabada con determinados valores abstractos... Propone como alternativa la participación de las mujeres feministas, entre otros agentes sociales progresistas, en el proceso mismo de constitución de la ciencia, en los diseños de investigación, en la selección de las metáforas, que nunca son inocentes. Hace referencia en este sentido a las metáforas militaristas que pueblan la investigación sobre el SIDA, y que, en un efecto de *feedback*, inspiran los diseños de las maniobras militares: se propone así que determinados cuerpos de élite tomen su modelo organizativo de una concepción del sistema inmunológico como un campo de batalla. Nuestra bióloga desea que las mujeres salgan del analfabetismo en este orden de cuestiones para poder acceder a un

estatuto de ciudadanía «en la república de la tecnociencia». Carme Valls-Llobet nos da ejemplo de ello con su solvencia, sus actitudes y sus intereses: es una ciudadana de merecido derecho a ingresar en esa república, en la que nos va la vida. Ojalá la imiten muchos otros y muchas otras profesionales. Este libro, sin duda, es una importante colaboración al sugerente programa harawayano de implicar el proceso de la constitución de la ciencia en las cuestiones relativas a la ciudadanía. Y una aportación, por tanto, a una epistemología comprometida con la salud y la libertad de las mujeres.

Introducción

Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones les son ajenas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea¹.

Los trabajos sobre mujeres y biología tienen dos partes que parecen reforzarse mutuamente. Por un lado están los estudios que recuperan las aportaciones de las mujeres a la historia de la biología, que rastrean genealogías de mujeres en la producción de prácticas y de pensamiento biológico. Los estudios feministas se ocupan también de estudiar los sesgos de género del propio conocimiento. Ambos, genealogía y sesgos de género, pueden reforzarse mutuamente, o no hacerlo (...). Pero en el conocimiento público y en sus políticas han logrado más influencia la preocupación por la genealogía y el reconocimiento de las funciones sociales, culturales y profesionales que desempeñan y podrían desempeñar las mujeres, que el hecho de que el conocimiento experto pudiera no ser neutral sino aparecer cargado de culturas cuya singularidad y sexismo no serían tan populares².

¹ Victoria Sau, *Reflexiones feministas para principios de siglo*, Madrid, Horas y Horas, 2000, pág. 49.

² María Jesús Santesmases, «Mujeres, biología y feminismos: un ensayo bibliográfico», *Isegoría*, núm. 38, 2008, págs. 169-178.

La historia de la Medicina no escapa de los sesgos patriarcales de las otras ciencias, y además de la genealogía oculta y de los sesgos de género en su contenido, ha olvidado muchas veces que el objetivo de su ciencia se refiere a los seres humanos, que de seres que habrían de ser protagonistas de salud, de ser sujetos de su proceso vital, han pasado a ser objetos dentro de la oferta y demanda sanitaria.

El primer problema al abordar la salud de las mujeres y su empoderamiento (si pueden o no ser protagonistas de sus vidas) se ha producido por quiénes han impartido o han decidido cómo era la salud. Han sido fundamentalmente los estudios que han partido de las Facultades de Medicina los que han iniciado la concepción del estado de salud y de lo que es enfermedad. Estos estudios han nacido principalmente a partir de las personas hospitalizadas, que en su mayoría han sido hombres. Por lo tanto, la mayoría de conocimientos médicos provienen de la patología masculina. Antes de la era que empezó con Vesalio a investigar la anatomía del cuerpo humano con las disecciones multitudinarias, no existía ciencia pero sí opiniones que, desde Aristóteles a los padres de la Iglesia, decidían quién era superior y quién inferior, quién era portador de la vida y quién tan sólo un receptáculo del homúnculo ya formado en el espermatozoide. Después, como veremos, las ciencias de la salud han sido investigadas y analizadas con miradas que contienen también sesgos de género. El primer modelo de estudio de la Medicina ha sido el que plantea que las enfermedades no tienen sexo, que hombres y mujeres son iguales y que no hay diferencias en el enfermar, ni por razones biológicas ni por razones sociales. En determinadas patologías la frecuencia era mayor para el sexo masculino y en otras para el femenino, pero quedaba implícito que las enfermedades causadas por agentes externos o cambios internos no tenían matices diferenciales al evolucionar en un hombre o en una mujer. Ni los tratamientos tampoco. Estudiando a los hombres, ya estaban estudiadas todas las mujeres, menos en el embarazo y el parto; ésta era la única diferencia

que formaba parte de los estudios básicos de medicina y profesiones sanitarias.

A partir de los años 70-80 del siglo xx, una corriente científica, fundamentalmente feminista, empezó a plantear que la salud de las mujeres dependía de problemas sociales y culturales, de la discriminación y la violencia que habían sufrido y que, por lo tanto, los problemas de salud eran fundamentalmente sociales. Aunque partían de la base de que biológicamente hombres y mujeres éramos iguales, que el problema diferencial estaba en la violencia social o en la discriminación social.

En estas corrientes se implican los trabajos para entender y relacionarse con el cuerpo por parte de las diversas corrientes feministas y psicoanalíticas, que desde hace años se acercan a la realidad corporal desde diversas aproximaciones. Tal como relata la médica y antropóloga Mari Luz Esteban, los primeros años universitarios de la carrera de Medicina, tanto los suyos como los míos, estuvieron

marcados por una visión negativa del cuerpo femenino y de su «especificidad» (ciclicidad, menstruación, embarazo, maternidad, lactancia), negatividad directamente entroncada en algunas teorías feministas de la igualdad (...) con Mary Wollstonecraft, Simone de Beauvoir, Shulamit Firestones, y que se traducía en la idea de que el cuerpo es una limitación para el acceso de las mujeres a los derechos y privilegios que la sociedad otorga a los hombres (...) desde estas posiciones el cuerpo está biológicamente determinado, es un «alien» para los fines culturales e intelectuales, haciendo una distinción entre una mente sexualmente neutra y un cuerpo sexualmente determinado y limitado; así, lo masculino no estaría nunca limitado en su trascendencia, mientras que lo femenino, sí³.

³ Mari Luz Esteban, *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Barcelona, Bellaterra, 2004.

Después relata cómo la mayoría de teóricas feministas, Juliet Mitchell, Julia Kristeva, Michèle Barret o Nancy Chodorow, el feminismo marxista y el feminismo psicoanalítico, participan de una perspectiva constructivista, en la que defienden que «la identidad, la subjetividad, se construye socialmente»⁴, aunque continúan pensando que hay una separación entre mente y cuerpo, la mente como producto de la ideología, de la cultura, de la historia y de la sociedad, y el cuerpo como si no tuviera ninguna relación con la cultura ni con la sociedad. Un cuerpo «natural y pre-cultural».

El reto estaría, entonces, en dotar de *diferentes significados al cuerpo y la biología*. Sigue siendo operativa la distinción entre sexo y género, como una deducción de la distinción entre lo biológico, lo natural, y lo mental, lo social, lo ideológico. Este énfasis en la minimización de las diferencias biológicas y en la búsqueda de unos diferentes significados y valores culturales es lo que caracteriza todos mis trabajos y reflexiones en salud reproductiva y sexual⁵.

Durante el desarrollo del libro intentaré demostrar que minimizar las diferencias biológicas nos aleja de la realidad también, ya que en ellas se manifiestan tanto las influencias culturales y medioambientales, como las genéticas asociadas a las diferencias endocrinológicas entre mujeres y hombres, y casi individualizadas en cada ser humano por su historia clínica y su biografía. Como dice Hélène Cixous⁶: «escribir ¿no es un gesto, un despliegue, un envío de miradas ante mí, ante sí para intentar, para tratar de ver?, ¿no es un intento de

⁴ *Ibid.*, pág. 33.

⁵ *Ibid.*, pág. 34.

⁶ Hélène Cixous y Jacques Derrida, *Lengua por venir/Langue à venir*, Seminario de Barcelona, Marta Segarra (ed.), Barcelona, Icaria, 2004.

ver?»). Intentaré ver a través de los múltiples estereotipos que hay de simbólico, de imaginario y de real en las ciencias de salud, que intentan estudiar la salud de los seres humanos, y por qué continúa el empeñamiento de hacer invisible lo que rodea la salud de las mujeres. Como dice Jacques Derrida⁷: «la historia de la verdad siempre ha sido imaginada por los filósofos como una historia del velo: revelación y desvelo, (...) estoy cansado, hemos trabajado demasiado, quiero quitarme este velo y pensar la verdad de otra manera, si hay una verdad de otra manera».

Existen muchas lecturas del cuerpo humano que intentan entenderlo como un TODO, pero que corren el riesgo de intentar unificar lo que sólo está relacionado o anudado. La acupuntura, la homeopatía y otras medicinas alternativas se acercan al organismo humano con aproximaciones energéticas, químicas o naturales. Dependiendo del profesional que las ejerce, la visión puede ser determinista, con lo que congela los síntomas y los pretende explicar sólo unívocamente o los hace entrar en relación con las diversas capas y funciones del organismo. El grupo que lidera el psicoanalista Alberto Caballero ha desarrollado una aproximación muy interesante de la relación de síntomas con los movimientos de la energía corporal⁸.

A él también le debo la consideración del lenguaje médico en relación con los análisis del laboratorio, las técnicas de exploración del cuerpo a través de las imágenes (tomografía axial computerizada [TAC], resonancia magnética [RNM], radiografías convencionales), como intersecciones entre lo simbólico y lo imaginario que desarrollaré en el capítulo sexto, en el que el lenguaje de los datos también contribuye a naturalizar la inferioridad.

⁷ Hélène Cixous y Jacques Derrida, *Velos*, México, Siglo XXI, 2001.

⁸ Alberto Caballero, *De los sistemas anatómicos a los circuitos corporales*, GEIFC, Documento 1, 2006, www.geifc.org.

La ciencia médica de los años 1990 hasta 2000 se vio sacudida por la constatación de una diferencia que no había sido estudiada hasta entonces, el brusco descubrimiento de una nueva enfermedad denominada menopausia. Promovidos los reclamos publicitarios por la industria farmacéutica que deseaba colocar unos determinados productos, se asoció, en su estrategia de marketing, menopausia a dolor y decrepitud corporal, sin estudios epidemiológicos que basaran sus afirmaciones y sin estudios clínicos que investigaran las causas del dolor y su diagnóstico diferencial. Se aceptó por primera vez que existía una diferencia biológica, pero se convirtió a las mujeres en víctimas de su cuerpo. Aunque, en los estudios de salud, la menstruación se había estudiado de forma muy superficial, y no se había relacionado que pudiera influir de ninguna forma en la salud o en el humor o en el funcionamiento del organismo, su desaparición hizo aparecer por primera vez una palabra que es la de «víctimas», víctimas del cuerpo, que dejaron a millones de mujeres en un estado de indefensión, sin razones para saber, sin argumentos para decidir y con miedo a determinadas catástrofes futuras (no demostradas), si no aceptaban para siempre la terapia hormonal sustitutiva.

En el año 1996, durante el primer Congreso Internacional Mujeres, Salud y Trabajo⁹, las investigadoras de todo el mundo que nos hemos organizado y estamos trabajando en la Red Internacional de Mujeres, Salud y Trabajo acordamos adoptar la definición propuesta por la doctora Jerilynn Prior, feminista y endocrinóloga en Vancouver, por la que entendemos que la salud de las mujeres se debe analizar en relación con la biología, con la psicología y con la sociedad, entendiendo por sociedad no sólo la cultura, sino las condiciones de vida y trabajo y los con-

⁹ *Congreso Internacional Mujeres, Salud y Trabajo*, Barcelona, CAPS, 1996.

dicionantes de la salud que provienen del medio ambiente a través del agua, aire, alimentos y cosméticos. Durante los siete primeros capítulos detallaré cómo se imbrican las causas *bio-psico-sociales* en la salud y qué diferencias existen entre mujeres y hombres, y dentro de los mismos colectivos.

Pero la primera constatación desde el año 1990 en que realizamos el Congreso de Mujer y Calidad de Vida en Barcelona, fue la de comprobar que no había ciencia de la diferencia y que las mujeres habían sido invisibles para la ciencia médica: tanto los aspectos biológicos como la clínica de las enfermedades no se habían estudiado de forma diferencial, entre mujeres y hombres, y entre las mismas mujeres.

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y SU INTERFERENCIA EN LA CIENCIA Y ASISTENCIA DE LA MEDICINA

Pero si existen cada vez más datos científicos que nos ponen de manifiesto la existencia de diferencias en el modo de enfermar entre hombres y mujeres, en la evolución de las enfermedades y en la forma en que actúan los medicamentos, ¿por qué se continúan considerando como inferiores o poco importantes los problemas crónicos que presentan las mujeres? ¿Por qué no se incluye todavía a las mujeres en los ensayos clínicos de forma sistemática? ¿Por qué se medicalizan sistemáticamente los procesos naturales como el embarazo, el parto y la menopausia? ¿Por qué no se estudian los problemas que realmente padecen y en cambio se crean nuevos problemas cuando se trata el dolor y el malestar con psicofármacos, sin averiguar las causas o las patologías subyacentes? ¿Cómo se han construido e introducido en el inconsciente de los profesionales de la medicina los estereotipos de género que creen que todo lo referente a las mujeres es inferior, maligno, debe ocultarse o debe esconderse porque no es relevante?

El hecho de que las mujeres sean invisibles¹⁰ para la atención sanitaria en el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades, o que sus síntomas sean confundidos, minimizados o no bien diagnosticados y que sus quejas sean frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicósomática, hace replantear las bases en que se ha apoyado la ciencia para reconocer los problemas de salud de hombres y mujeres. En este campo, *los avances en la innovación han sido muy desiguales*, y poco sistemáticos, en cada una de las especialidades médicas, en las que todavía existen pocos datos de investigación diferenciados por sexo, y en las que se cruzan de forma incorrecta y reduccionista las causas y los efectos de determinadas patologías.

Los estereotipos de género que vamos analizar en este libro son los que han excluido o sesgado la ciencia referente a las mujeres dejándolas INVISIBLES respecto a su realidad bio-psico-social (capítulos del 1 al 7), los que han considerado a las mujeres como INFERIORES, y todo lo relacionado con ella como poco importante o relevante para ser estudiado (capítulos del 8 al 10); y los que han considerado que es necesario que las mujeres sean CONTROLADAS para que no se desvíen de la norma marcada por la ciencia androcéntrica (capítulos del 11 al 13).

Para conseguirlo se hacen pasar por ciencia las mismas operaciones que se han practicado sobre el cuerpo de las mujeres, las tres reglas del patriarcado¹¹:

Naturalización de la diferencia sexual como inferioridad, dejando como natural el hecho de que lo masculino está unido a la agresividad, al poder y a la dominancia, frente a la pasividad, sumisión y debilidad de lo femenino.

¹⁰ Carme Valls-Llobet, *Mujeres Invisibles*, Barcelona, Editorial Debolsillo, 2006.

¹¹ Rosa Pastor, «Cuerpo y género: representación e imagen corporal», en Ester Barberá e Isabel Martínez Benlloch, *Psicología y género*, Madrid, Pearson Educación, 2004, pág. 223.

Fragmentación del cuerpo y de la experiencia: los sujetos (principalmente las mujeres aunque también les sucede a algunos hombres) no pueden relatar ni la propia evolución de sus síntomas, ni sus experiencias en relación con su cuerpo y sus dolencias, y acompañado por la extrema especialización de la medicina y la visión tecnológica del cuerpo con exploraciones cada vez más sofisticadas, la relación con la asistencia sanitaria acaba diluyendo la experiencia y fragmentando los cuerpos, y aplicando tratamientos para los síntomas, a veces incompatibles entre sí. Nada más lejos de la visión del cuerpo como organismo en el que todo está en relación.

Objetualización de los sujetos: las mujeres, y ya bastantes hombres, pasan a ser objetos de mercado para ser poseídas/dos y manipuladas/dos, a través de los cosméticos, la cirugía, la industria de la moda y medicalizaciones varias. Estos estereotipos han sesgado todas las ciencias, y las ciencias de la salud, y en concreto la medicina, no han escapado de los sesgos de género, que han permanecido ocultos, porque creo que desenmascarar las contradicciones y los sesgos androcéntricos de una ciencia lo han de hacer las mismas médicas y médicos, las mismas científicas y científicos.

GÉNERO, SEXO Y BIOLOGÍA

Dentro de los estudios feministas hay pocos grupos que hayan estudiado las diferencias desde el punto de vista biológico. Evelyn Fox Keller¹² ha sido la pionera, con una relectura de los conceptos biológicos de célula y citoplasma, con una crítica al papel del óvulo pasivo y expectante a la llegada de un espermatozoide que cabalga intrépido, para llegar a la membrana y penetrar. Un concepto muy ligado a

¹² Evelyn Fox Keller, «Interview with Evelyn Fox Keller», *BioEssays*, 27, 2005, págs. 748-758.

las crónicas de los caballeros andantes, pero muy lejano de la realidad biológica, como demuestra ella.

Es importante tener claros los conceptos de *sexo, identidad de género, papel de género y orientación sexual*, que son términos ambiguos y que en la biología y en la endocrinología pueden tener significados diferentes a los de la sociología, la antropología y la misma filosofía. Pero creemos que los estudios feministas ya no pueden obviar la consideración del cuerpo como *organismo*.

El objeto material de la Biología son los *organismos*, no la vida. Es decir, el estudio de esa *clase natural* de objetos caracterizados por poseer un *cuerpo*, sometido a un *ciclo vital*, cuyo comportamiento depende de la interacción de sus propios *programas* con el *ambiente*. El *objeto formal* de la Biología será el estudio, en particular, de esos cuatro elementos: cuerpo, ciclo vital, programas y ambiente. Los organismos humanos participamos de las mismas características¹³.

Huyendo de cualquier determinismo, ya no podremos olvidar el papel de las distintas hormonas en el desarrollo del sistema nervioso y del cerebro humano¹⁴, ni las interacciones que las condiciones del medio ambiente o las condiciones de trabajo tienen con nuestro sistema endocrinológico, autoinmune y músculo esquelético. Aunque sin caer en los estereotipos de las diferencias, como esencia, como ha discutido en profundidad la bióloga feminista Fausto-Sterling, que discute la sexuación del cuerpo de las mujeres llegando a las hormonas esteroides y al cuerpo calloso.

Como veremos ya desde el primer capítulo, el concepto de género puede ser usado también como forma de invisibi-

¹³ Joaquín de Juan Herrero y Rosa Pérez Cañaveras, «Sexo, género y biología», *Feminismo/s*, Edita Centro de Estudios de la Mujer de Alicante, núm. 10, 2007, págs. 163-185.

¹⁴ Louann Brizendine, *El cerebro femenino*, Barcelona, RBA Libros, 2007.

lizar las palabras mujer y mujeres, y por ende su participación en la vida social, científica y académica. Todo depende del sentido y de la acción de los que investigan, para que utilicen la palabra «género» para definir el constructo ideológico y cultural, que ponga de manifiesto los condicionantes a nivel del terreno imaginario o simbólico, y no para ocultar las diferencias entre mujeres y hombres, y entre los mismos colectivos dentro de éstos. Pioneras en este campo han sido Judy Norsigian y el colectivo Boston y su libro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*¹⁵.

¿QUÉ SIGNIFICA TENER SALUD? LA SALUD COMO LIBERTAD

Me gusta la definición de salud como proceso para conseguir una autonomía personal, solidaria y gozosa, que acuñó el médico Jordi Gol y Gorina en el Primer Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, para huir del concepto de salud como ausencia de enfermedad, que continúa solapando dos términos que deberían definirse de forma separada.

F. Peter¹⁶ subraya que hay dos modelos dominantes de salud. El que llama *positivista*, relacionado con una promoción idealista de un estado de bienestar psíquico, físico y social, tal como reza la definición de la OMS, y el que denomina *biomédico*, que se refiere a la evitación de enfermedades. Ninguno de ellos está suficientemente implicado con los problemas de la equidad. Sugiere un tercer modelo, que describe como *la salud como libertad*, en el que une los dos conceptos anteriores pero hace énfasis en la necesidad de potenciar la capacidad de decisión personal, el empodera-

¹⁵ The Boston Women's Health Book Collective, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Barcelona, Plaza & Janés, 2000.

¹⁶ F. Peter, «Health equity and social justice», *J Appl Philosophy*, 18 (2), 2000, págs. 159-170.

miento de los individuos, del acceso a los recursos para tener unas vidas más saludables, más que en dar informaciones o medicaciones para combatir riesgos que podrían cambiar modificando hábitos de vida.

Introduje el concepto *salud para disfrutar* o *salud para vivir* para entender un nuevo concepto de salud ligado a la potenciación de la energía de las personas, a mejorar su rendimiento físico e intelectual subsanando la mayoría de carencias metabólicas o las disfunciones endocrinológicas. Un concepto de salud relacionado con la calidad de vida, con la capacidad de trabajar en mejores condiciones, pero no sólo entendiendo el cuerpo como productivo, sino como cuerpo de seres capaces de gozar del ocio, de la sexualidad, de la sensualidad y de las relaciones humanas. Tal como reflexiona Judith Butler, ¿nos podemos plantear una salud para disfrutar, si muchas de las mujeres sólo se pueden permitir sobrevivir?

Diría que la cuestión de la vida se halla de diversas maneras en el centro de gran parte de la teoría feminista y, en particular, de la filosofía feminista. La cuestión sobre la vida podría ser planteada de diversas formas: ¿Qué es la buena vida? ¿Cómo se ha concebido la buena vida de forma que las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización? ¿Qué sería la buena vida para las mujeres?

(...) Que el feminismo siempre haya pensado acerca de las cuestiones de la vida y la muerte implica que el feminismo ha sido siempre, hasta cierto punto y en cierta manera, filosófico. Se pregunta cómo organizamos la vida, cómo le otorgamos su valor, cómo la salvaguardamos de la violencia, cómo obligamos al mundo y a sus instituciones a cobijar nuevos valores, lo cual implica que sus actividades filosóficas están en cierto sentido aunadas con el objetivo de la transformación social¹⁷.

¹⁷ Judith Butler, *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2006, pág. 290.

Ésta es una asignatura pendiente de la medicina, ya que al dar como normales síntomas y análisis de laboratorio no los relaciona con la calidad de vida vinculada con la salud, y acaba normalizando la inferioridad, como veremos en el capítulo 6, en lugar de potenciar al máximo la energía, el placer y la creatividad de las mujeres.

Por ello estoy de acuerdo con Donna Haraway¹⁸ en que podemos y debemos convertir a las mujeres en agentes de cambio («Manifiesto para *cyborgs*») y hacer el paso hacia mujeres como seres protagonistas de su salud y su destino, y no víctimas eternas en manos de sus agresores y agresoras, físicos, imaginarios o simbólicos. Para identificar los condicionantes que nos impiden el desarrollo de las potencialidades de las mujeres, me ha ayudado en parte el denominado «feminismo de la diferencia», que «no considera al cuerpo como un objeto ahistórico ni biológicamente dado, sino como constituido en el orden del deseo, de la significación, de lo simbólico, del poder, entre las que habría que destacar a Luce Irigaray, Hélène Cixous, Monique Wittig y Elizabeth Grosz»¹⁹.

Pero en la relación de la salud y el cuerpo, con las condiciones de vida y trabajo y las discriminaciones que nos están limitando, quienes me han ayudado a encontrar un camino de análisis y a entender mi propia práctica profesional han sido Celia Amorós, Victoria Sau, Teresa del Valle, Amelia Valcárcel, Judith Butler, Anna Freixas, Mari Luz Esteban y Ana Delgado.

Precisamente Grosz subraya que el cuerpo puede ser un vehículo para el cambio psicológico, con una relación sorprendente de abajo arriba, en el que el cuerpo no desempeña ningún papel, ni como organismo, ni como fisiopatología:

¹⁸ Donna Haraway, «Manifiesto para *cyborgs*», en *Ciencia, «cyborgs» y mujeres*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1995, págs. 251-311.

¹⁹ Mari Luz Esteban, *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Barcelona, Bellaterra, 2004, pág. 38.

«En la versión más dura, el cuerpo es en sí mismo irrelevante para la transformación política, y, en la más blanda, es un vehículo para el cambio psicológico, un instrumento para un efecto más profundo. Porque lo que hay que cambiar son las actitudes, las creencias, los valores, más que el cuerpo en sí»²⁰. Pero yo añado, e intentaré demostrarlo a lo largo del libro, que es muy difícil y para algunas mujeres casi imposible, cambiar actitudes y valores, en un cuerpo cansado, agotado, por la doble jornada o por las microviolencias diarias, en el trabajo y en las relaciones personales, o por las carencias nutricionales o las disfunciones endocrinológicas, las menstruales y las provocadas por el medio ambiente o la medicalización excesiva del cuerpo.

LAS RELACIONES DE PODER

El cuerpo que somos está efectivamente regulado, controlado, normativizado, condicionado, por un sistema de género diferenciador y discriminador para las mujeres, por unas instituciones concretas a gran escala (publicidad, moda, medios de comunicación, deporte, medicina...). Pero esta materialidad corporal es lo que somos, el cuerpo que tenemos, y puede ser (y de hecho lo está siendo) un agente perfecto en la confrontación, en la contestación, en la resistencia y en la reformulación de nuevas relaciones de género; al igual que hace veinte o treinta años lo fue el cuerpo reproductivo/sexual... Es preciso y urgente hacer discursos diferentes sobre el cuerpo y la imagen corporal que sean críticos con los esquemas sociales hegemónicos pero que demuestren también la contradicción, la discusión, la resistencia en la experiencia de

²⁰ Elizabeth Grosz, *Volatile Bodies. Toward a Corporeal Femenism*, Indiana University Press, 1994.

mujeres y hombres, y que sean capaces también de identificar las posibilidades reales, las prácticas innovadoras que existen dentro de esta sociedad y de esta cultura del cuerpo. Que permitan asimismo anticipar, sugerir, inventar otras... Supone también pensar que todo avance feminista, todo «empoderamiento» para las mujeres a nivel social, implica siempre una experiencia del cuerpo visto y vivido, y que tenemos que analizar estos procesos para ensanchar nuestros horizontes de comprensión. Es decir, hay que conjugar la crítica cultural y política con un nuevo análisis del cuerpo y la imagen²¹.

Como dice Alberto Caballero: «El desplazamiento de la mujer, de objeto, para el fantasma masculino, a sujeto con sus propios objetos, lleva a la fórmula “no hay (encuentro) relación sexual”, lo que significa que deja de ser cuerpo para el goce masculino y se pregunta sobre su propio goce, otro goce más allá del masculino. El cuerpo será el sujeto del nuevo discurso»²². Por ello la presentación y representación del propio cuerpo entre los jóvenes y entre los artistas es una nueva forma de expresar lo que no pueden decir.

Las relaciones de poder se han ejercido de muy diversas formas dentro de la medicina y contamos con las reflexiones de Michel Foucault, cuando analiza en el «biopoder»²³, la *naturaleza del poder*, su modo de constitución y su tipo de difusión en las articulaciones de la sociedad; los *modos de institucionalización*, el conjunto de estructuras jurídico-políticas y códigos sociales que hacen perenne una dominación y aseguran la reproducción de la obediencia; el poder en su dimensión histórica, no sólo ligado a la historia de los pueblos, sino también a su conciencia histórica.

²¹ Mari Luz Esteban, *op. cit.*, págs. 42-43.

²² Alberto Caballero, «La realidad virtual», *mecad e.journal*, núm. 5, Barcelona, 2000, www.mecad.org.

²³ Michel Foucault, *Nacimiento de la Biopolítica. Curso del Collège de France (1978-1979)*, Madrid, Akal, 2009.

Históricamente, la naturaleza del poder médico se constituyó negando la experiencia y la sabiduría de las matronas y sanadoras²⁴ que fueron consideradas brujas, negando la presencia de las mujeres en la ciencia médica, aunque existe constancia de su ejercicio desde la más remota antigüedad. No hay que olvidar que la madre de Sócrates fue matrona.

Pero cuando la ciencia médica se hace institución, el poder se ejerce en el contenido de la ciencia, psiquiatrizando los síntomas y las demandas de las mujeres, negando que puedan existir diferencias y excluyéndolas de los ensayos clínicos para la investigación. A lo largo de este libro intentaré desmenuzar en qué aspectos concretos del desarrollo de la ciencia de la salud y del ejercicio de la asistencia médica se hacen visibles las relaciones de normativización, condicionamiento, regulación y control de los cuerpos y las mentes de las y los pacientes.

Las relaciones de poder han encontrado instrumentos normativizadores que esconden las diferencias y directamente las niegan. Me refiero a los actuales ejes del control de la salud de las mujeres, que colaboran en su inferioridad, y en la invisibilidad de sus síntomas y del camino para su mejoría: la protocolización, la medicalización y la privatización²⁵.

Las mujeres, y su cansancio y dolor, no entran en los actuales protocolos normativizados para mirar el colesterol o los riesgos cardiovasculares de los varones. La medicalización en los países llamados desarrollados hace que su cuerpo sea un posible y constante cubo recogedor de hormonas. La privatización incrementa la desigualdad, y además estimula la medicalización y la indefensión aprendida de las muje-

²⁴ Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *Brujas, comadronas, enfermeras*, Barcelona, Lasal, 1984.

²⁵ Teresa Forcades, en *Mujeres y Salud*, núm. 25, <http://mys.matriz.net>.

res, que no tienen recursos para saber contestar a las ofertas de intervenciones múltiples sobre sus cuerpos.

La historia de la medicina y la internalización y la incardinación que han hecho hombres y mujeres de lo que es salud, y de las normas que les llegan amplificadas por muy diversos medios de comunicación (que han observado que los temas de salud son los más solicitados por el gran público), han modificado la «conciencia histórica» de lo que es salud y enfermedad para los mismos seres humanos, que pueden evitar grandes riesgos y vivir temerosos o temerosas ante una cifra alterada de colesterol, o ante lo que les puede pasar cuando lleguen a la menopausia, aunque no hayan tenido ningún síntoma y se encuentren perfectamente.

Este libro es una reflexión sobre los estereotipos de género que interfieren en la salud de las mujeres, una forma más del género en disputa, como diría Butler, y también una identificación de los retos que tendremos que superar en el futuro para conseguir nuevos espacios y nuevas fórmulas de libertad personal. Por ello reflexionaré en los sesgos de género y en la violencia de género:

- En relación con la invisibilidad de las mujeres en la investigación y con la tendencia a aplicarles tratamientos o vacunas que no han sido investigados.
- En relación con la dificultad para obtener diagnósticos y en el sesgo en los procedimientos de exploración.
- En relación con la invisibilidad de las quejas y los síntomas.
- En relación con los tratamientos, que pasan de la asistencia a la medicalización.
- En relación con el reduccionismo de las etiologías.

La crítica del saber que yo les propondría no consiste justamente en denunciar lo que habría de continuamente opresivo bajo la razón, porque después de todo, créanme, la sinrazón es igualmente opresiva. Esta crítica política del saber no consistiría tampoco en poner al des-

cubierto la presunción de poder que habría en toda verdad afirmada, pues, créanme otra vez, la mentira o el error son abusos de poder semejantes. La crítica que les propongo consiste en determinar en qué condiciones y con qué efectos se ejerce una veridicción, es decir, una vez más, un tipo de formulación dependiente de ciertas reglas de verificación y falsificación. Por ejemplo, cuando digo que la crítica consistiría en determinar las condiciones y los efectos del ejercicio de una veridicción, podrán ver con claridad que el problema no pasa entonces por decir: miren qué opresiva es la psiquiatría por ser falsa. Y ni siquiera pasaría por ser un poco más sofisticado y decir: vean qué opresiva es, por ser verdadera. Consistiría en decir que el problema es poner de relieve las condiciones que debieron cumplirse para poder pronunciar sobre la locura —pero sería lo mismo sobre la delincuencia, y sería lo mismo sobre el sexo— los discursos que pueden ser verdaderos o falsos según las reglas correspondientes a la medicina, a la confesión, o a la psicología, no importa, o al psicoanálisis... Lo que políticamente tiene su importancia no es la historia de lo verdadero, no es la historia de lo falso, es la historia de la veridicción²⁶.

Con toda humildad, les invito a entrar hacia una historia de la veridicción en relación con el abordaje de la salud de las mujeres. Seguramente incompleta, porque precisamos de la ayuda de todas las y los feministas, en el momento de hacer una ciencia cada vez más interdisciplinar que no separe cuerpo y mente, ni psicología y sociedad, pero que no olvide el cuerpo como organismo, que al final ha de ser el foco de resistencia y el motor de los cambios para nuestro futuro.

²⁶ Michel Foucault, *Nacimiento de la Biopolítica. Curso del Collège de France (1978-1979)*, Madrid, Akal, 2009, pág. 47.

Invisibles

¿Cuándo es visible el cuerpo? ¿Cuándo se manifiesta libre de las construcciones que lo constituyen? Probablemente nunca de forma absoluta porque en el preciso instante en que lo hiciera dejaría de ser cuerpo, cesaría su inteligibilidad como un cuerpo. No obstante, a veces nuestro cuerpo se hace poderosamente (y extrañamente) presente. Él, que siempre ha estado condenado al silencio y a la invisibilidad (basta recordar que la salud para la medicina ha sido hasta anteaer identificada como el silencio de los órganos), inesperadamente dice, se muestra, se pronuncia. Lo más probable es que desate polifonías¹.

¹ Meri Torras, «El delito del cuerpo», en Meri Torras (ed.), *Cuerpo e identidad I*, Barcelona, UAB, 2007.

CAPÍTULO PRIMERO

La salud indiferenciada

Quien está en posición de sujeto del discurso es el que mira y designa al otro. No se ve a sí mismo como diferente, sino como norma canónica².

La diferencia sexual es la diferencia humana primera. Nadie nace neutro³.

LOS CONDICIONANTES DE LA SALUD

La salud se consideró como ausencia de enfermedad en las primeras definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la enfermedad se definió como una desvia-

² Celia Amorós, *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2005, pág. 314.

³ María Milagros Rivera Garreta, *La diferencia sexual en la historia*, Valencia, Universitat de València, 2005.

ción de la norma biológica⁴, con una etiología específica, cuyo paradigma más claro fueron las enfermedades infecciosas, cada una causada por una bacteria, hongo o virus. Enfermedades en abstracto, sin relación con las condiciones de vida y trabajo, ni a la cultura, etnia, clase social o medio ambiente. Pero esta definición de enfermedad causada por una etiología única se contradice con la realidad, ya que la salud de los seres humanos, de los *organismos humanos*, está sometida a numerosos condicionantes que actúan al mismo tiempo, con grados diversos de intensidad, que se potencian o neutralizan mutuamente y cuyas consecuencias son las alteraciones de la salud física o mental.

Además, estos condicionantes actúan de forma diferente en el cuerpo de hombres y mujeres, con consecuencias distintas, según la edad, la nutrición, la clase social, el trabajo que realicen y las relaciones sociales que establezcan⁵. Sin embargo, la mayoría de estudios de investigación en ciencias de la salud no incluían estos matices diferenciales, por lo que el patrón de estudio aparentemente «neutro» se basaba en estudios con cohortes constituidas tan sólo de varones.

Para tener en mente la diversidad de condicionantes en el momento de analizar los problemas de salud individuales o para diseñar protocolos de investigación, nuestro grupo de investigación del programa «Mujer, Salud y Calidad de Vida», del CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris), decidió seguir el modelo que, para estudiar las consecuencias del estrés físico y mental, diseñó el equipo de investigadores del Instituto Karolinska, liderado por la doctora Marianne Frankenhauser⁶.

⁴ Ángel Martínez Hernández, «Antropología de la salud. Una aproximación genealógica», en A. Martínez Hernández (ed.), *Ensayos de antropología cultural*, Barcelona, Ariel Antropología, 1996, págs. 369-381.

⁵ Carme Valls-Llobet, *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*, Barcelona, Folio, 1994.

⁶ Marianne Frankenhauser y Ulf Lunberg, *Women, work and health, stress and opportunities*, Nueva York, Plenum Press, 1996.

Este equipo estudió los problemas de salud que presentaban hombres y mujeres en relación con las condiciones de vida y trabajo, y dependían de las diferencias biológicas y psicológicas o del entorno psicosocial que rodeaba la vida y el trabajo. Sus conclusiones han abierto un amplio campo de investigación y han demostrado que en la salud de hombres y mujeres pesan más los condicionantes del mismo trabajo, sea el remunerado o el doméstico, incluyendo las demandas excesivas y el soporte social para realizarlo, que las diferencias psicológicas y biológicas entre los dos sexos.

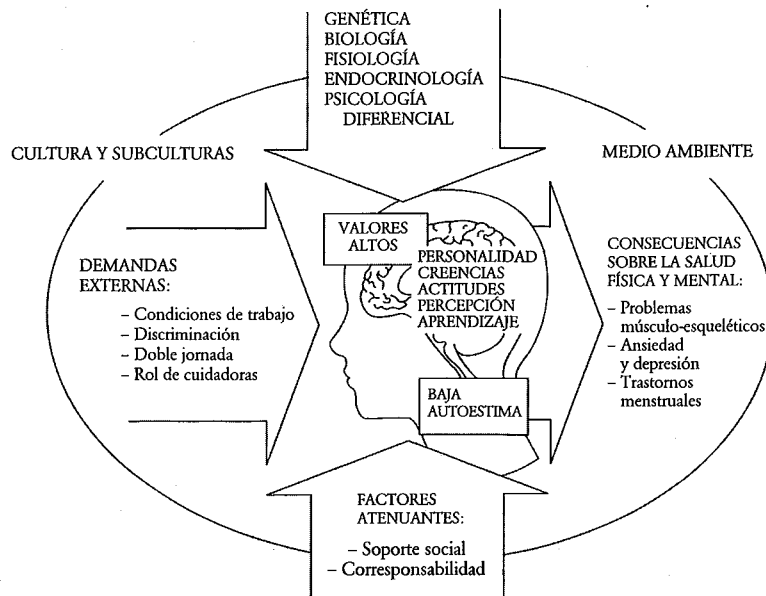
No se puede separar la percepción de salud, la sensación subjetiva de estar bien, de «no encontrarse bien», de la cultura en que estemos inmersos. En los países occidentales, la cultura de salud ha estado asociada a la ingesta de alguna o muchas pastillas, cultura que como veremos más adelante ha estado alentada por una potente industria farmacéutica. Pero en otras culturas, más animistas, la salud puede estar asociada a determinados ceremoniales, a danzas, a la bebida de determinadas tisanas o a la práctica de la armonía corporal mediante la acupuntura, la meditación o el ayuno, como en la medicina oriental. «Encontrarse bien» es encontrarse con uno mismo o con una misma, y la práctica de este encuentro es seguramente más fácil cuanto más holístico sea el acercamiento hacia el propio cuerpo, lleno de potenciales de salud y rodeado de riesgos para enfermar.

Un condicionante global de salud, además de la cultura, es el medio ambiente, que ha emergido con fuerza desde el conocimiento de los efectos de los insecticidas en el incremento de cáncer, en especial el de mama⁷, y en la interferencia en el desarrollo sexual de animales en los ríos y lagos⁸.

⁷ Rachel L. Carson, *Primavera silenciosa*, Barcelona, Crítica, 2005.

⁸ Theo Colborn, Dianne Dumanoski y John Peterson Myers, *Our stolen future*, Nueva York, Plume, 1997, www.ourstolenfuture.org. [Trad. esp.: *Nuestro futuro robado*, Madrid, Ecoespaña, 1997.]

FIGURA 1
Gráfico de condicionantes de salud y factores atenuantes



Los condicionantes de la salud afectan a seres humanos que tienen una genética, biología, fisiología, endocrinología y una psicología diferentes, no sólo entre mujeres y hombres, sino también dentro de cada grupo genérico por los condicionantes que suponen la clase social, la etnia y es posible que también la opción sexual en las manifestaciones biológicas. Y afectan a unos *organismos* que tienen una historia personal y una biografía, que ha condicionado su personalidad, creencias, actitudes y formas de percepción, dependiendo de la familia en que han vivido, y de la escuela y la sociedad en que han desarrollado su aprendizaje. La percepción de una baja valoración por parte de las mujeres en la cultura patriarcal es realidad desde el momento del nacimiento y puede influir también durante el desarrollo fetal. En todo caso, la baja autoestima ha sido una constante entre

las mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales y de todas las culturas con mayor o menor intensidad, porque la ideología dominante nunca las ha valorado. Nunca podrán ser hombres, su falta de pene es su imperfección. Además de no ser valiosas ni valoradas, en muy diversas religiones y culturas existen mitos que las hacen sentir culpables de cualquier desgracia que ocurra en una sociedad.

Partiendo de muy abajo, han de tender a ser perfectas, a cumplir con el deseo del Otro para poder ser aceptadas, ya que por sí mismas no creen que sea posible, pues no tienen valor. Se sienten obligadas a seguir un modelo, un modelo de perfección, sea moral, como en la infancia de muchas fue el conseguir una pureza virginal, o impuesto socialmente y al final autoimpuesto de unas formas corporales determinadas, un modelo que obedece a los mandatos de ideal materno y del ideal social de lo que ha de ser la feminidad. El perseguir siempre modelos de perfección las conduce a situaciones de alto estrés mental, pues nunca están plenamente satisfechas de lo que hacen, deben demostrar siempre en sus tareas que valen mucho más que los hombres para ser socialmente aceptadas y deben soportar una baja valoración social y familiar de todas las tareas que realizan.

La sensación de culpa constante y la persecución de un modelo de perfección son dos graves condicionantes de la salud mental de las mujeres, y sobre este aspecto reflexionaré más adelante. En este organismo, con una unidad cuerpo y mente, pero que se tiende a analizar por separado, incide la cultura, el medio ambiente y las condiciones de vida y trabajo.

En las demandas de trabajo también existen diferencias entre mujeres y hombres. Las demandas de trabajo que reciben las mujeres son más estresantes que las de los hombres, con largas jornadas de trabajo sin fin, si sólo trabajan en casa, o con doble jornada laboral si tienen un trabajo remunerado. Los factores estresantes de las demandas laborales se deben, además de las dificultades laborales intrín-

secas, a otros factores acompañantes, debidos a la discriminación laboral con salarios más bajos por el mismo trabajo, a los trabajos en precario que deben aceptar para no quedarse sin nada, o a tener que aceptar trabajos más estresantes porque tienen poca autonomía y posibilidades de control, por lo que su horario y su capacidad de decisión quedan totalmente absorbidos por las necesidades laborales. Además, el rol de cuidadoras las somete durante toda su vida al cuidado de otros (hijos, hijas, enfermos, ancianos), lo que les impide tomar decisiones sobre su futuro y gozar de tiempo propio. El acoso sexual y el acoso laboral (*mobbing*) son también más frecuentes entre las mujeres en todas las profesiones y niveles laborales y son una de las causas invisibles de estrés mental que acaba en repercusiones físicas de salud.

Estos factores estresantes podrían ser modulados o equilibrados si existieran mecanismos de soporte para la discriminación que supone la doble jornada, como serían el incremento de servicios sociales como escuelas de primera infancia, flexibilidad del horario escolar de entrada y salida, servicios de cuidado para personas mayores y enfermas, y también si se pudiera incrementar la corresponsabilidad familiar, y todos los miembros adultos de las familias colaboraran de una u otra forma y se hicieran corresponsables de las tareas domésticas y de las de cuidado. Pero por ahora, y salvo excepciones, esta corresponsabilidad queda en el terreno de la utopía en la mayoría de las familias de todo el mundo.

LA NECESIDAD DE VISIBILIZAR LAS DIFERENCIAS

La salud percibida es un concepto utilizado en las encuestas de salud de población, que valora a través de una sencilla pregunta en qué estado de salud se siente una determinada persona. Si preguntamos a un grupo de población de mujeres y hombres: «¿usted cómo se encuentra, bien, mal o regular?», el resultado será que muchas más mujeres dirán

que se encuentran mal y regular, y muchos más hombres contestarán que bien y regular. Ésta es una diferencia que se pone de manifiesto en todos los estudios del mundo.

¿Quiere decir esto que la mujer presenta una peor salud? No. La salud percibida sólo significa que la persona que responde siente que su salud no es buena, la percibe como mala. Pero esta percepción no se debe tan sólo a la existencia de una enfermedad, sino de muchas otras circunstancias vitales. La salud percibida es un vector de los condicionantes bio-psico-sociales, culturales y medioambientales de los que hablábamos al principio. A lo largo del libro reflexionaré si esta percepción es tan sólo una aproximación subjetiva o un complejo entramado de condicionantes, con mayor o menor prioridad según cada momento vital.

Existe un dato objetivo diferencial que fue motivo de análisis en profundidad en el Congreso de Salud y Calidad de Vida del año 1990 celebrado en Barcelona⁹. Existe una mayor utilización de los servicios hospitalarios por parte de los hombres, y una mayor utilización de los servicios asistenciales ambulatorios por parte de las mujeres. Los hombres presentaban predominantemente patologías agudas que han de ser atendidas en los hospitales (infartos de miocardio, neumonías, úlceras de estómago, etc.), y las mujeres presentaban predominantemente patologías crónicas y sus demandas principales al sistema asistencial están relacionadas con el dolor en alguna parte del cuerpo y con el cansancio.

En el terreno de la investigación de las diferencias en mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombres, fue Lois Verbrugge¹⁰ la pionera, que empezó a analizar y a demostrar

⁹ CAPS, *Mujer y calidad de vida. Congreso Mujer, Salud y Calidad de Vida*, 1991.

¹⁰ Lois M. Verbrugge, «Gender and health: An update on hypotheses and evidence», *Journal of Health and Social Behavior*, 26 (3), 1985, págs. 156-182.

que existían diferencias en las enfermedades que con más frecuencia afectaban a hombres y mujeres, señalando la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y utilización de los servicios sanitarios entre el sexo femenino. Su mayor contribución fue demostrar que el nivel más pobre del estado percibido de salud entre las mujeres, respecto a los hombres, se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro y el estrés físico y mental, más que a diferencias biológicas innatas.

La ciencia que había postulado que estudiar al «varón» era estudiar al ser humano ha tenido que cambiar sus paradigmas y empezar a reconocer que existen diferencias entre mujeres y hombres en la forma de enfermar, de manifestarse los síntomas, en las causas del dolor, en la prevalencia de determinados diagnósticos y en la metabolización de fármacos, que tienen formas diferentes de actuar según el sexo biológico o según interaccionan con la fase del ciclo menstrual. En la década de los noventa, las mujeres son por primera vez estudiadas como personas, además de como seres reproductores, y se hacen «visibles» para la medicina en todas sus especialidades¹¹.

Pero en los últimos 10 años hemos evolucionado, y la perspectiva de género ha hecho cambiar el enfoque del trabajo en salud, desde una concepción centrada en la enfermedad y en la mujer como cuidadora de la salud de la familia y la comunidad en su conjunto, entendiendo la salud como uno de los fundamentos prioritarios de las necesidades humanas, que concibe las relaciones de poder-subordinación y la división del trabajo como una causa de la desigualdad entre los sexos en el ejercicio del derecho a la salud. Por ello el objetivo no es dar formación a las mujeres para que puedan ser cada vez más cuidadoras de todos, sino facultarlas para la

¹¹ Carme Valls-Llobet, *Mujeres Invisibles*, Barcelona, Editorial Debolsillo, 2006.

protección, promoción y autocuidado de su salud, con mecanismos de diálogo, concertación y negociación entre las instituciones de salud y las mujeres organizadas. Ésta es la nueva perspectiva de género, tanto para las actividades comunitarias en atención primaria, como en las nuevas formas de hacer cooperación en salud¹².

AUSENCIA DE LAS MUJERES
EN LAS COHORTES DE INVESTIGACIÓN.
¿UNA NUEVA FORMA DE DISCRIMINACIÓN?

Atendiendo a la definición de la palabra discriminación, es la acción o el efecto de establecer diferencias sociales, raciales o sexuales, segregando y dando trato de inferioridad por dichas diferencias¹³. En la investigación médica, los primeros sesgos han sido la exclusión de las mujeres de los trabajos de investigación en los que se basa la asistencia y la docencia actual, así como la falta de estudio diferencial de los resultados según el sexo incluyendo en los análisis la perspectiva de género. Dado que la asistencia sanitaria, y en concreto la atención primaria, basa su ciencia y actuación en la evidencia científica, la falta de investigación sobre la morbilidad diferencial, y la visión androcéntrica que tiene al varón como norma, ha sesgado la atención cotidiana de las mujeres, a las que se atendía a veces en unidades especializadas en salud reproductiva como si esto significara atención integral a las mujeres. La rigidez de la visión centrada sólo en el hombre ha producido sesgos en el momento del diagnóstico,

¹² Luisa Antolín y Lucía Mazarrasa, *Cooperación en salud con perspectiva de género*, Madrid, Federación de Planificación Familiar de España, 1997.

¹³ Carme Valls-Llobet, «Discriminación de las mujeres en Atención Primaria», *Formación médica continuada*, 14 (7), 2007, págs. 365-368.

tanto por considerar que enferman igual hombres y mujeres (cuando hay diferencias) como por considerar inversamente que, como son diferentes, no pueden tener problemas similares¹⁴, o bien por no tener en cuenta los condicionantes bio-psico-sociales de las enfermedades¹⁵. Además de los sesgos en los diagnósticos, también se han producido sesgos de género en los métodos de exploración, en la valoración de la normalidad en los análisis clínicos y en la aplicación de terapias sin ninguna diferenciación por sexo, ni en dosis ni en vía administrada.

En la década de los noventa, un movimiento internacional de investigadores impulsó la inclusión de las mujeres en los ensayos clínicos, aplicando el rigor científico al estudio de los problemas más prevalentes entre las mujeres.

¿EL GÉNERO INVISIBILIZA?

Diferenciar las estadísticas por sexos ya ha sido una forma de saber qué es lo que ocurre a mujeres y hombres en determinadas enfermedades, o en relación con condiciones de vida o trabajo concretas. Éste ha sido un primer paso para visibilizar las diferencias, pero el análisis de los resultados no siempre se ha hecho teniendo en cuenta la perspectiva de género. Los roles de género (el papel de las mujeres como cuidadoras o trabajadoras en el ámbito doméstico, con la actual

¹⁴ María Teresa Ruiz y Lois M. Verbrugge, «A two way view of gender bias in medicine», *J Epidemiol Community Health*, 51, 1997, páginas 106-109.

¹⁵ Carme Valls-Llobet, «El estado de la investigación en salud y género», en *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Grupo de Salud del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza, Minerva Ediciones, 2001.

doble o triple jornada para las mujeres que trabajan también fuera de casa, y el papel del varón como suministrador exclusivo de los bienes de la familia) han supuesto una forma de supresión de los deseos y de enmascaramiento de los síntomas de uno y otro sexo.

Sexo y género no son sinónimos, aunque a veces la literatura anglosajona puede sustituir una palabra por otra. La perspectiva de género y la palabra género han nacido de las ciencias sociales para identificar cómo los estereotipos llegan a condicionar las conductas, y también de las ciencias psicológicas que han comprendido cómo se han sesgado las construcciones de la subjetividad de mujeres y hombres por los estereotipos en que han vivido, sumergidos en el seno de las familias, de las escuelas y de la sociedad. Henrietta Moore nos aclara que «dado que los individuos y los grupos descubren la diferencia o diferencias del mundo a través de la experiencia, y que las personas experimentan la construcción social del género y no sus factores biológicos, no estoy segura de que se pueda recurrir a la biología para justificar la primacía de la diferencia de género»¹⁶.

Estoy de acuerdo con Marcela Lagarde¹⁷ cuando cree que la perspectiva de género va a contribuir a hacer más visibles a las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad:

A pesar de no existir en el mundo patriarcal, las mujeres han sido realmente existentes. Es notable que el humanismo no las haya advertido. La perspectiva de género

¹⁶ Henrietta L. Moore, *Antropología y feminismo*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1991, pág. 221.

¹⁷ Marcela Lagarde, *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Madrid, Horas y Horas, 1996.

tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres.

Pero a veces la palabra género puede encubrir las diferencias, como la violencia doméstica o de género encubre la violencia contra las mujeres. Género no es igual a mujer, y a veces el concepto de género se convierte en una nueva forma de reclusión de las diferencias en los discursos de algunas personas, y específicamente de algunos políticos y políticas que, sin haberlo analizado, creen poder entender de lo que hablan y sustituyen simplemente la palabra sexo por género, como si del género gramatical masculino y femenino se tratara. Una vez más, la clarividencia de Marcela Lagarde nos ilumina:

Se cree que con decir género se adquiere por arte de magia una visión particular. Incluso está en boga aplicar recetas de género a políticas institucionales, tras haberlo aprendido en cursos de cuatro horas... El trabajo bajo la perspectiva de género llega a ser experimentado como una concesión a las mujeres: tomarlas en cuenta, nombrarlas, gastar recursos en ellas, distraerse con ellas ya que no son significativas ni realmente importantes. Lo que está claro en el fondo es que las mujeres no deben ser parte de los esfuerzos institucionales económicos y políticos, que el desarrollo y la democracia son asuntos masculinos. Aunque se logre visibilizar a las mujeres descorriendo un pequeño velo de su opresión y exclusión, casi nunca se profundiza en las causas que las han originado. Se intenta pasar de puntillas sobre el origen para no tocar nada de las fuentes de dominio que han originado la opresión, para no plantear ni promover cambios genéricos en los hombres, ni en las instituciones que éstos han creado.

El concepto género puede ser usado precisamente en contra de la visibilidad y participación de las mujeres en la vida social, científica y académica. Todo depende del sentido y de la acción de las investigadoras para utilizarlo, y para que no esconda las diferencias.

Para Rosi Braidotti¹⁸, la noción de género:

desafía la pretensión de universalidad y objetividad de los sistemas convencionales de conocimiento y de las normas aceptadas del discurso científico. Introduce la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica. En la medida en que pretende articular una alternativa a la pretensión de objetividad, neutralidad y universalidad del conocimiento científico, el concepto de «género» puede cumplir una función revitalizadora en otras esferas científicas.

Ésta es la gran asignatura pendiente para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres, introducir la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica, demostrando paso a paso los sesgos de la pretendida neutralidad de la ciencia biomédica oficial. El hecho de abandonar toda investigación sobre las condiciones sociales, laborales o ambientales como factores de riesgo de las enfermedades de mujeres y hombres, así como de concentrar los presupuestos de investigación en el estudio del genoma humano, ya es un primer sesgo que deberemos combatir para evitar una nueva invisibilidad de los condicionantes de las enfermedades de los seres humanos.

¹⁸ Rosi Braidotti, *Sujetos nómades*, Barcelona, Paidós, 2000.

IDENTIDADES DE MUJERES.

¿SE NACE O SE CONSTRUYE LA IDENTIDAD SEXUAL?

La mujer se hace, no nace.

SIMONE DE BEAUVOIR

«El sujeto excéntrico», es un *afuera* también; afuera del centro del género, en los resquicios de resistencia al género, lo cual significa que, siendo mujer, se puede criticar y oponerse a La Mujer y sus representaciones y pueda ese sujeto, en última instancia, interrogarse sobre sus complicidades y querencias con la ideología de «lo femenino». La situación en un *afuera* es necesaria también para que un sujeto pueda cuestionarse su deseo, el deseo de las mujeres por si fuera construido desde intereses ajenos a ellas. Porque el deseo sea quizá lo que al fin genere las narraciones —como diría Lauretis— sobre lo que sea lo masculino y lo femenino, sobre las historias y los textos de la feminidad. *Contra el género*, pues, pero no desde un imposible «afuera» del todo, como si tuviéramos un milagroso punto de Arquímedes para remover este universo del género. Un afuera-dentro en esos espacios-resquicios que permiten la protesta, la disidencia, la contra-práctica.

Alejadas del centro, estas *sujetas excéntricas* pierden «su casa», es decir, pierden las referencias seguras y «políticamente correctas» que les marcaría el género y que les señala el deseo adecuado. Fuera de la casa, el sujeto feminista *excéntrico* sabe que no hay otra casa tan segura como la del amo, que «se ha salido del plato», que va a ser nómada —arrojado fuera de las puertas de la ciudad—; que no es que cambie de sitio ni de grupo, sino que va a ser considerado *obsceno* (¿abyecto?) porque se sitúa *fuera de la escena prevista* por el guión escrito del género, donde se genera el deseo permitido por el guión. Pero estas des-identificaciones, este alejamiento del centro, esta crítica a las mismas complicidades e ideologías que nos sujeta-

ban al género, sólo pueden hacerse desde esa visión de género, es decir, con el género¹⁹.

¿Las identidades de mujeres y hombres se construyen principalmente a través del deseo, como dice Teresa de Lauretis? Estaría de acuerdo con ella a partir de la recuperación del deseo propio, cuando se decide el renacimiento personal y contando con la voluntad y la libertad, cuando se decide el cambio personal, como veremos en el epílogo del libro. Pero la construcción de la identidad, y a partir de ahora prefiero hablar de identidades, no sigue un proceso lineal y voluntario, ni sigue el deseo propio. Desde el momento de la concepción, el desarrollo humano tendrá que ver en principio más con el deseo de la madre, de la familia y del entorno, así como de los condicionantes hormonales, medioambientales y culturales que rodeen el embrión en desarrollo.

Las identidades no son construcciones simplistas, sino complejas, y asimilar la propia identidad sólo a un territorio, a un género o a una patria hace que se pretenda cubrir lo complejo con un estereotipo simple. Ser mujer o ser hombre nos refiere casi siempre a modelos imaginarios, que cada cual ha desarrollado en su interior, en función de los modelos, conversaciones o relaciones que ha establecido en el mundo familiar, escolar, y actualmente en el mundo audiovisual y virtual. Cómo se crea la subjetividad femenina a través del ideal materno ha sido muy bien desarrollado por la profesora Asunción González de Chaves²⁰.

En los últimos años, muchos de los conceptos de masculinidad y feminidad se han visto arrollados por los estudios *queer* que rompen estereotipos en el terreno del imaginario

¹⁹ Cristina Molina Petit, «Contra el género y con el género: crítica, deconstrucción, proliferación y resistencias del sujeto excéntrico», en *El reto de la igualdad de género*, Alicia H. Puleo (ed.), Madrid, Biblioteca Nueva, 2008, págs. 258-272.

²⁰ Asunción González de Chaves, *Feminidad y Masculinidad: Subjetividad y orden simbólico*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1998.

sexual de lo que significa ser hombre o mujer en abstracto, pero a mi modo de ver no tienen en cuenta que este sexo y estas diferencias se incardinan en un organismo diferenciado, y sólo relacionan sexualidad y cultura androcéntrica: «Los estudios *queer* pretenden ejercer una profunda revisión de las prácticas asociadas a la normalidad y a la perversión, a la sexualidad y al erotismo, de las nociones de producción cultural y de reproducción social, del activismo político y del compromiso intelectual y de las identidades individuales y colectivas, de las retóricas de lo no explícito y de lo implícito»²¹.

Butler propone que el género sexual se ha de considerar como la interpretación que se hace de la diferencia biológica, como una condición que no es lo que somos, sino lo que hacemos, o mejor dicho lo que nos hacen hacer. Nos convertimos en mujeres o en hombres a través de actos repetidos desde nuestra infancia, por estímulos que dependen de convenciones sociales en el seno de las familias, de la escuela y de la sociedad. Ella habla de los actos performativos como modalidades del discurso autoritario:

Al estar involucrados en una red de autorizaciones y castigos, los actos performativos suelen incluir sentencias legales, bautismos, inauguraciones, declaraciones de propiedad y afirmaciones que no sólo llevan a cabo una acción, sino que también otorgan un poder vinculante. El poder que tiene el discurso para realizar aquello que nombra está relacionado con la performatividad, y en consecuencia, la convierte en un ámbito en donde el poder actúa como discurso²².

Muchas mujeres han encontrado más espacios de desarrollo personal en el campo de la escritura, de las letras, o de

²¹ Rafael M. Mérida (ed.), *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*, Barcelona, Icaria, 2002.

²² Judith Butler, «Críticamente subversiva», en Rafael M. Mérida (ed.), *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*, Barcelona, Icaria, 2002, pág. 56.

la entrada en clausura para tener la libertad de escribir o de crear (Inés de la Cruz, Teresa de Jesús o a través de tertulias intelectuales (por ejemplo, las damas francesas), en cierto modo alejadas del poder del discurso dominante y del discurso del poder, que las «generaba», las congelaba en su género, en lo que tenían que pensar, sentir... e incluso vestir. Este discurso de género estereotipado y que construye todavía límites para que las mujeres se puedan desarrollar cómo seres humanos libres, lo estamos viviendo en la transformación del discurso de género dentro del poder mediático. Estamos viendo cómo la banalización de la política se puede visualizar en la forma en que miles de periodistas siguen el encuentro de una princesa de España y de la primera dama de Francia, que no han expresado públicamente ni una sola idea, pero de las que conocemos el detalle de la firma de sus vestidos y los centímetros de sus faldas por encima de la rodilla. Mujeres con apariencia de sumisas y con el imaginario de leonas en la cama. ¿Qué más puede desear el varón occidental? Sumisas, calladas, discretas, guapas y con leyenda de amantes... ¿es éste el prototipo de «ser mujer» en el siglo XXI?

Creo que tiene razón Donna Haraway cuando pretende alejarnos de la performatividad impuesta y nos plantea el mundo virtual como espacio de liberación, pero la realidad actual nos impone unas identidades condicionadas por nuestra biología, oscilante y cambiante a través del cuerpo y de la nutrición, de la respiración y de las condiciones de vida y trabajo, de la reproducción y del cuidado de otros seres humanos, desde la infancia, del envejecimiento y de la enfermedad. Cuidadoras perennes de los demás, sin espacios para el propio deseo o para la percepción de sensaciones nuevas y diversas.

Las chicas jóvenes se sienten confusas al rechazar el rol de las madres, y en cambio no encuentran más que modelos masculinos triunfantes. No quieren ser mujeres víctimas y no se sienten mujeres leonas. ¿Dónde encontrar su camino?

El amor o la afectividad²³ las puede hacer dependientes, y lo viven o lo manipulan, con el cuerpo, en el umbral del cuerpo o más allá del cuerpo. Los varones han vivido desde los pueblos guerreros fuera de él, castigándolo, torturándolo, sometándolo a todo tipo de adicciones, incluida la del trabajo. La salud de las mujeres, como veremos, también se resiente de esta lucha identitaria. Cuando no existe armonía entre tus identidades y tus acciones (tu performatividad), te rompes por dentro, te contracturas y puede aparecer el dolor en formas diversas. Dolor que no se puede ver con radiografías ni análisis, pero que encierra las emociones en forma de nudos y contracturas principalmente del músculo trapecio, que refleja todas las contradicciones internas, pero también con tendinitis y contracturas en otras partes del cuerpo.

LAS MUJERES COMO «NO-HOMBRES»

No se puede nombrar lo que no es: el lenguaje no dice (...) sino lo que es (...) la oposición dentro del ser es impensable, *ergo* no atraviesa el ser ni lo comparte, sino que se traslada a su diferencia radical con el no-ser que no puede ser pensado ni nombrado. Por tanto, habrá que descalificar, como apariencia y engañosa opinión de los mortales, la génesis y la diferencia sexual²⁴.

Con los estudios de la diferencia entre mujeres y hombres en sus albores, existe la tendencia a nombrar a la mujer con atributos que no tenga el hombre, incluso a la vagina se la denomina un pene invaginado, como si fueran las mujeres

²³ Mari Luz Esteban, Rosa Medina y Ana Távora, «¿Por qué analizar el amor? Nuevas posibilidades para el estudio de las desigualdades de género», en C. Díez Mintegui y C. Gregorio Gil (coords.), *Cambios culturales y desigualdades de género en el marco local-global actual. X Congreso de Antropología*, Sevilla, FAAEE-Fundación el Monte-ASANA, 2008, págs. 207-223.

²⁴ Celia Amorós, *Mujeres e imaginarios de la globalización*, Rosario (Argentina), Homo Sapiens Ediciones, 2008.

el espejo de los hombres, lo contrario, lo que les falta. Esta visión impregna los ensayos de biología, las visiones del cuerpo y de las funciones del organismo desde la ciencia. El varón como norma; la mujer como excepción. El varón como tipo; la mujer y lo que le ocurre como atípico. De esta manera asistimos a paradojas muy diversas y que inducen a retrasos en el desarrollo de la ciencia.

Para testar los productos químicos se utiliza como patrón para el umbral nocivo los varones de veinte años del ejército de Estados Unidos. Para decidir cómo ha de ser el dolor de un infarto de miocardio se utiliza la descripción basada en los estudios que se han realizado sólo en hombres, y por lo tanto no se ha valorado que el dolor en la mujer se presenta de otra forma, con más frecuencia con sensación de náusea y dolor retroesternal, que sube hasta las mandíbulas. A estos dolores se les denomina «atípicos», cuando el infarto de miocardio va a ser una de las primeras causas de muerte entre mujeres. Si son atípicos, ¿quién es el tipo?

CAPÍTULO 2

Feminismo y sesgos de género en el «método científico» de la medicina

Nuestro compromiso con los sujetos emergentes de la era de la globalización, entre quienes las mujeres nos contamos con fuerte peso específico..., debe plasmarse ante todo en la habilitación de un nuevo prisma epistemológico. Pues, para que estos sujetos puedan ser visibilizados, para investir, por así decirlo, su —todavía tímida— emergencia política de hecho con un protagonismo legítimo, de derecho, es necesaria la construcción de dispositivos cognoscitivos que puedan reconocerlos. Hay que arbitrar, en suma, una política epistemológica que se ajuste a las demandas de estas nuevas subjetividades políticas¹.

«Lo que cuenta en los pensamientos de los hombres no es tanto lo que han pensado, sino lo no-pensado, que desde el comienzo del juego los sistematiza, haciéndolos para el

¹ Celia Amorós, *Mujeres e imaginarios de la globalización*, Rosario (Argentina), Homo Sapiens Ediciones, 2008, pág. 126.

resto del tiempo indefinidamente accesibles al lenguaje y abiertos a la tarea de pensarlos de nuevo»².

La salud de los seres humanos ha sufrido de diversas aproximaciones a lo largo de la historia, desde los chamanes de las tribus que intentaban curar por la imposición psicológica e ideológica, a los curanderos y curanderas que, a veces con alto conocimiento de las virtudes medicinales de las plantas, tubérculos y cortezas de los árboles, aliviaban las dolencias de sus vecinos y vecinas. Pero a estas aproximaciones basadas en tradiciones orales, retransmitidas muchas veces de madres a hijas, no podemos atribuirles «método de trabajo científico». Las aproximaciones al cuerpo humano y a sus dolencias, desde Aristóteles a Hipócrates, son más opiniones filosóficas que ciencia basada en conocimiento o atención de la realidad, aunque sus opiniones impregnaran los conocimientos de la Edad Media y el Renacimiento, en cuanto al conocimiento o mejor dicho el desconocimiento del cuerpo humano hasta bien entrado el siglo XVII. En este desconocimiento y en las aproximaciones sesgadas existen también diferencias y, tal como describe Laqueur³ (1994), las diferencias encontradas en cuanto al desarrollo genital y a los órganos destinados a la procreación continuaron definiendo a las mujeres como seres pasivos, úteros andantes, que portaban en sus entrañas al nuevo ser que iba a nacer, pero sin ninguna participación profunda en la procreación. La medicina que conocemos actualmente en los países «desarrollados», la atención por especialistas de algunas enfermedades, nació en Occidente de la cirugía y de la traumatología. La extirpación de dientes y tumores, o la recomposición de miembros rotos o dañados en las múltiples guerras,

² Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica* (primera edición en francés, París, Presses Universitaires de France, 1993), Madrid, Siglo XXI de España, 1999, pág. 15.

³ Thomas Laqueur, *La construcción del sexo*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1994.

iniciaron la necesidad de que un médico acompañara las expediciones militares o las aventuras exploradoras de nuevas tierras. La aproximación oriental, con unas intervenciones menos agresivas basadas en el conocimiento de las virtudes medicinales de las plantas y en la lectura energética del cuerpo de humano (acupuntura, chakras, etc.), no desarrolló hasta principios del siglo XX aproximaciones a métodos repetitivos y reproducibles, aunque existen conocimientos escritos de acupuntura y las propiedades de sus meridianos desde unos 2.000 años a.C.

CIENCIA, FEMINISMO Y BIOLOGÍA

Para Londa Schiebinger⁴, que analiza profundamente cuáles son las dificultades de la ciencia para incorporar la visión científica de las mujeres a lo largo de la historia, «las opiniones sobre la “naturaleza especial” de las mujeres se han agrupado en torno a tres posturas fundamentales: el esencialismo, el feminismo liberal y el feminismo cultural».

Las y los esencialistas, desde Aristóteles hasta el moderno sociobiólogo, creen que las mujeres no pueden hacer un trabajo científico tan bien como los hombres, que hay en su naturaleza física o psicológica algo que les restringe la labor intelectual creativa. Las y los feministas liberales (hoy también denominados feministas científicos) se han enfrentado con los esencialistas, al menos desde el siglo XVII, aseverando que es lo nutricional y no lo natural lo que explica el mal papel de las mujeres en la ciencia. Los liberales sostienen que las numerosas supuestas diferencias entre la mente y el cuerpo de hombres y mujeres son producto de los esfuerzos por mantener a las mujeres en roles subordinados. Desde la época

⁴ Londa Schiebinger, *¿Tiene sexo la mente?*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2004, págs. 391-395.

ca de Poullain de la Barre, los feministas liberales han tratado de combatir a la ciencia con la ciencia, afirmando que, puesto que los anatomistas no han encontrado ninguna diferencia significativa entre el cerebro o los órganos de los sentidos de hombres y mujeres, éstas son tan capaces como aquéllos de hacer aportaciones a la ciencia. Las y los feministas culturales de hoy hacen lo que indicó John Stuart Mill hace más de un siglo. En su libro *El sometimiento de las mujeres* planteaba que «lo que ahora se llama la naturaleza de las mujeres es algo eminentemente artificial, consecuencia de una represión forzada en algunos sentidos, de un estímulo antinatural en otros. Podemos afirmar sin titubear que no ha existido ninguna otra clase dependiente a cuyos miembros se les haya distorsionado el carácter natural de una manera tan absoluta como consecuencia de sus relaciones con sus amos»⁵. Proponía pensar cómo se podrían reformar las instituciones, objetivos y prioridades investigadoras de la ciencia tomando en consideración la experiencia de las mujeres, ya que ésta es una perspectiva que se ha descuidado.

Para muchas científicas feministas, el hecho de estudiar las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, dentro de una cultura androcéntrica, sólo puede conseguir que aumenten las discriminaciones, ya que es muy posible que las diferencias se utilicen para demostrar la inferioridad. No quieren estudiar las diferencias hasta que no se hayan acabado las desigualdades, por miedo a que las diferencias se conviertan en nueva fuente de discriminación. Pero si abandonamos el estudio de las diferencias y lo dejamos sólo a la denominada ciencia del masculino neutro, aunque sea ejercido por mujeres científicas, la ciencia biológica avanzará sin la crítica necesaria y posiblemente en el caso de la medicina sin investigar los recursos necesarios para conseguir una mejoría en la igualdad de oportunidades respecto a la salud.

⁵ John Stuart Mill, *El sometimiento de las mujeres*, Madrid, Prisa Innova, 2009.

Para la cátedra de Historia de la Ciencia en la Universidad de Granada, Teresa Ortiz Gómez:

el feminismo mostró durante años cierta somatofobia o, al menos, importantes resistencias y dificultades para hablar del cuerpo que se derivaban, por una parte, de su interés intelectual y político por atender a la construcción social de las diferencias sexuales y, por otra, de la estricta oposición sexo-cuerpo/género que marcaba las primeras definiciones de la categoría «género»; una categoría que tenía precisamente entre sus objetivos demostrar que los cuerpos (isomórfico, humano, de mujer, de varón) no existen fuera de la cultura que los crea, no son ahistóricos, para despojar, así, al cuerpo de su carácter estable, estrictamente natural y determinante de la vida de las personas⁶.

Pero estas resistencias han evolucionado en la medida en que se han incorporado cada vez más mujeres al estudio de la biología humana y en el trabajo de las ciencias de la salud.

Aunque en las teorías de la evolución de Darwin las mujeres hayan sido dejadas en la cuneta, la presencia femenina en el pensamiento biológico ha estado presente desde hace años, pero no ha sido valorado como en otras ciencias, por lo que es relevante la revisión de la profesora Carolina Martínez Pulido⁷, de la Universidad de La Laguna. Ella también reflexiona acerca de lo siguiente:

El feminismo reciente se ha visto atrapado en el «dilema de la diferencia» (...) es preciso seguir analizando las diferencias de género porque las mujeres como grupo han sido y siguen siendo objeto de discriminación (...). Una excesiva insistencia en las diferencias de lo masculin-

⁶ Teresa Ortiz, *Medicina, Historia y género*, Oviedo, KRK, 2006, págs. 59-60.

⁷ Carolina Martínez Pulido, *La presencia femenina en el pensamiento biológico*, Madrid, Minerva, 2006.

no y lo femenino puede hacer también que no se tengan en cuenta otras formas de diversidad humana, por ejemplo, las de clase, raza, orientación sexual y religión entre otras (...) es hora de transformar la ciencia y la sociedad para que el poder y el privilegio ya no se distribuyan con arreglo al género⁸.

Sandra Harding, en su libro ya clásico *Ciencia y Feminismo*, analiza las contradicciones de género dentro de las ciencias, y el androcentrismo en biología y las ciencias sociales, señalando de qué forma se utiliza la ciencia al servicio de proyectos clasistas, sexistas, racistas, homófobos, o cómo el diseño y la interpretación de las investigaciones se han desarrollado, una y otra vez, de forma sesgada a favor del género masculino.

La física y la química, las matemáticas y la lógica llevan consigo las huellas de sus creadores culturales característicos en no menor grado que la antropología y la historia. Una ciencia máximamente objetiva, natural o social, será aquella que incluya un examen autoconsciente y crítico de la relación entre la experiencia social de sus creadores y los tipos de estructuras cognitivas promovidas en su investigación. En las disertaciones morales y políticas encontraremos los paradigmas del discurso racional y no en los razonamientos científicos que afirman haber prescindido de la moral y la política (...). Cuando empezamos a teorizar nuestras experiencias durante el segundo movimiento de la mujer, hace sólo una década y media, sabíamos que nuestra tarea sería difícil aunque estimulante. Pero dudo que ni en nuestros sueños más disparatados hubiésemos imaginado que tendríamos que reinventar la ciencia y la misma teorización para dar sentido a la experiencia social de las mujeres⁹.

⁸ *Ibid.*, pág. 397.

⁹ Sandra Harding, *Ciencia y Feminismo*, Madrid, Ediciones Morata, 1996, págs. 216-217.

Éste es el reto que tienen este momento las ciencias biológicas y las ciencias de la salud, reinventar los objetivos de la investigación, la metodología y evitar los sesgos de género en los resultados, pero sin abandonar la investigación de las diferencias en la salud y en la enfermedad, ya que su abandono nos podría perjudicar y sesgar aún más los resultados de la ciencia que se están produciendo en este momento.

Las relaciones de la ciencia con el feminismo de la igualdad o de la diferencia nos hacen plantear que en el actual momento histórico la vindicación de la discriminación y la crítica al androcentrismo en la ciencia médica son asignaturas pendientes, aun con la incógnita de si el estudio de las diferencias entre mujeres y hombres, a nivel biológico o de salud, va a matizar la afirmación de Simone de Beauvoir de que no nacemos mujer. Pero en todo caso, tal como lo interpreta Celia Amorós cuando comenta las asignaciones que van recibiendo las mujeres a lo largo de sus vidas:

Aun estando llenas de agudeza y penetración las descripciones de Beauvoir de estos *ubi*, es más interesante en ella, a nuestro juicio, lo que podríamos llamar el aspecto subjetivo del género o lo que ahora se denominaría «identidad de género». Este aspecto de tratamiento más psicológico que sociológico se referiría al modo, necesariamente conflictivo, de entrenamiento, por parte de las mujeres, en ese proyectar el proyecto de otro para ellas, el cual justamente las niega como proyecto y ni siquiera les permite percibir su diseño propiamente como un proyecto del «otro», sino como la forma canónica misma de lo que debe ser su inserción en la realidad¹⁰.

Éste es un conflicto repetido en las ciencias de la salud, y en especial en la medicalización del cuerpo de las

¹⁰ Celia Amorós, *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2005, pág. 350.

mujeres que explicaremos con detalle más adelante, como una de las principales interferencias del poder (industrial y mediático) en la salud de las mujeres. Para muchas mujeres en el momento actual, el poder acceder a una píldora anticonceptiva durante años, para no volver a tener la menstruación, con poca información sobre los efectos secundarios, o con la falsa información de que este medicamento no tiene efectos secundarios, supone que no tienen ninguna posibilidad de saber que este diseño de intervención en «un proyecto del otro» no les da ninguna oportunidad de que decidan sobre su propia vida y futuro, asumiendo los riesgos que deseen asumir, pero con información veraz y no prediseñada.

Pero la aportación del feminismo a las ciencias sociales y a las ciencias de la salud no se ha limitado sólo a hacer visibles las relaciones ocultas o desenmascarar conclusiones tendenciosas, sino que la forma de investigar también se ha puesto en cuestión. ¿Qué hemos de hacer al investigar? ¿Reunir datos o producir datos? Nos lo aclara la socióloga Capitolina Díaz¹¹, cuando señala que la investigación feminista ha demostrado que el observador está por necesidad implicado en el proceso de producción de datos, lo que no significa que se los invente, sino que los datos no existen como tales hasta que el investigador los hace visibles en un contexto particular y con un objetivo definido. Por ello, en el contexto de una ciencia androcéntrica, los datos relacionados con las mujeres y los temas de género permanecen ampliamente invisibles, como ha ocurrido en la ciencia de la medicina, en la que las mujeres han sido tradicionalmente invisibles.

¹¹ Capitolina Díaz, «Conversational Heuristic as a Reflexive Method for Feminist Research», *International Review of Sociology*, vol. 12, núm. 2, 2002, págs. 249-255.

EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA

Para seguir la arqueología de la mirada médica, nadie mejor que Michel Foucault cuando, en su libro *El nacimiento de la clínica*, editado por primera vez en 1963, analiza de forma pormenorizada y con la clarividencia que le caracterizaba el nacimiento de la medicina moderna:

hacia los últimos años del siglo XVIII. Cuando reflexiona sobre sí misma, identifica el origen de su positividad a una vuelta, más allá de toda teoría, a la modestia eficaz de lo percibido. De hecho, este supuesto empirismo no descansa en un nuevo descubrimiento de los valores absolutos de lo visible, ni en el abandono resuelto de los sistemas y de sus quimeras, sino en una reorganización de este espacio manifiesto y secreto que se abrió cuando una mirada milenaria se detuvo en el sufrimiento de los hombres. El rejuvenecimiento de la percepción médica, la viva iluminación de los colores y de las cosas bajo la mirada de los primeros clínicos no es, sin embargo, un mito; a principios del siglo XIX, los médicos describieron lo que, durante siglos, había permanecido por debajo del umbral de lo visible y de lo enunciable; pero no es que ellos se pusieran de nuevo a percibir después de haber especulado durante mucho tiempo, o a escuchar a la razón más que a la imaginación; es que la relación de lo visible con lo invisible, necesaria a todo saber concreto, ha cambiado de estructura y hace aparecer bajo la mirada y en el lenguaje lo que estaba más acá y más allá de su dominio. Entre las palabras y las cosas, se ha trabado una nueva alianza que hace *ver y decir*, y a veces en un discurso tan realmente «ingenuo» que parece situarse en un nivel más arcaico de racionalidad, como si se tratara de un regreso a una mirada al fin matinal¹².

¹² Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica* (primera edición en francés, París, Presses Universitaires de France, 1993), Madrid, Siglo XXI de España, 1999, pág. 5.

Pero el descubrimiento de la clínica, la escucha de los síntomas, la construcción de la «historia clínica» en la que los síntomas se relacionaban cronológicamente con el momento de aparición y dentro del contexto de las condiciones de vida y trabajo en el que se producían, y la relación con la sistematización de categorías, de síndromes y de enfermedades, aunque impulsó el nacimiento de la medicina clínica, de la medicina interna, no ha continuado su trabajo en la asistencia actual, con unas visitas médicas de cinco minutos, y con una medicina altamente tecnificada y con exploraciones sofisticadas (RX, TAC, RNM, etc.). Además, se ha introducido el muro de la incomunicación entre el ver y el decir, como veremos en el capítulo de las violencias en el acto médico, con claros sesgos de género, ya que en primera atención es mucho más probable que los síntomas de las mujeres se atribuyan a síntomas psicósomáticos o a problemas menos serios que los de los hombres en un 25 por 100 de los casos¹³.

¿LA CIENCIA MÉDICA ES REALMENTE LIBRE?

Los ejemplos que nos muestra Foucault ya señalan, al analizar la Revolución Francesa, los cambios que se produjeron en el ejercicio de la medicina, y cuán fácil era la relación entre la ideología dominante y la organización sanitaria en la forma en que se ejercía la medicina:

Hay, por consiguiente, convergencia espontánea y profundamente arraigada, entre las exigencias de la *ideología política* y las de la *tecnología médica*. Con un solo movimiento, médicos y hombres de Estado reclaman en un vocabulario diferente, pero por razones esencialmente idénticas, la supresión de todo lo que

¹³ B. Bernstein y R. Kane, «Physicians' attitudes toward female patients», *Medical Care*, 19 (6), 1991, págs. 600-608.

puede ser un obstáculo para la constitución de este nuevo espacio: los hospitales que modifican las leyes específicas que rigen la enfermedad, y que perturban éstas, no menos rigurosas, al definir las relaciones de la propiedad y de la riqueza, de la pobreza y del trabajo; la corporación de médicos que impide la formación de una conciencia médica centralizada y el libre juego de una experiencia sin limitación, que accede por sí misma a lo universal; las Facultades, por último, que no reconocen lo verdadero sino en las estructuras teóricas, y hacen del saber un privilegio social. *La libertad es la fuerza viva y jamás entorpecida de la verdad. Debe, pues, haber un mundo en el cual la mirada libre de todo obstáculo no esté sometida más que a la ley inmediata de lo verdadero: la mirada no es fiel a lo verdadero, y no se sujeta a la verdad, sin ser al mismo tiempo sujeto de esta verdad; pero por ello, soberana: la mirada que ve es una mirada que domina; y si sabe también someterse, domina a sus amos*¹⁴.

Como siempre, un Foucault voluntarista nos dice lo que debería ser el acto médico ejercido libremente como una fuerza creativa, para conseguir recoger una información científica veraz y no sesgada. Pero él no pudo continuar analizando cómo la actual organización sanitaria, sea la pagada con dinero público o la de mutuas o centros concertados, ha limitado la capacidad de decisión de los profesionales y ha encorsetado la exploración de las personas, de los individuos, colocando cada toma de decisión en determinados protocolos que rompen la posibilidad de ejercer la individualización de los procesos y que impiden a veces el acceso a la «verdad» de lo que acontece en el ser humano que pide ayuda.

¹⁴ *El nacimiento de la clínica* (primera edición en francés, París, Presses Universitaires de France, 1993), Madrid, Siglo XXI de España, 1999, pág. 64.

Por un efecto vinculado a la suerte de la medicina moderna, la clínica permanecerá, para la mayoría de los espíritus, más emparentada con estos temas de la luz y de la libertad, que en definitiva la han esquivado, que con la estructura discursiva en la cual ha nacido en efecto. Se pensará de buena gana que la clínica ha nacido en este libre jardín donde, por un consentimiento común, el médico y el enfermo vienen a encontrarse, donde la observación se hace, en el mutismo de las teorías, a la claridad única de la mirada, donde, de maestro a discípulo, se transmite la experiencia por debajo, incluso, de las palabras. Y en provecho de esta historia que vincula la fecundidad de la clínica a un liberalismo científico, político y económico, se olvida que fue, durante años, el tema ideológico que supuso el obstáculo para la organización de la medicina clínica¹⁵.

La apariencia de libertad en el ejercicio de la medicina y en la organización de la investigación ha estructurado de diversas formas la asistencia sanitaria y la acumulación de conocimientos médicos: ha hecho estudiar a pobres en los hospitales en beneficio de la «ciencia» (ejercicio de beneficencia por la mañana y privado por la tarde), o estudiar a los seres productivos después de las guerras (o sea, los hombres) y a las mujeres durante el embarazo (su momento productivo), olvidándose después del posparto y del resto de su salud. La salud de las mujeres se ha estudiado en su aspecto reproductivo solamente y con la presunción de que todo lo demás estaba ya estudiado habiendo estudiado a los hombres.

EL NACIMIENTO DE LA CIENCIA MÉDICA Y DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

La ciencia médica en Occidente ha nacido en los hospitales. En primer lugar, en los hospitales de beneficencia en que se atendía a las personas sin ingresos, y en los que al

¹⁵ *Ibid.*, págs. 82-83.

mismo tiempo se formaba a los médicos, vinculados a las Facultades de Medicina, método seguido desde el siglo XIX hasta finales del siglo XX en España, y que aún persiste en muchos países del mundo. Pero ¿qué problemas éticos planteaba y plantea?

¿Con qué derecho se podía transformar en objeto de observación clínica a un enfermo al cual la pobreza había obligado a solicitar asistencia al hospital? Había requerido una ayuda de la cual él era el sujeto absoluto en la medida en que ésta había sido concedida para él; y ahora se le requiere para una mirada, de la cual es el objeto y el objeto relativo, ya que lo que se descifra en él está destinado a conocer mejor a los otros. Hay más, la clínica, al observar, investiga; y esta parte que ella da a la novedad, la abre sobre el riesgo: un médico en lo privado debe cuidar su reputación; su camino será siempre, si no el de la certidumbre, el de la seguridad... No hay en ello, entendiendo bien el equilibrio de las cosas, ninguna injuria a los derechos naturales del sufrimiento, ni a aquellos que la sociedad debe a la miseria. El dominio de los hospitales es ambiguo: teóricamente libre, y abierto a la indiferencia de la experimentación por el carácter no de contrato que vincula al médico con su enfermo, está erizado de obligaciones y de límites morales en virtud del contrato sordo —pero apremiante— que vincula al hombre en general con la miseria en su forma universal (...). Pero mirar para saber, mostrar para enseñar, ¿no es violencia muda, tanto más abusiva cuando calla, sobre un cuerpo de sufrimiento, que pide ser calmado, no manifestado? ¿Puede el dolor ser espectáculo? (...) se dibuja para el rico la utilidad de venir en ayuda de los pobres hospitalizados. Al pagar para que se les atienda, pagará incluso de hecho para que se conozcan mejor las enfermedades por las cuales él mismo puede ser afectado (...). El hospital se hace rentable para la iniciativa privada a partir del momento en el cual el sufrimiento que viene a buscar alivio es transformado en espectáculo (...). Al explicar cómo funciona la clínica de partos de Copenhague, Demangeon hace valer, contra todas las objeciones del pudor

y de la discreción, que no se reciben en ella sino a «las mujeres no casadas o que se anuncian como tales. Parece que nada podría estar mejor imaginado porque es la clase de mujeres cuyos sentimientos de pudor se consideran los menos delicados. Así, esta clase, moralmente desarmada y socialmente tan peligrosa, podrá servir para la mayor utilidad de las familias honorables: la moral encontrará su recompensa en lo que la befa, ya que las mujeres no estando en condiciones de ejercer la beneficencia... contribuyen por lo menos a formar buenos médicos y recíprocamente sus bienhechores con usura». La mirada del médico es de un ahorro bien avaro en los cambios contables de un mundo liberal¹⁶.

Los actuales hospitales hacen función asistencial, docente e investigadora, pero la situación ha cambiado porque la investigación está regida por comités de ética, que regulan las decisiones y protegen los derechos de las personas que van a participar en los ensayos, evitando la repetición de ensayos innecesarios o que pongan en peligro la salud de las personas que participan en ellos, por encima de límites éticos. Por ejemplo, no se puede investigar un nuevo fármaco para la osteoporosis si no se compara con un grupo de pacientes que ya estén tomando calcio y vitamina D, ya que se ha demostrado la necesidad de esta administración para mejorar la calidad del hueso. El comité de ética de la investigación velará para que el diseño de los ensayos clínicos no perjudique su salud ni vulnere sus derechos, con el consentimiento informado de todos los participantes, y debe actuar sin dejarse presionar por la industria que desea realizar determinados ensayos y vigilar que los resultados se expresen claramente tanto si son positivos como negativos. Aunque los ensayos clínicos pueden ocupar un 30 por 100 de la actividad de los hospitales públicos y un número desconoci-

¹⁶ *Ibid.*, págs. 127-128.

do de horas en los privados, se ha demostrado que es una forma de relación entre la industria farmacéutica y la asistencia sanitaria, que permite la continua presión para utilizar fármacos nuevos y más caros, aunque su utilidad no sea superior a los fármacos que ya se venían usando. La precaria situación de muchas unidades de investigación se puede compensar con la contratación de ensayos a través de las fundaciones de hospitales y clínicas, que en parte cubren una loable acción de investigación, pero en parte son sometidas a presiones para investigar según las necesidades de la industria más que según las necesidades de las patologías prevalentes. Desde el punto de vista de género, las patologías que se atienden en los hospitales son de predominio masculino, ya que las mujeres presentan más patologías crónicas, por lo que la investigación realizada en ámbito hospitalario se dedica a problemas y patologías de predominio masculino y la ciencia que se enseñará en las Facultades de Medicina proviene de esta investigación.

Pero en la investigación médica se han alzado otros muros, ya que una necesaria división del trabajo, pero llevada al extremo, ha separado a los que investigan y enseñan de aquellos médicos y médicas que realizan labor asistencial continuada. Los que experimentan casi no hablan con los que atienden. La experiencia, o sea, la clínica, queda separada de la investigación. La medicina primaria en contacto con los problemas más crónicos de la población, principalmente de la población femenina, no tiene ni tiempo ni recursos para investigar, por lo que su experiencia, adquirida a diario con la escucha de los pacientes y los problemas de su entorno, queda relegada y no es valorada ni por los investigadores hospitalarios ni por los de salud pública.

La investigación promovida por la salud pública tampoco se realiza en contacto con los profesionales de la clínica, ni se basa a veces en las encuestas que se realizan sobre la salud de la población, por lo que a veces se separan las intervenciones de salud pública de las necesidades de la población.

Esta separación entre asistencia e investigación epidemiológica tiene antecedentes ya en las reflexiones que Foucault hace de los años de la Revolución Francesa:

Los años que preceden y siguen inmediatamente a la Revolución vieron nacer dos grandes mitos, cuyos temas y polaridades son opuestos; el mito de una profesión médica nacionalizada, organizada a la manera del clero, e investida, en el nivel de la salud y del cuerpo, de poderes parecidos a los que éste ejerce sobre las almas; el mito de una desaparición social de la enfermedad en una sociedad sin trastornos y sin pasiones, devueltos a su salud de origen. La contradicción manifiesta de las dos temáticas no debe engañar: una y otra de estas figuras oníricas expresan como en blanco y negro el mismo diseño de la experiencia médica. Los dos sueños son isomorfos, el uno llamando de una manera positiva a la medicalización rigurosa, militante y dogmática de la sociedad, por una conversión casi religiosa, y a la implantación de un clero de la terapéutica; la otra llamando a esta misma medicalización, pero de un modo triunfante y negativo, es decir, la volatilización de la enfermedad en un medio corregido, organizado y vigilado sin cesar, en el cual la medicina desaparecería al fin con su objeto y su razón de ser¹⁷.

EL BIOPODER

¿Quién decide lo que se investiga? ¿Quién paga? ¿Quién prioriza? «La raza, el racismo, es la condición de aceptación de la *mise à mort* en una sociedad de normalización»¹⁸.

¹⁷ *Ibid.*, pág. 57.

¹⁸ Michel Foucault, *Il faut défendre la société*, París, Gallimard-Seuil, 1997, pág. 228.

El poder de los Estados modernos se convierte en un biopoder, en el poder de hacer vivir y dejar morir, y se ejerce como una capacidad de administrar y gestionar, no ya los individuos ni el Estado en sí, sino este nuevo «objeto» de la política que es la población. Para el biopoder se tratará de gestionar los recursos para que la población viva, para que aumente el número de habitantes en Occidente y para que disminuya en los países en desarrollo (hemos de tener en cuenta que las manifestaciones del biopoder serán distintas según las condiciones económicas e incluso políticas). Por ejemplo, dado que en Mali todo el trabajo lo hacen las mujeres, desde el productivo al reproductivo, sólo se dan en adopción niños a los países occidentales, y en cambio en China es mucho más fácil poder adoptar niñas.

También permite decidir quién puede vivir y quién puede trabajar y, en formas más sutiles, quién debe vivir y a quién no se le deben dar condiciones para vivir, lo que es lo mismo que dejarlo morir. El racismo, que se presenta como el instrumento teórico que permite a un Estado o a una nación reproducirse, ejercita como instrumento de presión la exclusión, la segregación, el levantamiento de muros y, en los últimos años, la constante presión sobre los hijos de inmigrantes para que se sientan constantemente como extraños, a pesar de haber nacido ya en Occidente. Esta permanente opresión sobre quién es ciudadano de primera clase o de segunda se ejerce también sobre las mujeres que, según las necesidades del mercado, se ven impulsadas a ser madres, o no serlo, a escoger trabajos en precario o a media jornada, para «conciliar» el cuidado de la familia y un sueldo remunerado. Las dejan vivir en precario y esto tendrá consecuencias a largo plazo sobre su salud, aunque en los trabajos clínicos sobre el dolor y el cansancio no se tengan en cuenta las condiciones de vida y trabajo, y en los estudios de salud laboral tampoco se tengan en cuenta las condiciones de trabajo doméstico que arrastra cada mujer cuando acude cada día a su lugar de trabajo.

Para poder saber quién sigue un método científico en medicina, no es suficiente saber que las investigaciones han de tener un objetivo claro y una metodología muy bien explicada, sino que en muchas ocasiones los trabajos que relacionan síntomas o terapias con enfermedades no tienen en cuenta ni las condiciones de vida ni las condiciones de trabajo de las personas, por lo que la investigación biológica, clínica, se sesga inmediatamente si, al mismo tiempo de evaluar el dolor, no se tiene en cuenta si la persona que lo padece ha trabajado más de ocho horas, está muy estresada, o ha de cuidar a personas enfermas, niños o niñas. El rigor científico en medicina no puede abstraer los condicionantes culturales y laborales sobre el organismo.

La pensadora feminista Donna Haraway ha escrito que la biología es política por otros medios. (...) Estoy segura de que continuaremos defendiendo nuestras políticas con argumentos biológicos. Quisiera que, en el proceso, nunca perdiéramos de vista el hecho de que nuestros debates sobre la biología del cuerpo siempre son debates simultáneamente morales, éticos y políticos sobre la igualdad política y social y las posibilidades de cambio. Nada menos es lo que está en juego¹⁹.

LA BIOTECNOLOGÍA

Las tecnologías biomédicas también suscitan esperanza y a la vez temor. Dichas tecnologías ofrecen al parecer oportunidades fantásticas de autorrealización —permitiéndonos literalmente rediseñar nuestros cuerpos y encargar bebés de diseño. Las mujeres pueden desafiar la biología en su conjunto optando por no tener criaturas, por tenerlas después de la menopausia o decidiendo el sexo de su bebé (...). Al romper, como lo hacen estas nue-

¹⁹ Anne Fausto-Sterling, *Cuerpos sexuados*, Barcelona, Melusina, 2006.

vas tecnologías del cuerpo, el vínculo entre feminidad y maternidad, se alteran las categorías de cuerpo, sexo, género y sexualidad. Esto redundaría en una liberación para las mujeres, que han estado cautivas de la biología.

Al mismo tiempo, está el fantasma de la ingeniería genética y de la clonación, que priva a las mujeres de cualquier control sobre la reproducción. En esta visión apocalíptica, la tecnociencia está profundamente arraigada en el proyecto masculino de dominación y de control de las mujeres y de la naturaleza (...). Crece el temor acerca de la manera en que pueda utilizarse el conocimiento del genoma para intervenir en la naturaleza y rediseñarla, tanto si se trata de alimentos genéticamente modificados como de animales clonados o de seres humanos de una raza perfeccionada. La propia vida (humana, vegetal y animal) corre el riesgo de que se biomedicalice y se mercantilice. La ingeniería genética y reproductiva se entiende por lo tanto como un intento más de usurpar a las mujeres la autodeterminación sobre su cuerpo²⁰.

Los avances de la biología molecular y de las nuevas tecnologías reproductivas van a ser los grandes retos en los que tendrán que trabajar las nuevas generaciones de feministas biológicas, así como en el campo de la bioética. En un nuevo mundo en que parece que «todo va ser posible», el plantear los retos éticos de la investigación genética, de la decisión sobre el sexo de los hijos e hijas por inseminación artificial, de la clonación, de la investigación con células madre, será necesario que las mujeres, las ciudadanas del siglo XXI, puedan tener voz y voto en la determinación de la investigación futura. «No todo vale», y vamos a necesitar toda la agudeza mental y el trabajo científico de las nuevas generaciones de mujeres y hombres, que trabajen por la ética de las decisiones científicas que se planteen en el futuro.

²⁰ Judy Wajcman, *El tecnofeminismo*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2006, págs. 13-14.

AUTORIDAD CIENTÍFICA. AUTORIDAD DE LAS MUJERES

La cuestión de si el conocimiento científico es objetivo o relativo es, al menos en parte, una cuestión que atañe a la pretensión de los científicos por poseer la autoridad absoluta. Si existe solo una verdad y los científicos tienen su conocimiento (es decir, si ciencia y naturaleza son lo mismo), entonces la autoridad de la ciencia es intocable. Pero si la verdad es relativa, si la ciencia está separada de la naturaleza y está conjugada, en cambio, con la cultura («el interés»), entonces el estatuto privilegiado de esa autoridad está fatalmente minado²¹.

Las mujeres llevamos al ámbito del trabajo las connotaciones simbólicas del lugar que ocupamos en la estructura de la familia y, a su vez, se traducen en nuestra situación en la familia los efectos de la posición devaluada en que nos encontramos en el ámbito del trabajo. Ello genera para las mujeres un estatus constitutivamente inestable, el cual da lugar a peculiares distorsiones del reconocimiento²².

Ha sido frecuente que en medicina las aportaciones de las mujeres en los campos de la salud reproductiva o en la visibilización de la morbilidad diferencial o en la denuncia de la medicalización del cuerpo desde que son niñas (como hemos visto en la reciente introducción de la Vacuna del Papiloma virus humano en niñas de diez años, sin previa investigación en este grupo de edad), hasta las últimas etapas de su

²¹ Evelyn Fox Keller, «The Gender/Science System: or, is Sex to Gender as Nature Is to Science?», *Hypatia*, núm. 3, 1987.

²² Celia Amorós, *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2005, pág. 377.

vida, se hayan catalogado de escaso rigor científico. Esta descalificación hecha con brocha gorda, sin detalles, sin argumentos concretos, deja a la denominada como «poco rigurosa» sin capacidad ni posibilidad de respuesta. Porque, ¿cómo se mide el rigor científico? ¿Quién lo decide? Precisamente la ciencia médica occidental se ha construido aislando los problemas, con el supuesto deseo de estudiarlos mejor, como si el hecho de aislar una hormiga en una placa de laboratorio nos permitiese estudiar mejor su fisiología y su comportamiento que si ideamos sistemas para estudiar un hormiguero en pleno funcionamiento. Ya ha sido un logro científico importante estudiar las enfermedades en relación con el medio ambiente, con la polución atmosférica o con la contaminación de las aguas que bebemos. También ha sido un gran avance estudiar la salud en relación con las condiciones de trabajo. La salud laboral ha sido la cenicienta de los estudios en medicina, pero se ha abierto penosamente camino, y actualmente constituye un cuerpo científico cuando se tienen en cuenta las condiciones físicas, químicas, ergonómicas, biológicas y psicosociales. Pero a la hora de investigar los nuevos tratamientos o los supuestos beneficios de las terapias hormonales en la menopausia, o la definición de una nueva enfermedad denominada «fibromialgia o fatiga crónica», los trabajos «científicos» aíslan a las casi siempre mujeres estudiadas de su entorno y de sus condiciones de vida y trabajo, por lo que sus reacciones, su dolor o su cansancio se estudian como saliendo de su esencia de mujeres, no como una interacción con el medio.

Estoy de acuerdo con Celia Amorós cuando dice:

Filósofas feministas como Seyla Benhabib estiman que de las investigaciones de Gilligan no se deriva la propuesta de una ética diferencial para las mujeres frente a las éticas universalistas, sino el replanteamiento de estas últimas en función de la crítica feminista del sesgo genérico masculino que la impregna. La «universalidad susti-

tutoria» deberá así ceder su lugar a una «universalidad interactiva»²³.

Pero esta interacción no sólo debe limitarse a la interacción con el medio, sino entre los sujetos que investigan y los investigados, a los que se debe hacer un devolución de la investigación realizada con las aportaciones que han realizado, sea por sus respuestas a determinados cuestionarios, o por el hecho de participar en ensayos clínicos, dando su sangre o tomando determinados medicamentos y sometándose a controles periódicos.

Pero otro límite al reconocimiento de la autoridad científica es la fórmula de la publicación de los resultados de las investigaciones. En medicina se ha impuesto progresivamente el modelo anglosajón, con una evaluación de los datos que publicar, por medio de dos o más asesores independientes (contratados por la misma revista), que discuten con los autores hasta conseguir un mínimo de calidad que cada grupo editorial ha fijado de antemano. La forma de citar la bibliografía y de exponer los datos se ha estandarizado de tal forma que incluso el lenguaje que se utiliza en las publicaciones deja poco lugar a la aportación de lo cualitativo, e incluso a la descripción del medio exterior e interior de cada grupo o problema analizado. Pero incluso este aparentemente método «riguroso» ha sufrido agresiones en su línea de flotación: desde la falsificación de resultados, a la no publicación de los ensayos clínicos negativos, o a la publicación sin declarar los intereses económicos que han pagado una determinada investigación. También en aras de un supuesto rigor, se limitan las publicaciones de lo que pueden ser novedades en la aproxima-

²³ Celia Amorós, *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2005, pág. 334.

ción a un problema o nuevos tratamientos, si rompen la hegemonía oficial de una determinada aproximación terapéutica.

Por ejemplo, en los últimos diez años se ha publicado una gran avalancha de trabajos sobre la utilidad de las estatinas para «tratar» un factor de riesgo como el colesterol elevado, sin investigar otras líneas que eran conocidas pero menos caras, como la levadura de arroz que ha sido recientemente reconocida como un tratamiento adecuado cuando «no se toleren» las estatinas²⁴. Entre las intolerancias poco conocidas por los profesionales, pero muy frecuentes en la clínica, está la aparición de dolor muscular generalizado que se confunde con la fibromialgia y que puede mejorar retirando el medicamento causante. Esta acción negativa tiene una interacción interna, ya que si las personas padecen un hipotiroidismo leve (una de cada cuatro mujeres lo presentará a lo largo de su vida), la administración de una estatina le producirá dolor muscular y una miopatía. Aunque esta acción fue publicada en 2001, la dificultad de que las publicaciones que contradicen los supuestos «beneficios» de la farmacología «oficial» sean divulgadas de forma conveniente y lleguen a todos los profesionales es muy grande, porque el efecto divulgador es en realidad un complemento de las operaciones de marketing que acompañan la promoción de los nuevos fármacos. Aquí una vez más, como en los sesgos de las publicaciones, o en el hecho de que sólo puedan publicar los investigadores/as que pertenecen a determinadas redes y cátedras o directamente sean promocionados/as por la industria, constituye una sutil penetración del poder económico en el supuesto y por otra parte necesario «rigor científico» de la medicina.

²⁴ D. J. Becker, R. I. Gordon, S. C. Halbert, B. French, P. B. Morris y D. J. Rader, «Red yeast rice for dyslipidemia in statin-intolerant patients: a randomized trial», *Ann Intern Med*, 150 (12), 2009, páginas 830-839.

CUANDO MOLESTAN LAS «VARIABLES».
AUTORIDAD CIENTÍFICA Y FIABILIDAD

La fiabilidad tiene un significado más amplio y más grande del que han tenido los criterios, generalmente centrados sobre el objeto y el rigor metodológico de la investigación que el método se ha dado. Ésta recuerda el vínculo no sólo con el objeto investigado y las formas de la investigación sino con el sujeto; es más, con los sujetos distintos de quien investiga, que buscan saber. Este vínculo está en el corazón mismo de la empresa científica, en su interior. La autoridad de la ciencia y la autoridad en la ciencia no son, en el fondo, más que lo que brota de la necesidad esencial de fiabilidad. La autoridad versa sobre la fiabilidad y ésta se da en una relación en la cual, por más dispar que sea el reconocimiento recíproco, tiene que subsistir una reconocida comunión de sentido. Las mujeres no tienen autoridad en la ciencia porque ahí, como en otros lugares, este pacto primario de la comunidad que dota de sentido ha sido un pacto entre hombres, y las regulaciones que le han seguido (competencia, rigor, control objetividad, etc.) son válidas dentro de este pacto y no fuera²⁵.

Si los grandes pensadores consideraron que las mujeres no podían adaptarse a las ciencias superiores que abarcaban lo universal, era también lógico que no se hiciera ningún esfuerzo para contar con ellas en el campo del diseño o dirección de proyectos de investigación, y que haya sido necesario el esfuerzo consciente de las redes de investigadoras en salud, que han hecho posibles los cambios desde la década de los noventa. La inclusión del ítem «Women's Health»

²⁵ Diana Sartori, «La autoridad en cuestión», en *Autoridad científica. Autoridad femenina*, Madrid, Horas y Horas, 1998, pág. 79.

(Salud de las Mujeres) en el Index Medicus en el año 1991 supone un pequeño primer paso para la visibilidad de las diferencias, un paso impulsado por las investigadoras americanas Bernardine Healy y Marcia Angell, junto con muchas otras redes internacionales que durante el año 1990 se reunieron en diversos lugares del mundo: Melbourne, en Australia; Barcelona, en España, en el Primer Simposio Internacional sobre Mujer y Calidad de Vida organizado por el CAPS; Women's Health Meeting, en Boston (Estados Unidos), y salud reproductiva en Estocolmo (Suecia).

La decisión del NIH en Estados Unidos de subvencionar los trabajos de investigación que incluyeran mujeres en su diseño ya supuso un salto cualitativo, así como el impulso de crear un estudio específico sobre los tratamientos de la menopausia, dado que hasta el año 1990 todos los trabajos de investigación sobre este tema habían sido subvencionados por la misma industria farmacéutica que quería vender los productos. Esta decisión tomada en 1993, y que impulsó de forma decidida la misma Bernardine Healy cuando fue directora de investigación del NIH, ha permitido demostrar en la práctica los efectos negativos de la terapia hormonal sustitutiva al incrementar los riesgos cardiovasculares y el cáncer de mama entre las usuarias de dicha terapia. La batalla por hacer visibles los sesgos inconscientes en la investigación tiene nombres y apellidos, y los resultados que se vieron entre los años 2003 y 2005 son fruto de la voluntad decidida de una red informal de investigadoras e investigadores de todo el mundo que, muchas veces con condiciones precarias, abordaron con decisión romper las barreras que habían hecho invisible la salud de las mujeres.

No va a ser fácil superar las sentencias médicas y filosóficas que atenazan las mentes de mujeres y hombres profesionales de la medicina. Frente a la sentencia «la mujer es frígida por naturaleza» del catedrático de Ginecología Prof. Bottella, es necesario explorar libremente la sexualidad femenina actualmente todavía muy desconocida; dejar de hablar de

huesos «más débiles» o de coronarias «más finas» para pasar a entender el intrincado metabolismo fosfo-cálcico y poder prevenir el déficit de formación de vitamina D que en las mujeres se puede presentar ya desde los 45 años; aprender a tomar decisiones equitativas frente a los trasplantes de riñón, o a las prótesis de cadera o rodilla evaluando calidad de vida y dolor sin tener en cuenta el sexo del paciente y sin valorar más la vida de los hombres que la de las mujeres.

Y por encima de todo, es preciso dejar de hacer diagnósticos de presunción o por opinión, cuando hay ignorancia y desconocimiento. Estimula mucho más la imaginación y la mente de los profesionales de la investigación decir que algún aspecto de las causas del dolor o del cansancio se desconoce que atribuirlo sistemáticamente a una supuesta y no probada depresión o ansiedad. O a una supuesta y no probada fibromialgia. El baile de atribuciones, al diagnosticar como psicológico lo biológico o el estrés social, o atribuir a problemas psicosomáticos una situación de violencia de género o *mobbing* en el trabajo, contribuye a la invisibilidad y no mejora los diagnósticos.

¿QUÉ TIPO DE CIENCIA CORRESPONDERÍA A UNA SOCIEDAD IGUALITARIA ENTRE MUJERES Y HOMBRES?

Una nueva ciencia que aborde los problemas de salud de forma integral y que tenga en cuenta las condiciones de vida y trabajo debe ser impulsada por todos los que queremos hacer visibles los problemas de salud de las mujeres y por añadidura de los hombres, que siempre han sido estudiados como salud productiva pero sin tener en cuenta su calidad de vida. Una nueva ciencia que supere la exclusión de las mujeres en aras del rigor científico, tanto como sujeto como objeto de la investigación, y los sesgos que desde las primeras publicaciones excluyen a las mujeres como científicas.

cas, con autoridad y fiabilidad, para que la falsa ciencia, denunciada así por Londa Schiebinger, no nos pueda poner límites:

La cuestión de la igualdad de hombres y mujeres en la esfera del intelecto ha tenido una vida muy larga. Hoy en día nos preguntamos, como tantos antes que nosotros, por qué hay tan pocas científicas. En el siglo xvii, la filósofa natural Margaret Cavendish hablaba en nombre de muchos cuando escribió que lo que sucede es que la inteligencia de la mujer es demasiado «fría» y «blanda» para albergar un pensamiento riguroso. Este supuesto defecto de la mente femenina ha cambiado con el tiempo: a fines del siglo xviii se creía que la cavidad craneana de la mujer era demasiado pequeña para alojar una inteligencia poderosa; a fines del xix se decía que el ejercicio de la inteligencia por parte de las mujeres encogía los ovarios. En el siglo xx, las peculiaridades del hemisferio derecho supuestamente hacen que las mujeres sean incapaces de visualizar las relaciones espaciales²⁶.

Por suerte para nuestras hijas, los estereotipos de género que las considerarían intelectualmente inferiores han influido mucho menos sobre sus vidas, aunque sí han influido de forma clara entre las mujeres mayores de 25 años en los años 2000 y siguientes, que han vivido unas condiciones de educación con menos igualdad de oportunidades y una presión social y mediática que todavía considera a las mujeres inferiores intelectualmente.

También me he preguntado cómo influye el debate feminista que resumo de forma esquemática entre el feminismo de la igualdad y el de la diferencia en las ciencias de la salud. Las feministas de la salud hemos tenido que estudiar todas las discriminaciones que han sufrido y sufren las mujeres, todos los

²⁶ Londa Schiebinger, *¿Tiene sexo la mente?*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2004, pág. 12.

sesgos de la sociedad patriarcal que se han introducido en la medicina, lo que nos acercaría a los supuestos del feminismo de la igualdad, pero estamos en contacto cada día con todo tipo de diferencias, que se convierten en desigualdades por no ser visibles ni valoradas. Además, con la ciencia y la información que ya tenemos, podríamos empezar a explorar nuevos campos y nuevos recursos que permitan mejorar nuestra calidad de vida o que puedan abordar la salud no sólo como atención al dolor, al cansancio o a la enfermedad, sino como medios para conseguir una salud para disfrutar o para conseguir mayores espacios de libertad. Posición más cercana a las posiciones de las/los *cyborgs* de Donna Haraway,

La médica y antropóloga Mari Luz Esteban profundiza aún más, ya que solicita de nuestro método de investigación que estudie las diferencias pero también las similitudes con los hombres, ya que de ello se pueden obtener nuevas perspectivas y aproximaciones:

a mi entender, una ciencia que ensayara modelos alternativos y no dicotómicos para explicar el sexo y la diferencia sexual y humana (...). Además, una práctica científica «de la diversidad» que no contemplara «la» diferencia sexual como un principio absoluto e inmutable, sino como una hipótesis de trabajo a demostrar, que relacionara adecuadamente los aspectos biológicos y los sociales, y que profundizara en las diferencias pero también en las similitudes entre hombres y mujeres en cada contexto²⁷.

Desde mi primer libro hace quince años, *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*²⁸, he comprobado que tan importantes como las diferencias entre sexos para atender los problemas

²⁷ Mari Luz Esteban, «El estudio de la salud y el género. Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista», *Salud Colectiva*, 2 (1), Buenos Aires, 2006, págs. 9-20.

²⁸ Carme Valls-Llobet, *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*, Barcelona, Folio, 1994.

de salud son las diferencias entre los mismos sexos, entre las mismas mujeres, por edad, por clase social, por territorios, por culturas, por educación recibida y por opciones de vida, o condiciones de emigración o de refugiadas, aunque existan estereotipos de género que las puedan afectar a casi todas por igual, como nos describen los miembros del Forum Diderot: «Una mujer femenina es nada más que un ser conforme a los deseos de los hombres»²⁹. Pero estas diferencias intrasexos y entre sexos no han sido habitualmente incluidas como motivo de estudio en las ciencias de la salud, por lo que los estados de salud y enfermedad no se consideran relacionados con determinadas culturas, con la emigración o con la diversidad no comprendida o no evaluada, como ocurre en la relación de la ergonomía laboral, con una gran diversidad morfológica dentro de los grupos de hombres y de mujeres, que han de trabajar en lugares de trabajo con sillas, mesas y distancias de ordenador absolutamente estandarizadas, que no tienen en cuenta las diferencias individuales. Las recomendaciones del NIH (National Investigation Health) de Estados Unidos para incluir mujeres en los trabajos de investigación también exige que se incluyan minoría étnicas, y que se tengan en cuenta la diversidad de clase y las condiciones de pobreza, que como se ve es un gran avance para un país tan liberal.

En el Congreso Catalán de Salud Mental (4 de junio de 2009), tuve ocasión de preguntarle a Alain Touraine, que reflexionaba sobre los retos de visibilización que tiene la ciencia médica en relación con los problemas reales de mujeres y hombres, cuál era para él la prioridad que tendríamos que trabajar en el siglo XXI. Me contestó tajante: la responsabilidad más importante de los investigadores de las ciencias de la salud es la de demostrar que hay muchas más dife-

²⁹ Jacques André, Françoise Barret-Ducrocq, Monique David-Ménard, Michèle Le Doeuff y Claire Nahon, *De la différence des sexes entre les femmes*, Forum Diderot, Presses Universitaires de France, 2000, pág. 15.

rencias dentro de cada raza, de cada sexo, que las diferencias que se intentan demostrar para sostener de «modo científico» el racismo y la exclusión. Hemos de hacer ciencia para luchar contra los estereotipos en la ciencia. Y hemos de hacer ciencia cambiando los métodos de hacer ciencia, cambiando el cómo, y sin resignarnos a adaptarnos a las reglas del juego «preestablecidas» en las que no hemos tenido ninguna posibilidad de colaboración. Y hemos de hacer ciencia dándonos autoridad mutuamente y, sobre todo, sin quitarnos autoridad unas a otras. Como dice María Milagros Rivera:

El trabajo científico en relación de autoridad con otra mujer puede transformar el «todo se vuelve débil al asociarlo con mi sexo» en lucidez: lucidez, por ejemplo, para ver que los datos científicos que responden a la experiencia femenina viva son con frecuencia parciales o erróneos y suelen estar al servicio de la violencia; lucidez para constatar que la presencia de mujeres en los laboratorios o en las universidades no transforma la ciencia si ellas, para decir que una investigación es científica, la siguen midiendo con las reglas que se ha dado ese «mundo sin mujeres»³⁰.

Creo que, para conseguir esta lucidez, hemos de establecer alianzas entre todos los feminismos de todas las ciencias y no perder energías en discusiones que nos desgastan. Necesitamos muchas miradas diferentes para entender la ciencia de otras formas, y entender que el rigor científico no es el *rigor mortis*, el rigor que estudia lo alejado de la vida, el rigor pretendidamente objetivo, pero en el que subyacen mecanismos de poder y violencias ocultas, sino el rigor que estudie la vida, la vida de organismos humanos, con mente y cuerpo unidos, con su consciente e inconsciente, y con sus deseos de recuperar el deseo, el sujeto, la voluntad y la libertad.

³⁰ María Milagros Rivera Garretas, *Autoridad científica. Autoridad femenina*, Madrid, Horas y Horas, 1998, pág. 9.

CAPÍTULO 3

Salud, desarrollo humano y diferencias entre mujeres y hombres

Hablar de hombres y mujeres implica una determinada postura personal que, si no se tiene en cuenta, puede afectar al qué se dice y al cómo se dice; un filtro que subyace tanto al estudio de diferencias como de semejanzas¹.

A raíz en gran parte del resurgimiento de la biología del desarrollo, bien puede decirse que la biología molecular ha «descubierto el organismo», pero el sujeto de la nueva biología, por completo y encarnado que sea, es sólo un pariente lejano del organismo que había ocupado a una generación de embriólogos. Como consecuencia de las transformaciones tecnológicas y conceptuales que presenciamos en las últimas tres décadas, el cuerpo mismo se ha transformado de manera irrevocable, tal vez es-

¹ María Jayme y Victoria Sau, *Psicología diferencial del sexo y el género*, Barcelona, Icaria, 2004.

pecialmente en el discurso biológico. El organismo biológico de hoy se parece poco al garante tradicionalmente materno de la integridad vital, la fuente de alimento y sostén; ya ni siquiera son los sustratos materiales pasivos de la genética clásica. El cuerpo de la biología moderna, como la molécula de ADN —y también como el moderno cuerpo corporativo o político—, se ha convertido en una parte más de una red informacional, ora máquina, ora mensaje, siempre listos para el intercambio, cada cual por el otro (...). A fines del siglo xx, quien domina nuestra imaginación es la computadora, que nos ha liberado de la curiosa locución «el hombre tiene un cuerpo». En su lugar, tenemos un conjunto aún más curioso de locuciones. Hoy podría ser correcto decir que el cuerpo —en el sentido que la palabra adquirió actualmente— tiene un hombre. Y es muy posible que este cuerpo tenga aferrado al hombre con más fuerza de la que nunca ejerció ningún cuerpo materno².

LA CONCEPCIÓN Y EL DESARROLLO DEL EMBRIÓN

No se nace mujer: se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico, económico, define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; el conjunto de la civilización elabora este producto intermedio entre el macho y el castrado que se suele calificar de femenino. Sólo la mediación ajena puede convertir un individuo en Alteridad. Mientras existe para sí, el niño no se puede captar como sexualmente diferenciado³.

Con los conocimientos sobre la evolución intrauterina y de la primera infancia que se tenían en el año 1949, fecha de

² Evelyn Fox Keller, *Lenguaje y vida. Metáforas de la biología en el siglo xx*, Buenos Aires, Ediciones Manantial, 2000, págs. 118-119.

³ Simone de Beauvoir, *El segundo sexo*, Madrid, Cátedra, col. Femenismos, 2005, pág. 371.

la primera edición de *El segundo sexo*, siempre me ha admirado que las sesenta primeras páginas del libro dedicadas al Destino fueran para analizar los datos de la biología. El necesario esfuerzo que supuso esta obra para la emancipación de las mujeres obligó a defender a su autora que la condición femenina en las sociedades occidentales dependía de que pudieran ser consideradas como iguales a los hombres. Su profundo análisis de los condicionantes históricos, psicológicos, sociológicos, ontológicos y culturales está todavía vigente en la actualidad, como los condicionantes que han definido la feminidad a la medida del deseo de los varones. La definición de las mujeres como las OTRAS ha desatado muchas críticas dentro del mundo feminista, pero creo que en la mayoría de sus análisis existe todavía una vigencia que lo convierte en un libro básico para entender la historia del feminismo.

Pero los actuales conocimientos científicos nos hacen interrogarnos sobre las diferencias en el desarrollo. ¿Se nace mujer? ¿El niño o la niña se pueden captar desde que nacen o incluso en el seno materno como seres sexualmente diferenciados? ¿Qué historia de veridicción podemos articular en este momento histórico?

Acceptando el interés que tiene estudiar las diferencias biológicas entre las mujeres y los varones, consideramos que la cuestión básica no es ésta, sino la de situar a nuestra especie como organismo vivo, presentar cuáles son sus particularidades, y ver los límites en los que nos movemos en tanto que materia viva. Importa también presentar los márgenes de libertad para desarrollar deseos, capacidades y cualidades individuales, dentro de los límites orgánicos. Por tanto importan las posibilidades en nuestra materia física de ser un producto social⁴.

⁴ María Jesús Izquierdo, *El malestar en la desigualdad*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1998, pág. 66.

En el momento en que se unen un óvulo y un espermatozoide, se define un conjunto de cromosomas que para ser viables tienen que contener siempre un cromosoma X y pueden dar lugar a XX, XY y algunos otros conjuntos mucho más escasos pero existentes (XXY, X deleción de otro X, el síndrome X frágil, etc.). Como ha planteado Fausto-Sterling⁵ de manera provocadora, podríamos definir que en estos momentos hay cinco sexos: hombre, mujer, *herms* (nacidos/as con un testículo y un ovario), *merms* (nacidos con testículos pero también con indicios de genitales femeninos) y *ferms* (nacidos con ovarios pero con algunos aspectos de la genitalidad masculina). Se considera que entre un 1,7 y un 4 por 100 de las personas nacen intersexuales.

Pero la participación del óvulo y del espermatozoide, la contribución femenina y masculina en la fecundación se había considerado asimétrica desde el tiempo de Aristóteles, considerando a la mujer sólo como receptáculo y al varón como el portador del homúnculo en sus espermatozoides. «Si los espermatozoides son fuertes darán lugar a un varón, y si son débiles darán lugar a una hembra.»

Así muchos debates sobre la importancia relativa del núcleo y el citoplasma en la herencia reflejan inevitablemente discusiones más antiguas sobre la importancia (o actividad) relativa de los aportes materno y paterno a la reproducción, en las que la tendencia histórica abrumadoramente mayoritaria fue atribuir actividad y fuerza motriz a la contribución masculina, mientras se relegaba la femenina al papel de medio ambiente pasivo y facilitador. En términos platónicos, el huevo representaba el cuerpo y el núcleo, al alma activadora (...) sugiero que dichas asociaciones se refieren muy di-

⁵ Anne Fausto-Sterling, *Cuerpos sexuados*, Barcelona, Melusina, 2006.

rectamente a la desestimación histórica de los efectos maternos⁶.

A los 40 días, en un embrión que podríamos considerar neutro o con características de embrión hembra, se inicia la secreción de hormona masculina (testosterona) en el caso de un organismo XY, que hace descender los gametos iniciales o precursores de los órganos sexuales hacia la parte baja del embrión, lo que dará lugar a los testículos, mientras que en el organismo XX, se empezarán a formar los ovarios, con las excepciones de los casos de hermafroditismo, que no voy a relatar aquí por estar perfectamente descritos en el libro de Fausto-Sterling y en el de María Jayme y Victoria Sau.

Hasta la no intervención de las contaminaciones ambientales, el sexo de la mayoría de las concepciones era XY, que sumaban el 60 por 100 de las concepciones, y sólo el 40 por 100 de los embriones eran XX. Esta diferencia biológica se contrarresta porque el número de abortos espontáneos es más frecuente en los embriones XY. La primera comprobación científica poblacional del efecto de una contaminación ambiental con repercusión en el sexo de los embriones tuvo lugar en Seveso (Italia) después de la explosión de una incineradora que envió dioxinas al medio ambiente. Un año después de la explosión se pudo comprobar que sólo nacieron niñas en Seveso, por lo que se pudo deducir que o no se logró el ambiente para la creación de embriones XY, o éstos sufrieron abortos espontáneos en el primer o segundo mes de la concepción.

Existen también diferencias en las malformaciones congénitas según el sexo del embrión. El 70 por 100 de las malformaciones congénitas se presentan en los embriones XY, mientras que sólo el 30 por 100 en los embriones XX. Los

⁶ Evelyn Fox Keller, *Lenguaje y vida. Metáforas de la biología en el siglo XX*, Buenos Aires, Ediciones Manantial, 2000, pág. 53.

fetos XY presentan mayor mortalidad intrauterina y perinatal (antes, durante o después del parto) que los XX.

LAS MUJERES QUE HAN DESAPARECIDO. FEMINICIDIOS

Podemos denominar *feminicidio* al genocidio cometido por los hombres contra las mujeres, de forma sistemática por considerarlas inferiores, desechables, y por considerar que se tiene sobre ellas el derecho a controlarlas, poseerlas, usarlas y tirarlas cuando ya no les son de utilidad.

La desaparición física de las mujeres, con abortos específicos antes de nacer o con la práctica ancestral de matarlas en el momento del nacimiento, constituye el feminicidio más grave de la historia de la humanidad y continúa siendo una práctica habitual en las dos potencias económicas en desarrollo. No podemos hablar de desarrollo humano y dejar de lado esta realidad.

La eliminación de las niñas ha convertido hoy en día a Asia en el continente más masculino del mundo; mañana en sus dos gigantes, India y China, vivirán varias decenas de millones de hombres solteros. Esta brecha demográfica entre hombres y mujeres tendrá repercusiones sociales graves y, en algunos casos, todavía imprevisibles⁷.

Aunque existen por desgracia muchos otros tipos de genocidios en las más de 60 guerras que hoy día se mantienen en el mundo, ninguno es superior en número al que se está cometiendo contra las mujeres en las dos potencias económicas denominadas emergentes, China e India, y aún es práctica habitual en otros países en vías de desarrollo. La pobreza

⁷ Bénédicte Manier, *Cuando las mujeres hayan desaparecido*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2007.

La necesidad de pagar dotes para casar a sus hijas hace disminuir tanto su valor de mercado que muchos padres y madres prefieren el sacrificio de sus vidas antes de que nazcan. Estoy de acuerdo con Bénédicte Manier cuando destaca las consecuencias imprevisibles que va a acarrear esta desigualdad vital entre las nuevas generaciones de estos países, en sus relaciones personales y en la convivencia futura. Pero no tenemos noticias de ninguna política pública de las autoridades de estos países ni de las Naciones Unidas para evitar o paliar el feminicidio en los países del mundo en donde se comete. Como dice Amartya Sen: «En Asia faltan 100 millones de mujeres»⁸. No conocemos ninguna guerra en que fallecieran 100 millones de personas, y no hemos visto levantar la voz a ninguna potencia mundial.

EL DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS PRESENTA
ALGUNAS DIFERENCIAS. DIFERENCIAS EN TALLA Y PESO
Y PROPORCIÓN CORPORAL

Las niñas al nacer pesan una media de 2,850 kg y miden unos 48 cm de media (con más o menos 2 cm). Los niños pesan una media de 3,450 kg y miden una media de 50 cm (con más o menos 2 cm). La proporción entre fibra muscular y tejido adiposo es de media un 23 por 100 de fibra muscular y un 23 por 100 de tejido adiposo en niñas, distribuido en nalgas y piernas, frente a un 40 por 100 de fibra muscular y un 11 por 100 de tejido adiposo en los niños, distribuido en tronco y abdomen. Todos estos datos son una media de países occidentales y no tienen en cuenta diferencias de etnias ni de nutrición. Nuestro grupo de investigación (CAPS) está recogiendo datos diferenciales que aparecen en la literatura científica, sin intentar sacar conclusiones prematuras de

⁸ Amartya Sen, «More than 100 million women are missing», *The New York Review of Books*, Nueva York, 20 de diciembre de 1990.

cada afirmación. Es evidente que las medias de talla y peso tienen amplias variaciones para cada sexo, por lo que la diferencia entre niños y niñas puede oscilar de 25 a 30 cm en la talla y unos 20 kg en el peso final al acabar la adolescencia. Quiero insistir aquí en que definir lo que es más frecuente en datos de población sólo indica el término frecuencia, pero no presupone ni normalidad actual, ni se debería confundir lo más frecuente con lo que podría ser más saludable.

El crecimiento es más acelerado en las niñas hasta los doce años en todas las etnias, así como la maduración de los huesos y el cierre de las epífisis. En cambio, el crecimiento es más lento entre los niños con una talla final más alta. La talla depende en alto grado de la nutrición, y tallas que parecían bajas, «por esencia» de su etnia, como la vietnamita, ha crecido más de 15 cm de media en los últimos veinte años, cuando al acabar la guerra toda la población pudo acceder a un mejor nivel de proteínas en la alimentación.

Las diferencias internas en cuanto al peso de los órganos internos, la frecuencia cardíaca, la capacidad pulmonar o el peso del cerebro están tan sometidas a estudios sesgados y a tantas diferencias individuales que por ahora no podemos establecer medias. Las medias de los niveles sanguíneos de hematíes y de hemoglobina, así como de otros niveles hormonales en sangre, han sido estudiadas en función de la frecuencia con que se presentan en la población, y las analizaré en el capítulo de normalización de la inferioridad. De hecho, como el patrón de normalidad era el patrón masculino desde los primeros trabajos de los filósofos griegos, el interés de estudiar las diferencias entre sexos ha sido mínimo a lo largo de la historia de la medicina, hasta la mitad del siglo xviii, y cuando se empezaron a describir las diferencias anatómicas entre mujeres y hombres fueron analizadas desde el principio como un pretexto para demostrar una pretendida inferioridad de las mujeres, basándose en análisis superficiales y sesgados.

Nadie estaba muy interesado en buscar pruebas de los dos sexos distintos en diferencias anatómicas y fisiológicas concretas entre hombres y mujeres, hasta que tales diferencias se hicieron políticamente importantes. Por ejemplo, hasta 1759 nadie se molestó en reproducir un esqueleto femenino detallado en un libro de anatomía para ilustrar su diferencia del masculino. Hasta este momento sólo había habido una estructura para el cuerpo humano y esa estructura era masculina. Y cuando se descubrieron esas diferencias, en la misma forma de su representación estaban ya profundamente marcadas por el poder político del género⁹.

DIFERENCIAS NEUROLÓGICAS.

¿HAY UN CEREBRO FEMENINO?

El cerebro femenino tiene muchas aptitudes únicas: sobresaliente agilidad mental, habilidad para involucrarse profundamente en la amistad, capacidad casi mágica para leer caras y el tono de voz en cuanto a emociones y estados de ánimo, destreza para desactivar conflictos¹⁰.

La autora del libro *El cerebro femenino*, doctora en Medicina y licenciada en Neurobiología, defiende unas diferencias del cerebro de las mujeres basadas en estudios de comportamiento y neurobiología. Las nuevas técnicas de experimentación empiezan a registrar zonas del cerebro donde existe mayor actividad cuando se realizan determinadas funciones (ver imágenes, escuchar ciertas palabras o sentir determinadas emociones). Todavía son investigaciones parcia-

⁹ Thomas Laqueur, *La construcción del género. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1994, pág. 31.

¹⁰ Louann Brizendine, *El cerebro femenino*, Barcelona, RBA Libros, 2007, pág. 32.

les que dejan entrever algunas relaciones, pero con lo que se ha de construir un rompecabezas científico del que sólo estamos conociendo las primeras piezas. Por ello hay que diferenciar muy bien las afirmaciones que se hacen en función de análisis y ensayos que se realizan comparando hombres y mujeres, de las afirmaciones que se basan en deducciones de experimentos realizados con ratas en el laboratorio. En nuestro centro de investigación (CAPS) estamos haciendo una exhaustiva separación entre las afirmaciones que se basan en evidencias aceptables, con estudios realizados con buena metodología y con un grupo suficientemente amplio de personas para que sus resultados puedan ser tenidos en cuenta.

La afirmación de que el cerebro con que has nacido tiene unas connotaciones biológicas, y que las niñas durante los primeros tres meses de vida incrementan las facultades para el contacto visual y la observación facial

en un 400 por 100 mientras que en un niño la aptitud para examinar rostros no se desarrolla durante este tiempo. Las niñas nacen interesadas en la expresión emocional¹¹,

contrasta con las afirmaciones de la bióloga Anne Fausto-Sterling, quien declara que la asignatura pendiente de la ciencia es estudiar más a fondo la exposición a estímulos de los 0 a los 5 años:

Estamos descubriendo que las madres hablan a sus pequeños varones, los tocan y los mueven mucho más que a las niñas. De modo que ellos tienen una estimulación a la vez motriz, emocional, del habla y del entendimiento¹².

¹¹ Louann Brizendine, *El cerebro femenino*, Barcelona, RBA Libros, 2007, pág. 39.

¹² Anne Fausto-Sterling, en Maricel Chavarría, «¿De qué sexo es tu cerebro?», *La Vanguardia*, 8 de febrero de 2009, www.lavanguardia.es.

El debate estaría en establecer qué condicionantes de la conducta son biológicos por base anatómica, cuáles son biológicos por influencia hormonal y cuáles son debidos a los estímulos del exterior, a través de las madres y otros miembros de la familia que intervienen en la estimulación precoz, así como mediante los sistemas educativos preescolares, las formas de juego y de socialización del mismo. La verificación al estilo de Foucault correspondería en distinguir cómo los intereses sociales y culturales desean interpretar los datos de laboratorio y los estudios con ratas, haciendo rápidamente extrapolaciones falsas e inaceptables, en las que los estereotipos de género se cuelan por todos los entresijos. Por ejemplo, extrapolaciones de trabajos realizados en ratas dicen que la descendencia femenina (ratas hembras) queda hondamente afectada según lo tranquilas y cuidadosas que sean sus madres¹³. ¿Es una forma de volver a enviar a casa a las madres que trabajan con la excusa de que su descendencia quedará hondamente afectada? Éstas son las extrapolaciones tendenciosas que han obligado a muchas otras biólogas feministas a negar las diferencias, para que no puedan ser utilizadas ni para controlar ni para inferiorizar una vez más a las mujeres.

¿Existen diferencias anatómicas comprobadas? La más aparente pero discutida es el mayor grosor del cuerpo calloso, que es la zona del cerebro que conecta ambos hemisferios cerebrales, el derecho y el izquierdo, y que tiene un mayor grosor en las mujeres que en los hombres. El cerebro del hemisferio izquierdo está destinado mayoritariamente al lenguaje y a la ejecución de tareas, mientras que el derecho está destinado a captar sensaciones y percepciones, y a las capacidades afectivas y al amor. En principio, un mayor grosor del cuerpo

¹³ N. M. Cameron *et al.*, «The programming of individual differences in defensive responses and reproductive strategies in the rat through variations in maternal care», *Neurosci Biobehav Rev*, 29 (4-5), 2005, págs. 843-865.

calloso indicaría una mayor interconexión entre los dos hemisferios, por lo que podríamos plantear la hipótesis de que el cerebro de las mujeres es más holístico y no puede hacer separaciones drásticas entre el trabajo y la afectividad.

Pero Anne Fausto-Sterling dedica casi 40 páginas¹⁴ en su capítulo «De cómo los biólogos establecen diferencias» a analizar cómo la diferencia en el cuerpo calloso puede ser utilizada para explicar por qué las mujeres no pueden convertirse en matemáticas, ingenieras o científicas altamente cualificadas:

Vemos el empleo del cuerpo calloso como (...) un nudo desde el cual emanan «hebras pegajosas» que atraviesan nuestro mundo de géneros, atrapando piezas de información como moscas en un papel adhesivo. Los relatos de cuerpo calloso adquieren dimensiones colosales, conectando la baja representación de las mujeres en la ciencia con las hormonas, las pautas cognitivas, la educación de niños y niñas, la homosexualidad, la dominancia izquierda-derecha y la intuición femenina. En el siglo XIX y principios del XX, el cuerpo calloso estuvo también implicado en la cuestión racial.

La autora se queja con razón de la rapidez con la que podemos sacar consecuencias ideológicas de las diferencias anatómicas, de las que todavía no sabemos mucho si son variabilidad individual o cambios morfológicos asociados a nuestro cerebro después de una evolución de miles de años.

Otras diferencias anatómicas observadas se refieren al mayor tamaño del córtex cingulado anterior en las mujeres, que sopesa las opciones y la toma de decisiones; al mayor tamaño del córtex prefrontal en las mujeres, que gobierna las emociones poniendo freno a la

¹⁴ Anne Fausto-Sterling, *Cuerpos sexuados*, ed. cit., págs. 143-177.

amígdala, y madura uno o dos años antes en las mujeres que en los hombres; al mayor tamaño y actividad de la ínsula en las mujeres, que procesa los sentimientos viscerales; y la amígdala, núcleo de los instintos y de mayor tamaño en varones. El hipocampo, núcleo de la memoria y del recuerdo de las emociones, es mayor y más activo en las mujeres¹⁵.

En recientes estudios con resonancia magnética, se ha observado que las mujeres tienen proporcionalmente mayor materia gris en los lóbulos parietales que los hombres, y dado que esta zona está relacionada con las habilidades espaciales y de rotación mental, la diferencia podría dar cierta desventaja a las mujeres en estas habilidades¹⁶.

A estas diferencias se han atribuido las diferentes aptitudes en la percepción de objetos en tres dimensiones y en la rotación espacial de los mismos, y las confusiones en la lateralización y dificultades en la confusión de derecha e izquierda. Se observó que las mujeres estaban igualmente lateralizadas que los hombres, pero que eran más susceptibles a la confusión izquierda-derecha¹⁷. Las diferencias en la percepción de objetos en rotación se presentan en las fases más precoces de los estadios del proceso cognitivo¹⁸, y los varones adultos los visualizan con una mayor implicación del hemisferio izquierdo y las mujeres muestran una

¹⁵ Louann Brizendine, *El cerebro femenino*, Barcelona, RBA Libros, 2007, pág. 15.

¹⁶ G. Ruggiero, I. Sergi y T. Iachini, «Gender differences in remembering and inferring spatial distances», *Memory*, 16 (8), noviembre de 2008, págs. 821-835.

¹⁷ M. Hirnstein, S. Ocklenburg, D. Schneider y M. Hausmann, «Sex differences in left-right confusion depend on hemispheric asymmetry», *Cortex*, 45 (7), julio-agosto de 2009, págs. 891-899.

¹⁸ Q. Yu *et al.*, «Sex differences of event-related potential effects during three-dimensional mental rotation», *Neuroreport*, 7, 20 (1), enero de 2009, págs. 43-47.

mayor implicación de ambos hemisferios de regiones tradicionalmente asociadas con el proceso visuoespacial¹⁹.

No es cierto que las mujeres no puedan leer los mapas, sino que la percepción espacial depende de estrategias diferentes en las formas de leerlos entre mujeres y hombres. Los hombres usan una orientación cardinal, mientras que las mujeres utilizan una estrategia *landmark way*, fijando un punto de referencia a distancia (una casa o un árbol), que les permita orientarse en el espacio para seguir un camino o para retomarlo después²⁰. Los hombres afinan más en observaciones métricas en las distancias y las mujeres son más ricas en informaciones del tipo de punto de referencia a distancia²¹.

El número y la calidad de los estudios que se están realizando en la actualidad permiten una mayor comprensión de los fenómenos de la diferencia y ponen freno a las fáciles especulaciones que en el pasado se podían hacer con menos ciencia en nuestro entorno. Sin embargo, falta mucho trabajo todavía para recomponer el mapa del funcionamiento cerebral, pero posiciones que en un principio podían parecer irreconciliables, se aproximan en sus reflexiones finales acerca de las diferencias del cerebro de hombres y mujeres. Así, Louann Brizendine acepta que no hay nada predeterminado, y que podemos usar la ciencia de lo que conocemos para producir cambios.

Cuando reconocemos que nuestra biología está influenciada por otros factores, incluyendo nuestras hormo-

¹⁹ A. M. Clements-Stephens, S. L. Rimrod y L. E. Cutting, «Developmental sex differences in basic visuospatial processing: differences in strategy use?», *Neurosci Lett*, 16, 449 (3), enero de 2009, págs. 155-160.

²⁰ S. Lambrey y A. Berthoz, «Gender differences in the use of external landmarks versus spatial representations updated by self-motion», *J Integr Neurosci*, 6 (3), septiembre de 2007, págs. 379-401.

²¹ I. D. Cherney, C. M. Brabec y D. V. Runco, «Mapping out spatial ability: sex differences in way-finding navigation», *Percept Mot Skills*, 3, diciembre de 2008, págs. 747-760.

nas sexuales y su fluir, podemos evitar que el proceso establezca una realidad física que nos gobierne. El cerebro no es nada más que una máquina de aprender dotada de talento. No hay nada que esté absolutamente fijado. La biología afecta poderosamente, pero no aherroja nuestra realidad. Podemos alterar dicha realidad y usar nuestra inteligencia y determinación ya sea para celebrar o para cambiar, cuando resulte necesario, los efectos de las hormonas sexuales en la estructura del cerebro, en el comportamiento, la realidad, la creatividad y el destino²².

Y en un línea conciliadora frente a su posición inicial de que todas las diferencias eran más o menos inventadas por una ciencia hostil a la igualdad, Anne Fausto-Sterling nos propone una estrategia de investigación:

Si nuestra cultura se unificara en torno a esta concepción de la igualdad de oportunidades, la controversia sobre el cuerpo calloso podría seguir varias vías. Los científicos podrían decidir que, dado lo poco que sabemos sobre su funcionamiento, la cuestión es prematura y debería aparcarse hasta que dispusiéramos de aproximaciones mejores para estudiar la función nerviosa en el cuerpo calloso. O podrían decidir que la diferencia existe, pero no queda fijada para siempre desde el nacimiento. Su programa de investigación podría centrarse en las experiencias que influyen tales cambios, y la información obtenida podría ser útil para los educadores que diseñan programas de entrenamiento de las aptitudes espaciales. Las feministas no pondrían objeciones a tales estudios, porque las ideas de inferioridad e inmutabilidad habrían sido desterradas de la idea de diferencia, y podrían confiar en el compromiso de nuestra cultura con una concepción particular de la igualdad de oportunidades educativas. O podríamos decidir que, después

²² Louann Brizendine, *El cerebro femenino*, Barcelona, RBA Libros, 2007, pág. 31.

de todo, los datos no confirman un dimorfismo anatómico del cuerpo calloso, en ningún momento del ciclo vital. En vez de eso, podríamos preguntarnos sobre las fuentes de la variabilidad individual en la anatomía del cuerpo calloso²³.

¿LAS DIFERENCIAS EN LOS SENTIDOS SON DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN?

Vista

Las mujeres ven mejor en la oscuridad. Son más sensibles al tono rojo. Tienen más memoria visual que los hombres, con un campo visual amplio, con mayor visión periférica por más células receptoras de imagen de la retina. Los hombres ven mejor con luz brillante, ven menos los tonos rojos, tienen una visión túnel, con mejor concentración en la profundidad, pero con un campo visual más reducido que el de las mujeres.

La ceguera es un grave problema de salud. Aproximadamente unos 50 millones de personas son ciegas en el mundo, y las mujeres constituyen el 65 por 100. El 90 por 100 de las personas ciegas viven en países en vías de desarrollo. Unos 150 millones de personas tienen alterada la visión. Las cataratas son la primera causa de ceguera, el glaucoma la segunda y la tracomatosis la tercera²⁴. Son causas evitables en el mundo occidental y las causas de ceguera de más de 35 millones de mujeres en el mundo de la pobreza.

²³ Anne Fausto-Sterling, *Cuerpos sexuados*, ed. cit.

²⁴ A. Woldeyes y Y. Adamu, «Gender differences in adult blindness and low vision, Central Ethiopia», *Ethiop Med J*, 46 (3), julio de 2008, págs. 211-218.

Oído

Las mujeres presentan mayor sensibilidad auditiva, captan pequeños cambios en el volumen del tono de voz. Los incrementos de frecuencia son mejor captados por las mujeres, que son menos sensibles a las frecuencias de 1,6 kHz y más sensibles a los sonidos grabados a 3,2 kHz²⁵. Los hombres tienen menor sensibilidad auditiva y no perciben con igual intensidad que las mujeres los cambios de matices en el tono de voz.

Por qué las mujeres tienen mayor habilidad en el lenguaje es todavía desconocido. Estudiando tareas lingüísticas complejas entre chicos y chicas de 9 a 15 años, se observó que la activación bilateral de los giros frontal inferior y temporal superior y la activación del giro izquierdo de las niñas eran mayores que en los niños. La activación de estas zonas cerebrales en las niñas se correlacionó con el rigor lingüístico en las niñas, mientras que en los niños dependía de la presentación de las palabras en forma visual o auditiva²⁶.

Olfato

El sistema olfativo se adapta mucho más rápido a los malos olores que a los placenteros, pero es mucho más sensible a los cambios en la estimulación de los malos olores

²⁵ J. W. Cassidy y K. M. Ditty, «Gender differences among newborns on a transient otoacoustic emissions test for hearing», *J Music Ther*, 38 (1), primavera de 2001, págs. 28-35.

²⁶ D. D. Burman, T. Bitan y J. R. Booth, «Sex differences in neural processing of language among children», *Neuropsychologia*, 46 (5), abril de 2008, págs. 1349-1362.

que en los placenteros. El grado de adaptación olfativa es inversamente proporcional a la intensidad del estímulo. El perfil de respuesta de las mujeres fue diferente al de los hombres para ciertos olores, en particular, el ácido valérico, skatol y cis-3-hexenol²⁷.

El sistema olfativo implicado en la fisiología reproductiva y en la conducta de los mamíferos es sexualmente dimórfico. La concentración de materia gris muestra diferencias en las regiones olfativas cerebrales de mujeres y hombres. Las mujeres presentan una concentración más alta en la corteza orbitofrontal que implican las áreas de Brodmann 19, 11 y 25 y la corteza temporomedial (los dos hipocampos bilateral y la amígdala derecha), así como la corteza basal insular. En contraste, los hombres muestran una concentración más alta de materia gris en la corteza entorrhinal izquierda (área de Brodmann 28), núcleo pallidum ventral derecho, corteza insular izquierda dorsal y una región de la corteza orbitofrontal (área de Brodmann 25)²⁸.

Las mujeres presentan una sensibilidad olfativa superior por efecto de los estrógenos, sensibilidad que aumenta durante el embarazo, permitiéndoles distinguir olores a distancias mayores que lo habitual²⁹. Los hombres presentan menor sensibilidad olfativa.

En un estudio efectuado para reconocer las habilidades olfativas para reconocer el propio olor, el 59,4 por 100 de las

²⁷ T. J. Jacob, C. Fraser, L. Wang, V. Walker y S. O'Connor, «Psychophysical evaluation of responses to pleasant and mal-odour stimulation in human subjects; adaptation, dose response and gender differences», *Int J Psychophysiol*, 48 (1), abril de 2003, págs. 67-80.

²⁸ A. García-Falgueras, C. Junque, M. Giménez, X. Caldú, S. Segovia y A. Guillamon, «Sex differences in the human olfactory system», *Brain Res*, 20, 1116 (1), octubre de 2006, págs. 103-111.

²⁹ G. Brand y J. L. Millot, «Sex differences in human olfaction: between evidence and enigma», *Q J Exp Psychol B*, 54 (3), agosto de 2001, págs. 259-270.

mujeres pudieron identificar su propio olor, mientras que sólo lo pudieron hacer un 5,6 por 100 de los hombres³⁰.

Gusto

Las mujeres son más sensibles al gusto amargo y tienen mayor percepción gustativa. Los hombres son más sensibles a los salados y tienen menor percepción gustativa. Un estudio entre estudiantes japoneses³¹ sugiere que los hombres prefieren el café más dulce que las mujeres, mientras que no hay diferencias por el gusto de bebidas acidificadas dulces. Algunas mujeres presentan deseos de comer alimentos dulces o con alto contenido de grasas durante la fase premenstrual. Estudiados grupos de mujeres en diferentes fases del ciclo menstrual, preferían más lo salado en fase premenstrual (palomitas saladas), mientras que en general los hombres preferían más salados que las mujeres³².

LAS DIFERENCIAS HORMONALES Y FISIOLÓGICAS

El ovario es el ejemplo más notable de aporía anatómica y el caso más claro en que los supuestos culturales alimentan una tradición de investigación cuyos resultados a su vez confirman aquellos puntos de vista. «Propter solum ovarium mulier est id quod est» (sólo por el ovario es

³⁰ S. M. Platek, R. L. Burch y G. G. Jr Gallup, «Sex differences in olfactory self-recognition», *Physiol Behav*, 73 (4), julio de 2001, páginas 635-640.

³¹ K. Yamazawa, K. Hirokawa y H. Shimizu, «Sex differences in preferences for coffee sweetness among Japanese students», *Percept Mot Skills*, 105 (2), octubre de 2007, págs. 403-404.

³² C. A. Frye y G. L. Demolar, «Menstrual cycle and sex differences influence salt preference», *Physiol Behav*, 55 (1), enero de 1994, páginas 193-197.

la mujer lo que es), escribió el médico francés Achille Chereau en 1844, cuarenta años antes de que existieran pruebas de la importancia real de este órgano en la vida de la mujer³³.

La diferencia de feminización del embrión se produce por efecto de los niveles hormonales que produce su ovario y se matiza con los niveles de otras hormonas que produce la glándula tiroidea y la suprarrenal, así como los niveles hormonales de los mismos órganos en las madres o de la medicación hormonal que puedan recibir.

He de dejar claro ya en este momento que las hormonas son condicionantes, pero nunca determinantes de la salud, y de hecho no estoy de acuerdo en que existan determinantes de la salud, ni genéticos, ni adquiridos. Ni en la vida adulta, ni en la vida intrauterina. Ni tampoco creo que existan determinantes psicológicos. Pero sí condicionantes biológicos, hormonales, psicológicos y sociales. Y aunque existen pequeños espacios de libertad, durante siglos la humanidad y en especial las mujeres han tenido muy pocos espacios y posibilidades para ejercerla. El actual estudio del genoma humano y de la relación genética de muchas enfermedades nos podría hacer pensar que los genes determinan nuestra conducta, y que con manipularlos conseguiremos niveles de salud y larga vida envidiables. Por ahora hemos visto que en determinados niveles sociales se ha puesto de moda estudiar las tendencias genéticas de lo que eres portador o portadora, como si éste fuera un camino de prevención. Ser portador de un alelo determinado o tener un riesgo determinado de sufrir una enfermedad no quiere decir estar enfermo. Si seguimos este camino, antes de saber lo que es gozar de una buena salud y de una buena calidad de vida, podríamos convertir a

³³ Thomas Laqueur, *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1994, pág. 299.

toda la humanidad en hipocondríaca, sólo pensando en cuál es la próxima enfermedad que podríamos contraer, y vigilando obsesivamente lo que comemos, bebemos o respiramos, mientras que una inmensa mayoría no puede comer ni beber agua potable y respira un aire contaminado. Pero la investigación del genoma y de las posibles causas genéticas de las enfermedades, estimulada por poderosas redes de intereses, ha hecho que no se priorice el presupuesto destinado al estudio de las condiciones ambientales y laborales como causa de muchas enfermedades, y del incremento de muchos tipos de cáncer en el mundo.

CAPÍTULO 4

¿De qué hablamos al decir salud y calidad de vida? Salud percibida y diferencias

Diría que la cuestión de la vida se halla en diversas maneras en el centro de gran parte de la teoría feminista y, en particular, de la filosofía feminista. La cuestión sobre la vida podría ser planteada de diversas formas: ¿Qué es la buena vida? ¿Cómo se ha concebido la buena vida de forma que las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización? ¿Qué sería la buena vida para las mujeres?

Pero quizá haya otro asunto previo a estas cuestiones, todas ellas importantes, otro tema: la cuestión de la supervivencia misma. Cuando consideramos lo que podría ser el pensamiento feminista en relación con la supervivencia, surgen una serie de preguntas diferentes: ¿La vida de quién se considera como vida? ¿A quién pertenece la prerrogativa de vivir? ¿Cómo se decide cuándo se inicia y cuándo finaliza la vida, y cómo se piensa la vida en contra de la vida? ¿Bajo qué condiciones debería devenir la vida y a través de qué medios? ¿Quién cuida de la vida cuando surge? ¿Quién cuida de la vida cuando mengua?

¿Quién cuida de la vida de la madre y cuál es el valor que, en último término, se le da? ¿Y hasta qué punto el género, el género coherente, garantiza una vida habitable? ¿Qué amenaza de muerte se lanza sobre aquellos que no viven el género de acuerdo con las normas aceptadas?¹.

Sabemos que el género no es el único factor que va a influir en la vivencia de la salud; sin embargo, se ha demostrado ampliamente que las necesidades de hombres y mujeres no son siempre similares y que la manifestación de dichas necesidades tampoco es la misma (...). Hombres y mujeres presentan umbrales y maneras diferentes de vivir el malestar y la búsqueda de ayuda².

LA SALUD PERCIBIDA TIENE DIFERENCIAS

Uno de los ítems más eficaces en las encuestas de salud de la población es el término de «salud percibida», que es la valoración que cada ser humano hace de su propia salud, contestando a una pregunta aparentemente simple, que también utilizan los profesionales clínicos para percibir el estado de la persona a la que entrevistan. ¿Cómo se encuentra usted: bien, regular o mal? En grupos de trabajadores de colectivos diferentes, o entre mujeres y hombres, la respuesta a esta pregunta aparentemente sencilla ha dado lugar a resultados diferentes y no necesariamente relacionados con un estado de enfermedad.

Las mujeres valoran peor su salud que los hombres, aunque las diferencias se hacen más agudas según la edad, casi no se perciben entre los jóvenes, y la valoración es peor también cuanto más baja es la clase social y la situación de

¹ Judith Butler, *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2006, pág. 290.

² Mari Luz Esteban, *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*, Donostia, Editorial Gakoa, 2001.

pobreza. La salud percibida es un vector de múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales, y refleja este estado de encuentro con uno mismo y toda la propia circunstancia. Es un vector de la sensación propia de malestar o bienestar, de las situaciones personales de crisis.

La definición de salud de la OMS que en principio la definía como ausencia de enfermedad y el poder conseguir un estado de bienestar biológico, psicológico y social, evolucionó cuando en el año 1977 se propuso la campaña «Salud para todos en el año 2000», campaña que se propuso cinco influencias clave sobre la salud, como parte de una estrategia para promover la salud de la población en todo el globo. Los objetivos de salud se refirieron a cinco campos que influyen decisivamente en la salud de la población: los factores biológicos, los estilos de vida, el medio ambiente físico, el entorno social y el acceso a la asistencia sanitaria de calidad.

Pero en el año 2009 podemos observar cómo las palabras *equidad, solidaridad, derechos y libertad* de las que está llena la declaración de intenciones de la WHO's Health 21³, no han conseguido ni de lejos sus objetivos, y que las desigualdades en salud, hambre y pobreza han abierto un abismo en el mundo entre los países desarrollados y los que no lo son, y que los países con economías denominadas emergentes han hipotecado el desarrollo con la progresiva destrucción del medio ambiente. Las desigualdades de salud globales han ido aumentando, y el incumplimiento de los acuerdos de Kyoto, con el incremento de enfermedades como el cáncer y las enfermedades autoinmunes derivadas de la polución laboral y medioambiental, han superado todas las buenas intenciones que la OMS se proponía a finales del siglo xx.

³ «WHO. European Health for All», Series núm. 6, Ginebra, WHO, 1977.

La creciente y rápida expansión de algunas epidemias, como la «nueva gripe», ha puesto en crisis también los mecanismos de prevención, ya que en un mundo globalizado o tomamos medidas globales o nadie le va a poder poner puertas al campo. Por lo tanto, para conseguir un aceptable nivel de salud en los años venideros para todo el mundo, los conceptos de justicia y libertad se han de introducir en las políticas de salud. La equidad conlleva la igualdad social de oportunidades, la justicia distributiva, el compartir de forma justa, tratando de forma diferente a los diferentes y las diferentes para que pueda existir una verdadera igualdad, tanto en lo que se refiere a la salud de la población como en lo que se refiere a la salud de las personas individuales.

Los modelos de salud positivistas se basan en la promoción positiva de una determinada sensación de bienestar, y los modelos de salud biomédicos se refieren a evitar enfermedades. Ninguno de los dos está suficientemente implicado en el concepto de equidad. En palabras de F. Peter⁴, existe un tercer modelo que denominaríamos *salud como libertad*, la salud que crea condiciones para la libertad personal, para la autonomía personal, para la toma de decisiones de los individuos. Y para crear condiciones hemos de trabajar en los condicionantes bio-psico-sociales de la salud, recuperando la aproximación clínica de cada ser humano, la escucha de los síntomas de las personas y la escucha de los síntomas de las poblaciones que estudia la salud pública.

Son saludables las reflexiones de Marshall Marinker, coordinador del libro *Health Targets in Europe*⁵, que nos dice que para valorar la salud en el siglo XXI hemos de conseguir un equilibrio entre la tríada de la medicina basada en la evidencia, los valores morales y la voluntad política. He-

⁴ F. Peter, «Health equity and social justice», *J Appl Philosophy*, 18 (2), 2000, págs. 159-170.

⁵ Marshall Marinker, *Health Targets in Europe*, Londres, BMJ Books, 2002.

mos de reconocer que la medicina clínica y la práctica de la salud pública son a la vez una ciencia y un arte. Y hemos de conseguir unas nuevas políticas de salud en Europa y la no- ción de una nueva agenda distributiva en términos de salud. Todo el esfuerzo clínico y político se ha de concentrar en mantener un equilibrio entre las causas biológicas, psicoló- gicas, sociales y ambientales de la enfermedad, que se incar- dinan profundamente en el organismo humano y con caracte- rísticas diferentes en mujeres y hombres, que permanecen todavía invisibles a los ojos de muchos profesionales de la salud y a los análisis de los cuestionarios de salud pública para el estudio de las poblaciones.

La visión mecanicista del ser humano, y más especí- ficamente del cuerpo humano, favorece que la enferme- dad se tome no tanto en términos de sufrimiento, como de anormalidad. Hay una parte estropeada o un agente exter- no que interfiere, y la misma debe ser reparada o sustitui- da, o bien el agente externo neutralizado. La salud y el bienestar se relacionan con la desaparición de los sínto- mas, y a los mismos se les niega el significado psíquico que muy frecuentemente tienen, por lo que con su desa- parición se cierra la puerta a la expresión del sufrimiento psíquico no consciente, que puede reaparecer más adelan- te con una sintomatología más virulenta y difícil de con- trolar. Las diferencias mujer/hombre se presentan como resultado mecánico de sus diferencias corporales⁶.

Los condicionantes de salud que Marc Lalonde⁷, minis- tro de Salud de Canadá, presentó en 1974, han sido adopta- dos en las políticas públicas de los países desarrollados, como las directivas para promover salud, dejando claro que

⁶ María Jesús Izquierdo, *El malestar en la desigualdad*, Madrid, Cá- tedra, col. Feminismos, 1998, págs. 63-64.

⁷ Marc Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa, Government of Canada, 1974.

pesan mucho más los factores bio-psico-sociales y los estilos de vida en la salud, que los servicios asistenciales, pero que en cambio los presupuestos públicos gastan la mayoría de recursos en la asistencia inmediata más que en la prevención y salud pública. Pero como veremos en el capítulo de promoción de la salud, adolecen, como en la mayoría de los trabajos de las décadas de los setenta y los ochenta, de una ausencia de análisis de las diferencias causales de morbilidad entre hombres y mujeres. Los estilos de vida estudiados han sido de predominio masculino, por lo que una nueva mirada sin estereotipos será necesaria para cambiar las estrategias de promoción de la salud.

Sin embargo, su aportación ya fue un avance para definir nuevos objetivos de salud y la oficina regional de la OMS para Europa, con la participación de Ilona Kickbusch⁸, organizó el primer Congreso de Salud diferencial de la población europea, y analizó además las causas de mortalidad diferencial en todos los países de la zona, incluidos los países del Este. Además de los objetivos de Lalonde, la oficina decidió crear una resolución para que la equidad fuese el principal objetivo de la salud pública y subrayó la importancia no sólo de reducir los riesgos para la salud, sino de obtener ganancias en salud y calidad de vida (dar salud a la vida, y añadir vida a los años). Por primera vez se añadía la vida y la calidad de vida en las políticas del gobierno mundial de la salud.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

El objetivo de las ciencias de la salud, además de intentar la curación de las enfermedades, tendría que ser mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

⁸ Ilona Kickbusch, «Perspectives on health governance in the 21st century», en Marshall Marinker, *Health Targets in Europe*, Londres, BMJ Books, 2002, págs. 206-229.

La calidad de vida relacionada con la salud es una medida de la salud que pretende analizar los condicionantes bio-psico-sociales y los hábitos de conducta, así como las discapacidades que impiden a un ser humano desarrollar su vida con un grado aceptable de autonomía. Pero al definir el concepto de calidad de vida, hemos de establecer el convenio de qué entendemos por calidad y qué entendemos por vida.

El concepto de calidad de vida como medida de salud ha sido un concepto olvidado hasta la última década del siglo XX. Medir la calidad de vida se introdujo lentamente en las decisiones terapéuticas, en la decisión de los trasplantes de órganos, en la valoración de las medidas asistenciales para atender a personas ancianas o con dolor invalidante. Las primeras medidas de calidad de vida intentaron establecer con qué recursos y posibilidades físicas, mentales y sociales goza un ser humano y cómo pueden influir en las personas, a fin de hacerlas más autónomas y capaces de conducir sus propias vidas dentro de las limitaciones y dificultades que cada etapa o que cada discapacidad plantea⁹. Para ello exploraron áreas como la salud psicológica, los estados de ansiedad, la depresión y la aceptación de la enfermedad; salud física, como el dolor, movilidad, calidad del sueño, capacidad de cuidar el propio cuerpo, de asearse y de alimentarse; salud social, como la capacidad de relacionarse, de comunicarse, de poder tener relaciones sexuales, de implicarse en actividades sociales y de ocio; y de salud laboral, como las posibilidades de realizar un trabajo remunerado y de acabar las ocupaciones domésticas que decida realizar.

Las medidas de calidad de vida han permitido discriminar cómo las condiciones de vida y trabajo afectan a la salud, y qué expectativas de vida con calidad tienen determinadas enfermedades (cáncer, artritis, artrosis, dolor, enfermedades

⁹ Lesley Fallowfield, *The quality of life. The missing measurement in health care*, Londres, Condor Book Souvenir Press, 1990, pág. 20.

endocrinológicas, insuficiencias de hígado, riñón etc.), o también si el hecho de vivir más años equivale a vivirlos con calidad en la salud. En los últimos 30 años se han identificado más 1.270 instrumentos de medida de calidad de vida en el ámbito internacional y más de 350 concebidos para su uso en la población española¹⁰. Se han perfeccionado los parámetros para su estandarización y para tener en cuenta la posibilidad de comparabilidad transcultural, definiéndose criterios de fiabilidad y reproducibilidad para que puedan ser tenidos en cuenta en los trabajos científicos. Muchos autores de la biomedicina han sido reticentes en utilizar los instrumentos de medida de calidad de vida como instrumento científico y todavía los cuestionan, pero ha sido una forma de volver a introducir la evaluación de la clínica en la salud.

Las medidas de calidad de vida no han permitido discriminar cómo las condiciones de vida y trabajo han condicionado la salud diferencial de mujeres y hombres, ya que no permiten medir cómo las desiguales oportunidades —en educación, en experiencias o en trabajo— han llegado a condicionar determinados aspectos de la salud. Para ello ha sido necesario desarrollar cuestionarios de evaluación de salud, adecuados a cada condición que se ha necesitado explorar.

Pero hay campos que influyen en la calidad de vida aún inexplorados. El campo de los deseos, de los motivos personales para la implicación social y familiar, el campo que permite el desarrollo de un tiempo y de un espacio propios, es aún difícil de estudiar y conocer, a no ser que se empleen métodos cualitativos o explorando el inconsciente. Para muchas mujeres, no se puede desear lo que ni siquiera se puede imaginar.

Las primeras investigaciones que relacionaban la calidad de vida y la salud se aplicaron en el campo de la epidemio-

¹⁰ José María Valderas, Montse Ferrer y Jordi Alonso, «Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes», *Med. Clin. (Barc.)*, 125 (supl. 1), 2005, págs. 56-60.

logía. Los estudios sobre la mortalidad de hombres y mujeres en todos los países del mundo habían demostrado una esperanza de vida mayor entre mujeres que entre hombres. La diferencia era de entre siete y diez años en los países desarrollados y mucho mayor en países africanos, donde las guerras han disminuido la esperanza de vida de los hombres. Incluso con condiciones de vida y nutrición diferentes, como ocurre con las mujeres negras en Estados Unidos, la diferencia de esperanza de vida persiste, y aunque sea menor que la de las mujeres blancas, viven más años que los hombres blancos con mejores condiciones de vida. Esta dilatada esperanza de vida dificultó las primeras investigaciones sobre la salud de las mujeres, ya que para muchos investigadores no era necesario estudiar la salud de las mujeres, ya que vivían más años que los hombres. Sutilmente un dato epidemiológico actuaba como un brazo invisible del poder, que impedía investigar o visibilizar los condicionantes de salud de las mujeres, ya que si vivían más años, no era necesario estudiarlas a fondo.

La inclusión de parámetros que miden la calidad de vida en las encuestas de salud de población que se realizaron en varias naciones del mundo permitieron constatar un dato nuevo. Las mujeres vivían más años que los hombres, pero en relación con la salud, la calidad de vida de los años que vivían de más era mucho peor, por lo que se ha podido concluir que mujeres y hombres viven los mismos años en cuanto a vida con buena calidad. Discapacidades, artrosis varias y condiciones de pobreza y soledad empeoran la calidad de vida de los años que las mujeres viven de más que los hombres¹¹. A pesar de este dato epidemiológico, los presupuestos de salud pública para la investigación no han priorizado todavía la intervención en los problemas crónicos de salud,

¹¹ Carme Borrell y Joan Benach (eds.), *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelona, CAPS-Bofill/Mediterrània, 2003.

como el dolor y las osteoartritis, que serán las primeras causas de discapacidad entre mujeres mayores y entre los hombres que también vivan más años. No siempre las necesidades detectadas en la población están sirviendo de guía para diseñar las políticas públicas, por lo que la posible prevención de unos problemas que permanecen invisibles se hace todavía imposible.

Aunque desde finales de los ochenta el concepto de calidad de vida se introdujo como uno de los parámetros que tener en cuenta en las decisiones de salud (Congreso Tecnología Médica y Calidad de Vida de 1988)¹², en relación con los trasplantes de órganos o con la decisión de las prioridades para la colocación de prótesis, cuando existían varias personas en listas de espera, no se ha utilizado esta correlación en la evaluación de nuevas técnicas de tratamiento o de la utilización de nuevos fármacos, o se hizo de forma sesgada al estudiar sólo seis meses de la utilización de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia. Estudiar las alteraciones bioquímicas del organismo y la intervención para cambiarlas en función de la calidad de vida permitiría dilucidar la eficiencia de muchas terapias, que aunque puedan ser eficaces biológicamente hablando pueden empeorar la calidad de vida de las personas que la reciben, con lo que su eficiencia final se vería coartada.

Pero el incremento de la esperanza de vida de la población ha planteado nuevas necesidades a los servicios asistenciales, que con recursos limitados han de satisfacer una demanda creciente en cantidad, calidad y complejidad de los servicios. Nuevos conceptos se han introducido a la hora de evaluar los servicios de salud, y los economistas de la salud han analizado el coste-beneficio, coste-eficiencia y los años de bienestar, para evaluar qué servicios son los más apropiados y cómo se podrán pagar. Ello ha conllevado la definición

¹² Congreso Tecnología Médica y Calidad de Vida, *Quadern CAPS*, 1988.

del QUALY¹³, cuya filosofía radica en una evaluación monetaria de la vida utilizando varios modelos de la teoría de toma de decisiones para disponer de los escasos recursos de la forma más eficiente. El QUALY define la calidad ajustada a los años de vida. Una combinación de mortalidad, morbilidad y estado funcional de las personas, evaluando la calidad de vida y la utilidad de determinados tratamientos en función de la calidad y tiempo de supervivencia después de ser aplicados. Los principios de igualdad solos no son suficientes para asegurar moralmente la distribución de los recursos de salud de forma justa o que respondan a las necesidades que se plantean. La equidad significa que, aunque las necesidades se han de tratar de forma igualitaria, las diferentes necesidades se han de tratar con una desigual distribución de los recursos en función de los más necesitados. Pero como todo invento humano, el trabajo de los economistas de la salud puede ser usado de forma sesgada cuando los recursos son escasos, limitando la aplicación de determinados tratamientos, por el excesivo costo, aunque su aplicación sea eficaz. El ejemplo que más afecta a las vidas de las mujeres es la aplicación de las prótesis de rodilla o de cadera a causa de la artrosis. En algunos países como Dinamarca se han utilizado métodos de codecisión con la ciudadanía para priorizar con los recursos existentes y decidir quién debería ser operado antes o después.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR VIDA?

No siempre las ciencias de la salud han reflexionado sobre qué entendemos por una vida de calidad y qué entendemos por salud. Un concepto previo que está fuertemente relacionado con el poder y la salud de las mujeres es la re-

¹³ Lesley Fallowfield, *The quality of life. The missing measurement in health care*, Londres, Condor Book Souvenir Press, 1990, pág. 205.

flexión sobre lo que entendemos por vida. En términos biológicos se considera vida al estado intermedio entre el nacimiento y la muerte y, desde el punto de vista bioquímico, podríamos definir la vida como un estado de la materia, con estructuras moleculares específicas, que son capaces de mantenerse en un ambiente, de reconocer estímulos, responder a ellos y reproducirse. Se define también la vida vegetativa como un conjunto de funciones involuntarias nerviosas y hormonales que adecuan el medio interno para que el organismo responda en las mejores circunstancias a las condiciones del medio externo, funciones que parecen estar regidas por el hipotálamo y el eje hipotálamo-hipofisario.

Para definir qué es vida no podemos olvidar que, desde el punto de vista biológico, incluso una planta es un ser vivo, pero en el sentido de vida humana hemos de volver a reflexionar sobre la frase de Judith Butler citada en la introducción de este capítulo:

Diría que la cuestión de la vida se halla en diversas maneras en el centro de gran parte de la teoría feminista y, en particular, de la filosofía feminista. La cuestión sobre la vida podría ser planteada de diversas formas: ¿Qué es la buena vida? ¿Cómo se ha concebido la buena vida de forma que las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización? ¿Qué sería la buena vida para las mujeres? (...). ¿La vida de quién se considera como vida? (...). ¿Qué amenaza de muerte se lanza sobre aquellos que no viven el género de acuerdo con las normas aceptadas?¹⁴.

La vida es el único bien que nos pertenece desde que nacemos como seres humanos, pero es un bien limitado en el tiempo, aunque muchas personas la vivan como si fuera eterna. Definiendo lo que es vida por medio de las relaciones de

¹⁴ Judith Butler, *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2006, pág. 290.

clase o de poder, para muchos humanos desde la prehistoria, la vida sólo ha sido una lucha por la supervivencia inmediata, y para los esclavos, los vasallos y las mujeres, un continuo de trabajo, servidumbre y espacios de supervivencia sin libertad. Si la vida de las mujeres no tenía valor, eran invisibles y no eran importantes para nadie, y el pensamiento de las mujeres fue excluido de la filosofía «oficial», no puede sorprendernos que «las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización», y que las mujeres que dan la vida, que han sido responsables del trabajo reproductivo de toda la familia, sean las invisibles, las no consultadas y las que no pueden dar su opinión sobre lo que es vida y lo que debería ser si pudiéramos influir en sus condiciones.

Hannah Arendt, en su libro *La condición humana*, reflexiona sobre la *vita activa*, la vida de hombres y mujeres, como animales sociales y políticos, que se realizan a través de la «labor, el trabajo y la acción», ensalzando la natalidad, la acción de dar vida como un milagro.

El milagro que salva al mundo, a la esfera de los asuntos humanos, de su ruina normal y «natural» es en último término el hecho de la natalidad, en el que se enraiza antológicamente la facultad de la acción. Dicho con otras palabras, el nacimiento de nuevos hombres y un nuevo comienzo es la acción que son capaces de emprender los humanos por el hecho de haber nacido. Sólo la plena experiencia de esta capacidad puede conferir a los asuntos humanos fe y esperanza, dos esenciales características de la existencia humana que la antigüedad griega ignoró por completo¹⁵.

La vida buena para las mujeres ha estado llena de fe y esperanza, cuando ha dado a luz a repetidos hijos o cuando no los ha dado, precisamente por saber de forma consciente o

¹⁵ Hannah Arendt, *La condición humana*, Barcelona, Paidós, 1988, pág. 266.

inconsciente que no era vida lo que podía ofrecer a un nuevo ser humano. Pero, dado que las decisiones sobre la vida las han impuesto los hombres durante siglos, los pequeños espacios de libertad se centraban en la acción de la reproducción como una forma de estar en el mundo. Las mujeres encerradas en el espacio ovular desarrollaron unas habilidades propias y amaron la vida «en relación» con la capacidad de amar la vida y la reproducción, pero también con la posibilidad de desarrollar unas sensaciones y sentimientos que la sociedad patriarcal negaba a los hombres. Hombres que se relacionaban con la vida como forma de competir, de luchar, de tener gloria y poder. Una relación más cerca del matar que del dar, más cerca del poseer que del amar.

Para los griegos, *zoé* expresaba el simple hecho de vivir de todos los seres vivientes, animales, hombres y dioses, y *bios* significaba la forma o manera de vivir propia de un individuo o de un grupo. La vida humana se definiría para Giorgio Agamben en que «los modos, actos y procesos singulares de vivir no son nunca simplemente *hechos*, sino siempre y sobre todo posibilidad de vivir, siempre y sobre todo potencia. El hombre es el único ser en cuya vida siempre está en juego la felicidad, cuya vida está irremediable y dolorosamente asignada a la felicidad. Y esto constituye inmediatamente a la forma-de-vida como vida política»¹⁶.

La vida, por lo tanto, constituiría un tiempo lleno de pequeños espacios de libertad, con grandes diferencias en la cantidad y calidad de estos espacios para los hombres y mujeres del Norte y del Sur, de diferentes clases sociales y niveles de educación y cultura, pero pequeños espacios en los que ejercer la voluntad de vida y la libertad de decisión. Una vida sin libertad y sin autonomía de decisión no es vida. La vida quedaría constituida por la posibilidad de *ser*, de *hacer* y de *amar*. De ser con esperanza de vida de buena cali-

¹⁶ Giorgio Agamben, *Medios sin fin. Notas sobre la política*, Valencia, Pre-Textos, 2001, pág. 14.

dad, con acceso a la educación y a la cultura, con la posibilidad de una constante autoformación, de gozar del conocimiento. De *hacer*, con la posibilidad de realizar un trabajo con dignidad, de poder ser creativo, en el que poder establecer relaciones humanas y sociales. Con la posibilidad de ejercer un compromiso cívico, con el ejercicio de la libertad y de los derechos de ciudadanía. De *amar*, con la posibilidad de establecer nuevos espacios de convivencia y respeto, aunque no existan lazos de sangre, con la posibilidad de amar los paisajes, los libros, la música, el arte..., con la posibilidad o la potencia de sentir las emociones, de poder imaginar, de maravillarse ante lo nuevo, de poder sentir los lazos de la amistad o el descubrimiento de los misterios de los demás. Pero apostar por la vida no es tarea fácil, es compleja y además requiere redes sociales con ciudadanía dispuesta a trabajar políticamente como asumimos la vida biológica.

La apuesta ahora es muy otra (...) porque se trata de asumir como tarea la propia existencia artificial de los pueblos, es decir, en última instancia su nuda vida (...) la asunción de la propia vida biológica como tarea política (o más bien impolítica) suprema¹⁷.

Superar las normas, las valoraciones, puede separar a las mujeres y algunos hombres del «campo de concentración» en que estaban excluidos como el «homo sacer»¹⁸, al que se le dejaba en suspenso su ciudadanía porque de todas formas había de morir. Los derechos de ciudadanía de las mujeres se han reconocido muy tarde, por lo que su palabra, su mirada y sus propuestas han sido excluidas de «la conceptualización» de las políticas públicas y de la Política en mayúsculas. Para Agamben no es posible ya retroceder del estado de ex-

¹⁷ Giorgio Agamben, *Lo abierto. El hombre y el animal*, Valencia, Pre-Textos, 2005.

¹⁸ Giorgio Agamben, *Homo sacer*, Valencia, Pre-Textos, 1999.

cepción efectivo en que vivimos porque ya está en entredicho la unión de «estado» y «derecho». Para él:

Mostrar el derecho en su no-relación con la vida y la vida en su no-relación con el derecho significa abrir entre uno y otra un espacio para esa acción humana, que un tiempo reclamaba para sí el nombre de «política». La política ha sufrido un eclipse duradero porque ha sido contaminada por el derecho, y se ha concebido a sí misma, en el mejor de los casos, como poder constituyente (es decir, violencia que establece el derecho), cuando no se reduce simplemente al poder de negociar con el derecho. Pero, verdaderamente, política es sólo la acción que corta el nexo entre violencia y derecho¹⁹.

Por ello creo que no podemos entender la vida separada de la posibilidad de actuar con los máximos espacios de libertad que nos sea posible, y que toda norma, ley o proceso constituyente que defina nuestros derechos de ciudadanía y en especial nuestros derechos de ciudadanas, tradicionalmente excluidas y actualmente toleradas, debería ser construido con la participación de las mismas mujeres, representadas de formas diversas. Pero su palabra, su posición, su opinión y su voz deben ser oídas en los foros de la decisión, en los niveles de la biopolítica, en los niveles de ejercicio del poder. Toda decisión sobre sus vidas que las excluya, y toda decisión sobre lo que es dar vida que no tenga en cuenta su derecho a decidir, es perpetuar la forma de violencia más dura, ejercida por los que, no dando la vida, creen que pueden decidir cuándo y cómo «las otras» han de darla. Y ejerciendo esta forma de poder mediático, religioso o académico, matan la posibilidad de vida de las mujeres y calumnian como asesinas a las que saben que la vida y la salud sólo pueden crecer en libertad.

¹⁹ Giorgio Agamben, «Estado de excepción», en *Homo sacer II*, 1, Valencia, Pre-Textos, 2004, pág. 128.

ENERGÍA Y VITALIDAD

Para muchas mujeres sentirse enfermas o sufrir malestar es disponer de menos energía para llevar a cabo sus actividades cotidianas; es decir, la sensación de tener fuerzas para enfrentar sus tareas o la falta de la misma sirve para que muchas mujeres se vivan en plenitud o enfermedad, (...) pues bien en el campo de la salud las mujeres expresan y simbolizan mediante los conceptos de fuerza, vitalidad, resistencia y energía, su bienestar o su malestar²⁰.

En algunos instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud, se exploran conceptos relacionados con la energía, analizando si después del trabajo remunerado todavía existen fuerzas para acabar el trabajo doméstico, o para tener un ocio activo o poder explorar la propia sexualidad y sensualidad. Pero el concepto que trabaja Mari Luz Esteban es muy interesante si queremos entender en profundidad el malestar o el bienestar de las mujeres, porque hay profundas implicaciones biológicas (con la crónica pérdida de hierro en toda la vida de las mujeres desde pequeñas hasta los 50 años) y profundas implicaciones sociales que la dejan exhausta en muchos momentos de su vida.

Las crisis vitales en la vida de las mujeres (pubertad, adolescencia, embarazo, parto y puerperio, crianza de hijos, edad media de la vida, nido vacío, y crisis accidentales: divorcio, aborto, muertes de personas próximas, viudedad, enfermedad crónica, emigración, malos tratos) pueden afectar a la vitalidad. Muchas veces son situaciones de duelo, que pueden suponer crecimiento personal, o sensación de pérdida o soledad. Pueden propiciar sufrimiento o estrés emocio-

²⁰ Mari Luz Esteban, *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*, Donostia, Editorial Gakoa, 2001.

nal y el problema radica, en palabras de Regina Bayo, en cómo manejar estos sufrimientos y estas situaciones de estrés: si con un encuentro más profundo con una misma o con una mayor desorientación.

Las condiciones de trabajo en casa o fuera de casa incrementan o disminuyen la morbilidad física y psíquica, así como el cansancio por el hecho de estar ejerciendo constantemente la doble presencia (pensar en las necesidades del espacio doméstico cuando se está en el espacio de trabajo remunerado, o pensar en las tareas pendientes en el trabajo cuando se está en casa). Pero el trabajo remunerado es más un efecto tampón, porque como han demostrado los trabajos de Lucía Artazcoz²¹ y colaboradoras, existen más niveles de depresión entre las mujeres amas de casa y mayores niveles de ansiedad entre las que realizan la doble jornada.

Los hijos e hijas pequeños en casa predisponen al malestar relacional, pero pueden ser también factores de protección cuando la maternidad está valorada en el entorno personal y en la propia subjetividad (por ejemplo, en un estudio de médicas y médicos de Cataluña, con más hijos/as de media que el resto de la población, las médicas se sienten altamente satisfechas con su trabajo reproductivo y compensan su estrés laboral basado en condiciones de trabajo negativas con el cuidado activo de sus hijos e hijas)²².

Las situaciones de crisis pueden ser momentos para la transformación, y para poder hacerles frente hemos de identificar de forma clara estas situaciones de crisis, que se manifiestan en descompensaciones, insomnio, inapetencia, inhibición, fobias o disminución de autoestima. Es importante no confundir estas situaciones con permanentes estados de ansiedad y depresión, con los que fácilmente se etiqueta el

²¹ Lucía Artazcoz *et al.*, «Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada», *Gaceta Sanitaria*, 15, 2001, págs. 150-155.

²² «Estudio de salud y hábitos de vida de médicos y médicas de Catalunya», Fundación Galatea, CAPS, 2007, www.comb.es.

malestar de las mujeres, y a los que se aplica la masiva administración de psicofármacos. Una crisis vital no se podrá nunca resolver con la administración de sedantes y antidepresivos, sino en el encuentro con nuevos objetivos y nuevos deseos, que no se habían identificado o que se habían reprimido durante años. Estoy de acuerdo con María Jesús Izquierdo cuando analiza la liberación de energías propias que supone acabar con todas las formas de represión:

Cuando la realización de los deseos no se puede conciliar con otros principios o aspiraciones y el *yo*, mediante procesos inconscientes, estima que el placer de realizar los deseos es inferior al displacer que genera haber transgredido esos principios en conflicto, se produce la represión. Ésta supone un gasto de energía, en cambio, el levantamiento de la represión ahorra consumo de energía. Una persona que entra en contacto con sus deseos tiene más energía que aquella que no lo hace. No entrar en contacto con los deseos, no desear conscientemente, supone un gasto energético²³.

LA ENCRUCIJADA DE LA SALUD MENTAL INVISIBLE

La salud mental está constantemente en la encrucijada del malestar y el bienestar de la salud de las mujeres, y está influida por las crisis vitales, pero también en sentido positivo por los éxitos con los que se superan dichas crisis. En la atención sanitaria de las personas y, sobre todo de las mujeres, la dimensión psíquica estaba invisibilizada y sólo se habían trabajado los síntomas físicos, a los que se intentaba encontrar correlaciones con alguna enfermedad orgánica.

²³ María Jesús Izquierdo, *El malestar en la desigualdad*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1998, pág. 35.

La división sexual del trabajo durante miles de años y el confinamiento de las mujeres en el ámbito doméstico han hecho que los sentimientos propios y los de los miembros de la familia, así como los límites externos que marcaban su ámbito («su campo», en palabras de Agamben), hayan constituido la vida y la experiencia inmediata de muchas mujeres. «Tanto dentro como fuera de casa, la mujer se ha constituido como MEDIO PARA LOS OTROS. Actúa como los otros desean que actúe»²⁴.

Por ello, para la salud mental de las mujeres ha sido una gran contradicción, por la sensación estimulada desde la cuna de la falta de valor propio, de no valer nada y el mandato de que han de ser perfectas para hacerse perdonar un determinado pecado original. La sensación de culpa flota en muchas de sus decisiones y es un factor que limita la toma de decisiones con libertad.

La imposición de ser madres ideales, perfectas a tiempo completo que es un mandato de género, las hace olvidarse de ellas mismas. «Si no me ocupo de los demás, los demás no tiran hacia delante.» Ellas mismas se convierten en omnipotentes y omnipresentes, como si no pudieran hacer otra cosa que trabajar, para hacerse perdonar la culpa original. Además, los factores emocionales no se tienen en cuenta, y en la familia la mujer desempeña el papel de «agente de contención y salud» del resto de miembros de la familia, pero también puede ser un «factor de riesgo» para la salud de los hijos/as en la primera infancia²⁵. La mujer es punta de iceberg del estado de la familia y su salud psicológica debería ser tenida en cuenta por su posición estratégica en el seno de la familia. Sin ningún soporte social ni psicológico, es probable que su malestar lo envíe a los demás. Los sentimientos de cul-

²⁴ Mino Vianello y Elena Caramazza, *Género, espacio y poder*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2002.

²⁵ Regina Bayo, *Universitat Estiu de les dones*, Barcelona, UAB, 2009.

pa se cruzan con los de rabia, y los dos se entremezclan para enturbiar la capacidad de tomar decisiones en libertad.

b. Además existen factores que pueden afectar a la salud mental: experiencias traumáticas personales inscritas en su propia biografía, abandonos, abusos sexuales, violencia, así como factores sociales (emigración, pobreza, trabajos desde la infancia o pérdida de un ser querido). Mabel Burin²⁶ dice que los factores de riesgo para la salud mental son el matrimonio, el trabajo de ama de casa, tres o más niños pequeños y la falta de comunicación en la pareja.

c. Otros estudios señalan que diversos factores aumentan el estrés emocional: embarazos adolescentes o hijos/as no deseados, clase social baja, bajo nivel educativo, ausencia de trabajo remunerado, paro, ausencia de soporte social y laboral, pareja con patología grave, única/o responsable de la familia y dolencias propias crónicas y largas.

d. Son grupos de riesgo para la salud mental los enfermos/as de SIDA, cáncer, madres de niños o niñas deficientes y de hijos/as con trastornos de la alimentación.

e. Las condiciones de trabajo que implican tareas de atención a las personas, o las profesiones que entran en relación con la humanidad doliente, precisan de una especial atención para su salud mental. Hemos de tener presente a los/las que cuidan, a los profesionales de la salud, psicólogas, trabajadoras sociales o maestras, todas profesiones muy feminizadas y vulnerables al síndrome de *burn-out* (síndrome del trabajador quemado). La salud mental requerirá un capítulo aparte, pero es necesario, ya desde aquí, detectar los factores de riesgo y visibilizarlos, los riesgos que hacen vulnerables a las mujeres, y que lleva a medicalizarlas con ansiolíticos y antidepresivos desde la primera visita asistencial. El 85 por 100 de los psicofármacos recetados en la medicina de los países que se dicen «desarrollados» está destinado a mujeres, y esta

²⁶ Mabel Burin, *El malestar de las mujeres*, Buenos Aires, Paidós, 1990.

cifra no se puede basar en ninguna evidencia científica, por lo que tenemos que pensar que es consecuencia del ejercicio de la biopolítica destinada especialmente a las mujeres.

LA BIOTECNOLOGÍA Y LA CALIDAD DE VIDA

El colectivo humano está hambriento de otros relatos sobre lo que significa ser miembro de una especie y de una comunidad. Lo que no está recogido en un relato sobre la familia reproductiva no es considerado como humano... Si la síntesis moderna, ideológicamente hablando, tendía a que cada persona fuera más foucaultiano vigilante de su hermano, la síntesis biológica, en sus versiones de la selección de la especie y las estrategias inclusivas de la maximización de las capacidades, avanza rápidamente para hacer de cada persona un banquero de su hermano²⁷.

La biología y la genética molecular se han transformado en potentes ayudas para la ingeniería de diseño. La posibilidad de seleccionar embriones, que permitan la curación de enfermedades de los hermanos o hermanas, ha sido una revolución reciente de la ciencia médica, que ha dado esperanzas de vida a muchas familias que viven angustiadas por las enfermedades crónicas e incurables de sus hijos e hijas. Cada ser humano puede convertirse en estos momentos en banquero genético de sus hermanos y hermanas, y cada persona en dadora universal de células a través de la sangre de su cordón umbilical. Creo que ni Foucault podía pensar en la cantidad de posibilidades terapéuticas que se abren con la posibilidad de convertir las células madre en células especializadas de diversos tejidos que luego se pueden reimplantar. Los avances actuales con la posibilidad de convertir las pro-

²⁷ Donna Haraway, «Manifiesto para *cyborgs*», en *Ciencia, «cyborgs» y mujeres*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1995, pág. 277.

pias células de la piel en células madre superan el debate ético de la utilización de embriones humanos. Sin embargo, la biogenética va a necesitar de la bioética si queremos continuar participando en la decisión de nuestro futuro.

Para Giorgio Agamben:

La tesis de Foucault según la cual «lo que hoy está en juego es la vida» —y la política se ha convertido, por eso mismo, en biopolítica— es, en este sentido, sustancialmente exacta. Pero es decisivo el modo en que se entiende esta transformación. En efecto, lo que queda fuera de interrogación en los actuales debates sobre la bioética y la biopolítica es precisamente aquello que merecería ser interrogado por encima de cualquier otra cosa: es decir, el propio concepto biológico de vida.

Porque los actuales conceptos de vida están mediatizados por la misma introducción de la ideología y de la política en las mismas entrañas de la definición de la ciencia y en los conceptos científicos de la investigación.

De ahí la función decisiva, aunque con frecuencia inadvertida, de la ideología médico-científica en el sistema de poder y el uso creciente de pseudoconceptos científicos con finalidades de control político: la propia separación de la nuda vida, que el soberano podía llevar a efecto en ciertas circunstancias a partir de las formas de vida, se realiza ahora de forma cotidiana y masiva por medio de las representaciones pseudocientíficas del cuerpo, de la enfermedad y de la salud, y de la «medicalización» de esferas cada vez más amplias de la vida y de la imaginación individual. La vida biológica, forma secularizada de la nuda vida, que tiene en común con ésta la indecibilidad y la impenetrabilidad, constituye así literalmente las formas de vida reales en forma de *supervivencia* en cuyo seno se aloja inadvertidamente como oscura amenaza que puede actualizarse repentinamente en la violencia, el extrañamiento, la enfermedad o el accidente. Es el soberano invisible que nos contempla tras las estú-

pidas máscaras de los poderosos que, consciente o inconscientemente, nos gobiernan en su nombre²⁸.

Continúa pendiente el interrogarnos sobre qué entendemos por vida, para poder impedir que cualquier forma de poder, venga de donde venga, interfiera en las decisiones y coarte nuestra libertad. Las feministas de la vida, las de la igualdad y las de la diferencia, debemos trabajar junto a los intelectuales, filósofos y hombres de «buena voluntad» para conseguir definir qué acciones emprendemos para mejorar nuestra vida, qué acciones emprendemos para impedir que nuestro medio ambiente lesione nuestra salud y qué acciones emprendemos para mejorar nuestra calidad de vida y dar vida a nuestros años.

²⁸ Giorgio Agamben, *Medios sin fin. Notas sobre la política*, Valencia, Pre-Textos, 2001, pág. 17.

CAPÍTULO 5

La menstruación: una diferencia invisible y manipulada

Hay como una pesadez que inclina el cuerpo hacia su origen que siempre es abajo como el del árbol. Una gravedad que insiste, cíclicamente, tenazmente, en hacer corresponder el cielo salvaje del espíritu con la tierra a que pertenece. En mi vientre cada mes, la misma garra me hace retroceder al tiempo de todas las gestaciones. Es mi sangre, el pasado de mis hijos y el porvenir de los dioses: de barro los pies, de sangre la génesis. Dios, de haber existido, nunca hubiese sido macho; de haberlo sido hubiese engendrado tan sólo en lo invisible, la pura nada. Mi cuerpo, grávido, describe la circunferencia de los siglos: en cada luna inicia el recorrido de su propio nacimiento. Nacer: siento en mi sangre el clamor amurallado del primer «¡No!», el inicial rechazo a la embestida de la vida, el primer infortunio, la forzada voluntad apenas improvisada. Y luego la repetición, la gran impostura del «¡Sí!», el préstamo que se otorga en la carne; la manera, tan injusta, de negar aquello que se afirma en el hijo.

Cada veintiocho días me siento, cielo abajo, piernas adentro, tan habitada, tan ocupada por ese ser que siento

tan otra y es, no obstante, la que más me frecuenta, la que dicta mis pasos en orden al sentir, la que dirige mi voluntad más imperiosa, más necesitada, más desesperadamente codiciosa en la ternura, la que me invita a ser esa otra que me tiene cada vez más emboscada, en alerta siempre, roja alerta que deja, intenso, su rastro de materia desprendida sobre lo que voy siendo.

Tan habitada me siento que no sé si hablo desde dentro de la sangre en tumulto, ni quién observa a la otra, ni qué otra soy yo¹.

EL CICLO MENSTRUAL: DE LA INVISIBILIDAD AL TABÚ CIENTÍFICO

La menstruación fue uno de los primeros fenómenos cíclicos que pudieron observar las mujeres y los hombres del neolítico. Su relación con la reproducción permaneció invisible y también innominada entre muchas culturas. Tabú entre muchos pueblos, servía de excusa para castigar a las mujeres con gran número de prohibiciones, como la obligación de alejarse de las casas con la falacia de que su presencia durante la fase menstruante contaminaba los productos agrícolas y alteraba el crecimiento del ganado. De hecho, la mayoría de mujeres hasta mediados del siglo xx quedaban embarazadas desde la primera menstruación en la adolescencia y casi no volvían a tener la menstruación durante su vida reproductiva, porque estaban casi permanentemente embarazadas o en periodo de lactancia. Debido a este hecho, sólo debían presentar trastornos de la menstruación las mujeres que por provenir de clases altas o por otras circunstancias no tenían sus primeros hijos hasta después de los veinte años.

¹ Chantal Maillard, *Filosofía en los días críticos. Diarios 1996-1998*, Valencia, Pre-Textos, 2001.

☉ También fue un tabú en la comunicación de muchas madres e hijas². Y también ha permanecido invisible en la representación simbólica de la realidad, con la utilización de nombres para no nombrar, o por su ausencia en las representaciones teatrales, cinematográficas, en la literatura y en la poesía, excepto para algunas excepciones como la misma Chantal Maillard que inicia este capítulo. La misma literatura feminista adolece de falta de claridad en este aspecto, por una parte haciendo abstracción de esta realidad en la vida de muchas mujeres, para que en aras de la igualdad no tuviéramos en cuenta esta gran diferencia, o negando directamente la influencia o los condicionantes del ciclo menstrual alterado, por miedo a que la vida de las mujeres fuera considerada inferior o condicionada por el hecho de la menstruación. Tan invisible ha quedado que cuando se ha planteado su abolición a cambio de tratar hormonalmente a las mujeres durante toda su vida reproductiva, algunas chicas jóvenes han abanderado esta posibilidad que aparentemente les serviría para «ser como hombres», sin plantearse las consecuencias para su salud, ni la posibilidad de promover un posible cáncer de mama en su vida adulta.

☉ Algunos profesionales sanitarios han sugerido que la dismenorrea (el dolor durante los días de la menstruación), las metrorragias (menstruación abundante) o los ciclos irregulares fueran relacionados con la poca aceptación de la menstruación, antes de correlacionarlos con trastornos endocrinos o con deficiencias de nutrición. Pero el ciclo menstrual hace ciclar también a todos los órganos y sistemas de las mujeres y sus alteraciones pueden ser un indicador del estado de salud, ya que las situaciones de estrés y patologías clínicas y subclínicas alteran su regularidad. En lugar de ver la menstruación como una inferioridad, o como algo que nos ensucia

² Carme Valls-Llobet, «La menstruació: de la invisibilitat a la abolició», *Duoda*, 31, 2006, págs. 71-84.

o nos resta oportunidades, podríamos dirigir una mirada diferente sobre ella y convertirla en el aviso biológico de que algo no anda bien en nuestro organismo, de que algo interno o externo ha roto nuestra armonía. Constatando además que existen evidencias biológicas de la «sororidad», cuando hemos podido comprender que existen influencias de unas mujeres a otras a través de las feromonas³, hormonas de relación que influyen a través del olfato en la regularidad y armonía del hipotálamo. Las mujeres que viven juntas en armonía acaban menstruando al mismo tiempo, adaptándose mutuamente al mismo ciclo, y no ocurre cuando alguna de ellas está en mala sintonía con las demás. La química de las relaciones se ha puesto de manifiesto también cuando no existe armonía entre las parejas, y la alteración del ciclo se produce incluso antes de que la mujer haya podido verbalizar su malestar.

NOMBRES PARA NO-NOMBRAR

La forma social de invisibilizar y excluir la presencia de la menstruación, a pesar de ser una experiencia cotidiana en la vida de las mujeres durante siglos, ha sido no nombrarla y no hablar de ello nunca en público. Las diversas denominaciones que voy recogiendo están relacionadas con diversos aspectos o características. Con la regularidad, como «el mes», «el periodo», «este día», «la mala semana». Con la presencia de un acontecimiento que visita tu cuerpo desde fuera, como si de algo externo se tratara: «la visita», «mi amiga», «la tía», «la tía María» o «Andrés» (porque te visita una vez al mes). Con la vivencia de la menstruación como enfermedad, «estoy indispuesta», «el problema», «estoy enferma». Con el deseo de no nombrarla: «la cosa», «la maldición», «la macana» en Bolivia. Con el color rojo, «días de bandera roja», «los ro-

³ Miranda Gray, *Luna Roja. Los dones del ciclo menstrual*, Madrid, Gaia, 1994.

jos», «la puta comunista» o, como cita Victoria Sau de unas monjas, «los ingleses han desembarcado», «llegan las chaquetas rojas». Como señal de las diferencias, «el símbolo de la feminidad», «la señal de que se es mujer», o también como vivencia de algo sucio o impuro: «suciedad», «impureza» o «cadáver corrompiéndose» para los griegos⁴.

LA MEDICINA INICIA SU ESTUDIO CIENTÍFICO A MEDIADOS DEL SIGLO XX

La ciencia médica ha invisibilizado y minimizado las alteraciones de la menstruación a base de no reconocer que existen problemas, a base de medicalizarlos con anticonceptivos hormonales o a base de abolirla. Mejor que no exista hasta conocer si esta diferencia puede ser de utilidad.

La ciencia médica ha ignorado el estudio de la menstruación y sólo a mediados del siglo xx se inició el estudio del ciclo y de las hormonas hipofisarias, con el objetivo de conseguir medicamentos anticonceptivos. En cambio, es muy difícil encontrar estudios que especifiquen cuáles son las características normales del ciclo menstrual. De hecho, han sido las investigaciones realizadas en Suecia y Dinamarca las que han dado las pautas de normalidad.

El ciclo menstrual normal oscila con una menstruación cada 26 a 32 días, aproximadamente un ciclo lunar que es de 28 días. La duración es de un día con fuerte pérdida y dos o tres días más con pérdidas menores. La cantidad máxima de pérdida debería ser unos 100 cc, como de una copa de vino, aunque es difícil apreciar la pérdida de forma subjetiva porque muchas personas relacionan la intensidad mayor o menor comparándolo con las pérdidas de su madre, hermanas o amigas. La menstruación no debe producir dolor; en todo caso, una li-

⁴ Victoria Sau, *Reflexiones feministas para principios de siglo*, Madrid, Horas y Horas, 2000, págs. 49-100.

gera molestia. No debe ser precedida de síntomas ni corporales ni de labilidad en el estado de ánimo. La menstruación es un hecho fisiológico que prepara cada mes el cuerpo para la concepción y el anidamiento, no es por lo tanto una maldición bíblica, y sus molestias no se han de vivir en silencio, porque en realidad, cuando se presenta fuera de los parámetros normales, sus características anómalas son claros indicadores de problemas de salud, de nutrición o de estrés físico y mental⁵.

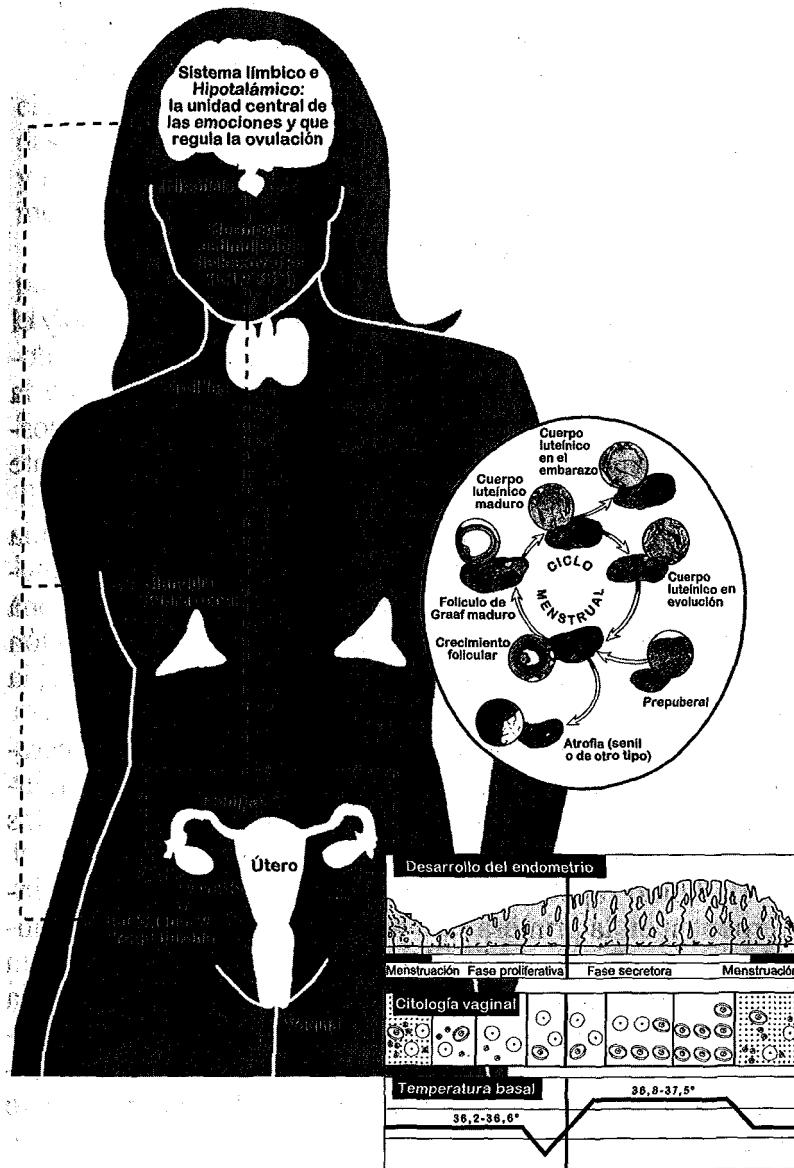
El estudio del ciclo y sus efectos periféricos en todo el cuerpo, así como las bases neuroendocrinas del síndrome premenstrual, se iniciaron con fuerza en la década de los ochenta del pasado siglo. El ciclo menstrual normal implica variaciones en diversos niveles hormonales, a veces sutiles o a veces manifiestos, lo que significa que durante la edad reproductiva (desde aproximadamente los 13 años hasta los 50) algunos niveles hormonales de las mujeres son cada día diferentes según el momento del ciclo menstrual.

Para que exista menstruación deben existir estrógenos a niveles adecuados para producir un crecimiento endometrial. Para que la hemorragia no sea excesiva a partir del día 14 del ciclo ovárico, se inicia la producción de progesterona que impide que el tejido del endometrio crezca de forma exponencial y lo prepara para el anidamiento si hubiera una concepción.

En esta segunda fase del ciclo y, sobre todo, entre los días 17 al 23 se incrementa la secreción de varias hormonas implicadas en el metabolismo de agua corporal (renina, angiotensina, aldosterona) y se retiene líquido. En condiciones normales, esta retención debería ser imperceptible, pero cuando hay exceso de estrógenos por condiciones de estrés o por exceso en el medio ambiente, o cuando disminuye la secreción de progesterona por las mismas causas, esta retención puede ser intensa y provocar un aumento de unos 2 o 3 kilos de peso antes de la menstruación.

⁵ Carme Valls-Llobet, *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*, Barcelona, Folio, 1994.

FIGURA 2
El ciclo menstrual



Pero también se producen incrementos de neurotransmisores cerebrales, desde el momento de la ovulación, de adrenalina y noradrenalina central y periférica, y de beta endorfinas que están elevadas hasta tres días antes de la menstruación. Estas variaciones en condiciones normales deberían ser casi imperceptibles, pero según los niveles pueden causar cambios en el estado de ánimo y en el humor.

IMPLICACIONES NEUROENDOCRINAS, METABÓLICAS Y SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO Y HUMOR

Los cambios hormonales en el sistema hipotalámico y el efecto de los estrógenos sobre el sistema noradrenérgico, dopaminérgico y receptores de serotonina, así como el de la progesterona natural sobre los receptores gaba, han demostrado que los cambios de humor y estado de ánimo durante el ciclo menstrual tienen una base neuroendocrina.

Por una parte, los niveles de estrógenos colaboran en la excitabilidad del sistema nervioso pero también en estimularlo y tonificarlo (efecto antidepresivo), y la progesterona natural tiene un efecto armonizador estimulando la sedación y el sueño, y colaborando a eliminar el exceso de líquidos, la irritabilidad y la tensión nerviosa.

Si no hay alteraciones, se puede sentir un ligero incremento de ansiedad entre los días 16 al 23 del ciclo, y un incremento de irritabilidad, tensión nerviosa y hostilidad los cinco días anteriores a la menstruación.

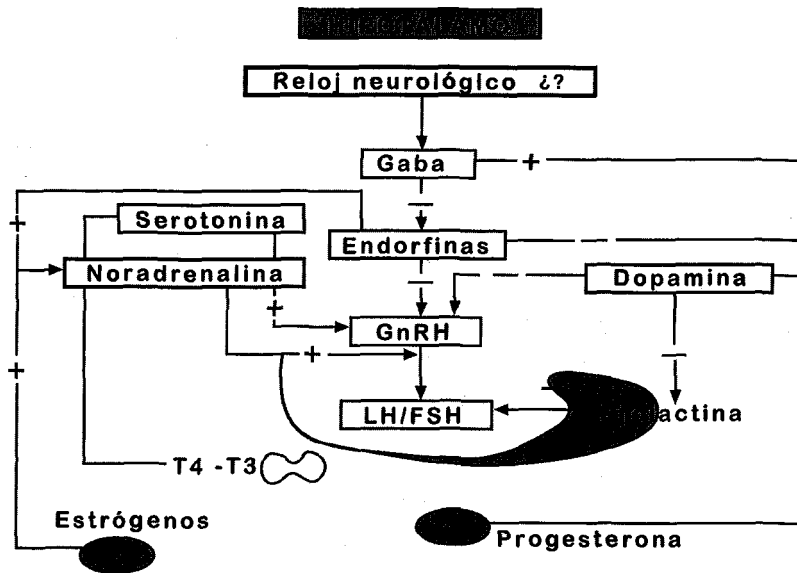
La libido (apetencia sexual) y la actividad sexual se incrementan en la primera fase del ciclo (del 6 al 12) y durante la fase ovulatoria, y disminuye en la segunda fase, con un ligero incremento durante los cinco días anteriores a la menstruación. Todos estos cambios son fisiológicos, y pasan desapercibidos para las mujeres y para los mismos profesionales, porque se han investigado en los últimos veinte años.

También existen variaciones en la acuidad de los órganos de los sentidos con un incremento de la sensibilidad de la visión, audición y tacto hasta el pico ovulatorio, y una disminución durante la segunda fase, excepto para el olfato, que se incrementa desde la primera fase folicular por el efecto de los estrógenos y continúa aumentando su sensibilidad hasta el momento de la menstruación. Muchas mujeres embarazadas también relatan el incremento de la sensibilidad olfativa y son capaces de detectar la presencia de alguna fruta enmohecida aunque esté a veinte metros de distancia.

Si la ovulación no se produce, o lo hace con poco estímulo por parte de la hormona luteinizante (LH), los desequilibrios en el estado de ánimo se agudizan y existe mayor irritabilidad, nerviosismo y tensión, y a veces ganas de llorar en los días previos a la menstruación, lo que se denomina síndrome premenstrual. Se acompaña también de retención de líquidos, tensión mamaria y dolor en la pelvis que irradia a extremidades inferiores. También el exceso de estrógenos tiene relación con la presencia de las migrañas, cefaleas muy intensas que afectan a la mitad de la cabeza y que se presentan dos días antes o durante la menstruación. Pero como su estudio es reciente, muchas de las variaciones del humor se atribuían al rechazo de las mujeres a su menstruación, o a su naturaleza «histérica», lo que ha hecho más difícil la posibilidad de correlacionar los síntomas con alteraciones hormonales, y más invisibles las sensaciones que sentían las mujeres y que sólo se atrevían a contarse unas a otras a escondidas. Todavía actualmente muchas se ven rechazadas por los profesionales de la medicina si se atreven a explicar los síntomas relacionados con el ciclo menstrual.

Todos los sistemas metabólicos están afectados por el ciclo menstrual, desde el metabolismo de lípidos, proteínas y glúcidos, hasta las células de la córnea. El estudio de la fisiología del ciclo y de sus efectos en la capacidad pulmonar, función digestiva, función excretora renal y otros sistemas ha permitido entender la fisiopatología de muchos trastornos y estudiar posibles tratamientos.

FIGURA 3
El síndrome premenstrual⁶



Efecto de los estrógenos y la progesterona sobre la actividad hipotálamica.

INTERACCIONES DEL ESTRÉS CON EL CICLO MENSTRUAL

Muchos trastornos de la menstruación pueden estar relacionados con el estrés físico o mental, tanto la oligomenorrea (menstruaciones escasas que se presentan cada mes y medio o cada dos o tres) como las metrorragias (menstruaciones muy abundantes). De hecho, estas alteraciones en las edades jóvenes se pueden considerar un indicador de las situaciones de estrés, directamente por acción de los neuro-

⁶ Carme Valls-Llobet y Gloria Borrás, «El síndrome premenstrual», *Medicina Integral*, vol. 19, núm. 4, 1992, págs. 159-165.

transmisores en la secreción de gonadotropinas hipofisarias, como por el efecto del estrés en la hipersecreción de prolactina. Las personas que trabajan en turnos de noche o que deben cambiar de huso horario por su trabajo, pilotos o azafatas de vuelo o barcos, sufren también trastornos del ciclo menstrual por alteraciones en la secreción de melatonina, que es la hormona que produce la glándula pineal, situada en el centro de la cabeza, como resto atrofiado del tercer ojo que tenían algunos peces. La relación de la secreción de melatonina con la luz es clara, y en los países nórdicos, con pocas horas de luz en invierno, la melatonina no cesa su producción durante el día y produce alteraciones del ciclo menstrual, sobre todo ciclos alargados y con escasa menstruación.

Las consecuencias directas del estrés en los trastornos menstruales son la hiposecreción de progesterona y las metrorragias. Pero a medio plazo se producen las anemias o las ferropenias (deficiencia de almacenamiento de hierro). La endocrinóloga Jerylmm Prior, de Vancouver, también ha demostrado que las deficiencias de progesterona o las anovulaciones que se producían en las atletas disminuían la masa ósea en el plazo de un año. A medio plazo, la consecuencia del hiperestrogenismo será la presencia de quistes en las mamas o mama fibroquística, a veces con dolores intensos premenstruales y tensión mamaria, y posteriormente el incremento de miomas uterinos, que se presentan sobre todo en mujeres mayores de 40 años, cuando ya declina la secreción de progesterona⁷.

EL MEDIO AMBIENTE INTERFIERE EN EL CICLO MENSTRUAL

El equilibrio del ciclo y la ovulación, además de estar influido por la nutrición, lo está también por las anemias, las

⁷ Carme Valls-Llobet, *Mujeres Invisibles para la Medicina*, Barcelona, Plaza & Janés, 2006.

deficiencias de la reserva de hierro, los trastornos de la función tiroidea (tanto hiper como hipotiroidismo) o por alteraciones del resto de glándulas endocrinas. Alteraciones congénitas de las glándulas suprarrenales que producen vello (hirsutismo) en la barba o en la línea media en las mujeres también alteran la armonía del ciclo y producen el denominado síndrome del ovario poliquístico que afecta a entre un 5 y un 10 por 100 de la población femenina. Este síndrome en algunos casos tiene un origen sólo ovárico. Pero las enfermedades hepáticas, renales o las infecciones crónicas y las enfermedades autoinmunes también alteran el ciclo.

La disminución de peso afecta directamente a la secreción de gonadotropinas hipofisarias. La pérdida de 2 kg ya produce en el ciclo menstrual del mes siguiente una disminución de la fase luteínica, y si se sigue perdiendo rápidamente por debajo del índice de masa corporal deseable, se pierde primero la ovulación y posteriormente la menstruación. De hecho, es lo que se presenta en la anorexia nerviosa.

En los últimos 20 años se ha comprobado un incremento de la presencia de endometriosis, enfermedad en la que el tejido del endometrio se encuentra en la cavidad abdominal o al lado de los ovarios, por lo que se menstrúa también dentro de la cavidad abdominal, con dolores menstruales muy intensos. El incremento de esta patología, que ya afecta a un 5 por 100 de la población femenina, había permanecido invisible, hasta que se descubrió el papel que desempeñan las dioxinas ambientales, presentes en agua, aire y alimentos, y también se analizó como posible origen el estrés crónico, ya que se presentaba entre médicas que habían hecho la especialidad como residentes, con guardias cada dos o tres días.

La exposición laboral a sustancias químicas, ondas electromagnéticas, radiaciones ionizantes, exceso de ruido, calor o frío, o a insecticidas organoclorados, también puede producir alteraciones del ciclo que suelen durar hasta años después de la exposición.

LA MENSTRUACIÓN COMO ARMONÍA DE LA DIFERENCIA

La menstruación refleja la armonía de la diferencia, y se manifiesta de forma equilibrada si el entorno es también armónico. De hecho, las condiciones de vida y trabajo influyen de modo directo en dicha armonía y en sus trastornos posteriores. El análisis de las conductas de algunos pueblos como los indios mohicanos, que demostraban su respeto hacia las mujeres ofreciéndoles comida y alejándolas de los trabajos duros durante la menstruación, es un ejemplo de respeto a la diferencia en lugar de la abolición de la misma por intervenciones directas hormonales y agresivas sobre el cuerpo de las mujeres. Pero he de insistir en que la normalidad en este campo consiste en una menstruación que no duele, que no tiene síndrome premenstrual y que dura pocos días. Los trastornos de la menstruación se deben a una distorsión en la armonía del ciclo menstrual, sea por enfermedades o carencias internas, sea por efecto de los disruptores endocrinos que llegan al organismo humano a través del medio ambiente. El ciclo menstrual sería un indicador positivo del estado de salud de las mujeres y de su potencialidad de dar vida. Sabemos también que las condiciones de vida, los conflictos sentimentales o las condiciones de trabajo estresantes y poco gratificantes interfieren en la armonía del ciclo y en su regularidad. Por lo que la menstruación regular y armónica no sólo sería un indicador del estado de salud biológica, sino también de la salud mental, social y medioambiental.

LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y SUS RIESGOS INVISIBLES

Los anticonceptivos hormonales supusieron en los años 60 del pasado siglo un recurso imprescindible para las mujeres que deseaban planificar sus embarazos. Asumían su respon-

sabilidad, las consecuencias que pudieran tener en su propia biología, la disminución de la libido para muchas, y como decían algunos ginecólogos de la época, «dado que son las mujeres las que quedan embarazadas, son ellas las que han de tomar precauciones, no nosotros». Pero las primeras mujeres que utilizaron los anticonceptivos hormonales de primera generación en la década de los años 1960 a 1970, que habían sido investigados en un número escaso de mujeres caribeñas, e introducidos en el mercado como la panacea de la planificación familiar, sufrieron grandes cambios en su metabolismo, dado que las dosis hormonales eran muy altas, casi veinte veces más elevadas que los anticonceptivos de que disponemos en la actualidad.

Los riesgos a corto, medio y largo plazo de la administración de anticonceptivos orales han adolecido desde siempre de la escasez de ensayos clínicos aleatorios para evaluar sus efectos secundarios. Los síntomas más frecuentes a corto plazo son la subida de peso, las náuseas, el dolor y la tensión mamaria, la disminución de la frecuencia de los ciclos menstruales, la aparición de sangrados intempestivos, la dismenorrea y las metrorragias, así como el edema de extremidades inferiores; pero estos síntomas no han demostrado diferencias según el tipo de anticonceptivos usado en un reciente estudio publicado realizado entre 2.863 mujeres francesas⁸. Por ello, los autores recomiendan mejorar los estudios para tener mejores datos basados en evidencias que mejoren la eficiencia del consejo médico sobre la tolerancia de los anticonceptivos, más que basarse en sus propiedades teóricas. Tampoco han sido estudiados la incidencia del estímulo de la autoinmunidad, con incremento de la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA), fenómenos como el lupus-like, desen-

⁸ C. Moreau, J. Trussell, F. Gilbert, N. Bajos y J. Bouyer, «Oral contraceptive tolerance: Does the type of pill matter?», *Obstet Gynecol*, 109 (6), 2007, págs. 1277-1285.

cadenamiento de lupus eritematoso y de tiroiditis autoinmune. La alta prevalencia de enfermedades autoinmunes entre la población femenina hace más complejo evaluar la influencia de los anticonceptivos hormonales en el incremento de su incidencia, ya que su efecto se suma a otras fuentes de estrógenos como los ambientales.

Los anticonceptivos aumentan el riesgo de tromboembolismo venoso y arterial cerebral. El riguroso metaanálisis de todos los estudios relacionados con efectos vasculares y anticonceptivos hormonales desde 1980 hasta 2002 ha llegado a las siguientes conclusiones. El riesgo acumulado asociado con el uso de anticonceptivos hormonales con baja dosis fue para el infarto de miocardio de 1,84 y para los accidentes vasculares cerebrales isquémicos de 2,12. La suma de odds ratio para los dos problemas vasculares fue de 2,01. La segunda generación de anticonceptivos hormonales se ha asociado con un significativo incremento de riesgo de infarto de miocardio con ratios de 1,85 y de accidentes vasculares isquémicos (2,54); y para la tercera generación de anticonceptivos hormonales el riesgo se incrementa sólo para los ictus isquémicos con una odd ratio de 2,03. Los autores sugieren que el uso de anticonceptivos hormonales con baja dosis de etinil estradiol y alta de progestágenos de síntesis, incluido el levonorgestrel, aumenta de forma significativa el riesgo de enfermedad cardíaca y vascular arterial, con un incremento de problemas vasculares arteriales en los anticonceptivos de tercera generación⁹.

⁹ J. P. Baillargeon, D. K. McClish, P. A. Essah y J. E. Nestler, «Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis», *J Clin Endocrinol Metab*, 90 (7), julio de 2005, págs. 3863-3870.

LA PÍLDORA PARA ABOLIR LA MENSTRUACIÓN, ¿DA REALMENTE LIBERTAD?

La reciente aprobación por parte de la administración sanitaria norteamericana de un nuevo fármaco destinado, según el laboratorio farmacéutico que lo ha introducido en el mercado, a la «prevención del embarazo», pero con una metodología algo diferente de los anticonceptivos hormonales por vía oral existentes, ha provocado recelos y polémica.

La administración que proponen es continua y la dosis hormonal que contiene también, por lo que se interrumpe el sangrado mensual. Los ciclos menstruales con la ingesta continuada de las hormonas quedarán suspendidos, pero será más probable que se presenten menstruaciones imprevistas, sangrados o manchados en diversos momentos del tratamiento¹⁰.

De hecho, los primeros estudios realizados han durado tan sólo un año. La seguridad y eficacia de la nueva píldora como anticonceptivo se ha basado hasta la fecha sólo en dos estudios de un año cada uno que englobaron 2.457 mujeres de 18 a 49 años, que han demostrado que se podía prevenir un embarazo no deseado. El 22 de mayo de 2007, la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos aprobó la píldora de uso continuado para la «prevención del embarazo» con una composición de levonorgestrel y etinilestradiol, en cajas de 28 píldoras, que deben ser tomadas de forma continuada y que no contienen una semana de placebo como algunas otras que hay en el mercado. Durante el primer medio año de la administración de la píldora, más del 53 por 100 de las mujeres que participaron en el ensayo presentaron sangrados no esperados, aunque al cabo de un año de tomarla el 41 por 100 presentaban sangrados intermitentes.

¹⁰ Carme Valls-Llobet, «Riesgos de la píldora de uso continuado para suprimir la regla», *Diálogos*, 2007, págs. 19-21.

La FDA advierte en su aprobación que los riesgos de usar esta píldora son similares a los riesgos de otros anticonceptivos orales, como el incremento de riesgo de trombosis periféricas y pulmonares, accidentes vasculares cerebrales y ataques cardíacos, y que el tabaquismo aumenta los riesgos cardiovasculares de los anticonceptivos hormonales.

También advierte que la eliminación de los periodos regulares puede dificultar a las mujeres reconocer si pueden haber quedado embarazadas, por lo que aconseja que las mujeres que la utilicen se realicen la prueba de embarazo, si creen que pueden estarlo.

La composición hormonal de esta píldora es parecida a la de los anticonceptivos hormonales de segunda generación, que reducen la dosis de estrógenos pero aumentan la de progestágenos de síntesis para activar la capacidad inhibidora de la ovulación. Aunque, dada la poca duración de los ensayos clínicos con esta nueva píldora, no se han podido analizar los efectos secundarios a medio y largo plazo. Se deberán hacer más estudios si se recomienda su uso más de un año, que es lo que hasta la fecha está estudiado. Las píldoras de segunda y tercera generación se han asociado con un incremento del riesgo de trombosis venosa y arterial cerebral, y en estudios recientes, con el incremento de cáncer de mama, sobre todo si la administración de los anticonceptivos tiene lugar durante 4 o más años antes del primer embarazo. Los efectos secundarios de sangrados imprevistos y de retención de líquidos son molestos y han provocado abandonos, y no deja de ser sorprendente que la abolición de la regla haga más difícil la detección de un posible embarazo en el primer mes, por lo que se alerta a las mujeres para que tengan una actitud vigilante.

Además, las consecuencias neuroendocrinológicas y metabólicas de romper la armonía del ciclo menstrual no han sido estudiadas, y aunque el nombre comercial de la píldora se quiere asociar a libertad, el hecho de no poder prever los sangrados que pueden presentarse de forma intempestiva,

con los riesgos que se van acumulando en el organismo, en relación con la trombosis, con las enfermedades autoinmunes y con el cáncer de mama antes de la menopausia, se puede asociar más a una nueva servidumbre del cuerpo manipulado. Dada la escasez de datos para recomendar o no su uso prolongado, individualizando el tratamiento en una mujer concreta, deberíamos extrapolar la información de los efectos secundarios de la píldora anticonceptiva en general y de la segunda generación de anticonceptivos hormonales en particular. Por todas las evidencias citadas, y dado que la nueva píldora para la prevención de embarazo suprimiendo continuamente la menstruación sólo ha sido estudiada durante un año y su administración no incluye la prevención del cáncer de mama, consecuencia que, en caso de aparecer, será muchos años más tarde, creemos conveniente recomendar por la evidencia científica acumulada hasta la fecha que no se administre en menores de 20 años y que se valoren los factores de riesgo familiares.

Sería bueno informar a las mujeres a quienes se ha prescrito este producto de los pros y contras a largo plazo de su utilización, además de la contradicción que supone un producto para prevenir el embarazo que no permite saber con seguridad si se ha quedado o no embarazada una mujer. Creemos que se deberían investigar más a fondo sus efectos secundarios a largo plazo, y dado que actualmente la investigación sólo ha sido de un año de duración, no utilizarla más allá de este periodo hasta que se descarten efectos secundarios.

LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SON UN FACTOR DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA

Hace un año se publicó un metaanálisis de estudios caso-control que relacionan el uso de anticonceptivos hormonales con cáncer de mama en la premenopausia. Desde 1980 se identificaron 34 trabajos para ser incluidos en el estudio. El

El uso de anticonceptivos hormonales en conjunto, con diversas dosis de anticonceptivos, se asoció con un incremento del cáncer de mama en la premenopausia. Entre los estudios que proporcionaban datos sobre la paridad, el uso de anticonceptivos se asoció con riesgo de cáncer de mama con casi la misma frecuencia para las mujeres que habían tenido hijos que para las nulíparas. Una utilización prolongada de anticonceptivos hormonales no se correlacionó con mayor incidencia entre las mujeres que no habían tenido hijos. Pero entre las mujeres con hijos, la asociación fue más fuerte entre las que habían usado los anticonceptivos hormonales antes del primer embarazo a término. La asociación entre el uso de los anticonceptivos hormonales y el riesgo de cáncer de mama fue mayor para las mujeres con hijos que hubieran utilizado los anticonceptivos hormonales 4 años o más antes de tener el primer hijo. Los autores concluyen que el uso de anticonceptivos hormonales se asocia con un incremento de riesgo de cáncer de mama en la premenopausia, en especial con el uso de anticonceptivos más de 4 años antes de tener el embarazo a término¹¹.

En junio de 2005, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS clasificó la anticoncepción hormonal y la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia como carcinógeno en seres humanos. Esta clasificación está destinada a identificar los carcinógenos potenciales asociados con la nutrición, el medio ambiente y los productos farmacéuticos, pero no incluye análisis de costo/beneficio, por lo que ha sido discutida por grupos de especialistas.

Durante el año 2008, se publicaron dos estudios señalando la disminución de la incidencia del cáncer de ovario entre las usuarias de contraceptivos hormonales durante tres años, con una frecuencia estadística inferior al incremento de inci-

¹¹ C. Kahlenborn, F. Modugn, D. M. Potter y W. B. Severs, «Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis», *Mayo Clin Proc*, 81 (10), octubre de 2006, págs. 1287-1289.

dencia del cáncer de mama. No han sido publicados hasta la fecha estudios que comparen las incidencias de los dos tipos de cáncer en el mismo grupo de población. Aunque algunos divulgadores se han apresurado a resaltar tan sólo este beneficio, se deberán hacer estudios en la misma población, dado que la disminución de la incidencia del cáncer de ovario (que aunque maligno tiene una incidencia mucho menor que el de mama), frente al incremento de la incidencia de cáncer de mama, hace un balance negativo para recomendar su uso como prevención, como hemos leído en algunos artículos de divulgación.

Sí se ha comprobado una correlación positiva entre la utilización de contraceptivos hormonales y el incremento de incidencia de cáncer cervical, pero los autores proponen la explicación de que el uso de anticonceptivos relaja la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de la infección del papilomavirus humano que se obtiene con la utilización del preservativo.

El riesgo de los anticonceptivos orales con baja dosis de estrógenos depende de la asociación con los progestágenos de síntesis, cuyos efectos negativos dependen del estado previo de las células mamarias y tienen, por lo tanto, una variabilidad individual; además, no todos los progestágenos de síntesis actúan de la misma forma en la célula mamaria normal y patológica. Existen estudios que comparan los efectos de diversas hormonas sobre las células mamarias con y sin cáncer. La medroxiprogesterona, usada durante años para tratar deficiencias de la segunda fase de ciclo en los tiempos en que no se disponía de progesterona natural micronizada, puede aumentar el riesgo de cáncer de mama en mujeres que utilicen el tratamiento durante largo tiempo, porque aumenta la tasa de mitosis de las células epiteliales normales. En combinación con estradiol y factores de crecimiento, se demuestra que los progestágenos solos pueden inducir a la proliferación de células mamarias humanas benignas o malignas, independientemente de otros

factores, y que sólo la progesterona natural tiene un efecto indiferente¹².

La probabilidad de ser portadora de una mutación de BRCA1 y BRCA2 fue tres veces más elevada entre casos que iniciaron el uso de anticonceptivos hormonales antes de los 20 años comparándolos con casos que empezaron después o que nunca usaron anticonceptivos. No se observó asociación con la historia familiar de cáncer de mama. Los riesgos fueron similares con los anticonceptivos de baja y alta dosis. Cada año de anticonceptivo antes de los 20 años confiere un incremento de riesgo significativo para el cáncer de mama de comienzo precoz, mientras que no se ha encontrado riesgo asociado con el uso después de los 20 años¹³.

El descubrimiento de que la sobreexpresión de la enzima lipogénica Fatty acid synthase (FAS) es una característica de los tumores relacionados con hormonas sexuales esteroideas y del carcinoma de mama, de su peor pronóstico, y de que este efecto está relacionado con los progestágenos de síntesis de los anticonceptivos hormonales, ha sido bien estudiado por Menéndez y colaboradores, en Evanston (Estados Unidos). Este estudio proporciona una evidencia directa de que un gran número de progestágenos de síntesis utilizados en los anticonceptivos orales activan esta enzima y su expresión en las células de cáncer de mama dependiente de hormonas. El mecanismo es la estimulación de los receptores estrogénicos por el efecto proliferativo de los progestágenos, sin efecto sobre los receptores de progesterona. Estos hallazgos contribuyen a explicar las evidencias conflictivas entre

¹² H. Seeger, V. Rakov y A. O. Mueck, «Dose-dependent changes of the ratio of apoptosis to proliferation by norethisterone and medroxyprogesterone acetate in human breast epithelial cells», *Horm Metab Res*, 37 (8), agosto de 2005, págs. 468-473.

¹³ H. Jernstrom, N. Loman, O. T. Johannsson, A. Borg y H. Olsson, «Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing», *Eur J Cancer*, 41 (15), octubre de 2005, págs. 2312-2320.

los anticonceptivos hormonales y el riesgo de cáncer de mama, ya que los efectos de inducción de este tipo de cáncer no dependen de los niveles de estrógenos, sino de los mismos progestágenos asociados que han variado de composición en los anticonceptivos de segunda y tercera generación, y tienen un efecto directo sobre la inducción de mitosis en las células mamarias¹⁴.

LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES YA NO SON LA PRIMERA ELECCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS

Entre las adolescentes, el mejor método de prevención del embarazo continúa siendo el preservativo, que impide también las enfermedades de transmisión sexual. Con las actuales evidencias científicas, la píldora ya no es el método de primera elección para prevención del embarazo a cualquier edad. Falta comprobar a medio plazo con ensayos clínicos bien diseñados los efectos de los anticonceptivos hormonales sobre la autoinmunidad y los efectos secundarios sobre la glándula tiroidea y, a largo plazo, es preciso recoger más evidencias sobre su efecto sobre el cáncer de mama.

Existen indicaciones terapéuticas precisas para mujeres que padezcan endometriosis en las que es necesario abolir la menstruación durante largos periodos. No obstante, sin mayores conocimientos científicos y mayor duración de los ensayos de investigación, sería recomendable individualizar claramente las indicaciones y, dado que existen otros métodos mecánicos para la prevención del embarazo, es preferible no introducir más hormonas en el cuerpo femenino sin conocer ni informar adecuadamente de los riesgos a corto, medio y largo plazo.

¹⁴ J. A. Menéndez, B. P. Oza, R. Colomer y R. Lupu, «The estrogenic activity of synthetic progestins used in oral contraceptives enhances fatty acid synthase-dependent breast cancer cell proliferation and survival», *Int J Oncol*, 26 (6), junio de 2005, págs. 1507-1515.

FALTAN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS
PARA LA ABOLICIÓN DE LA MENSTRUACIÓN

Faltan estudios científicos determinantes sobre las causas de los trastornos de la menstruación, y el hecho de que los esfuerzos de la investigación se hayan centrado más en encontrar medicación anticonceptiva que en ayudar a la regulación del ciclo no ha contribuido a mejorarla. Antes de abolir lo que existe, sería mejor empezar a entenderlo, ya que la intervención agresiva sin el estudio de las consecuencias a largo plazo puede causar más daños que beneficios.

Antes de que los conocimientos científicos llegaran a la mayoría de profesionales de la medicina y a las mismas mujeres, ya se habían realizado intervenciones para abolir la ovulación (administración de anticonceptivos hormonales), con el objetivo liberador de planificar los embarazos, pero interviniendo agresivamente sobre el cuerpo de las mujeres sin saber las consecuencias a largo plazo.

Entre las mujeres existe todavía un gran *desconocimiento* de los propios cambios y de las interferencias ambientales e interpersonales; persiste y aumenta la *no armonía* con el propio cuerpo, del que las mujeres se alejan con la persecución de la igualdad.

La falta de respeto por el cuerpo de las mujeres está conduciendo a las propuestas de *abolición bioquímica de la menstruación*, como si fuera un planteamiento progresista, aunque suponga una intervención hormonal constante durante la vida reproductiva. ¿Significa una forma más de romper con el orden simbólico de la madre antes de haber visibilizado su realidad y sus relaciones?¹⁵.

¹⁵ María Milagros Rivera Garreta, *La diferencia sexual en la historia*, Valencia, Universitat de València, 2005.

CAPÍTULO 6

Morbilidad diferencial invisible

Ya no es la razón sino el sufrimiento la base que permite construir un ser humano universal, por ello se requiere que describamos con cuidado todas las variedades del dolor y la humillación para que sepamos reconocerlas. De esa aspiración se nutre nuestro discurso sobre la desigualdad, para el que la categoría central es la similitud y sus obstáculos la explotación y la opresión. Es la pena de no ser objeto de deseo, el horror de verse convertido en cosa, la dependencia de no ser sino eres para otro, la vergüenza de ver en qué te conviertes, son móviles suficientes. Hay que cambiar el mundo, no porque sea injusto, desigual, feo o indecente, sino porque la desigualdad nos causa sufrimiento y humillación¹.

La investigación de la salud de las mujeres ha sobrepasado los límites que la encerraban sólo en los órganos y hormonas relacionados con la reproducción (...). Este sesgo histórico está siendo redirigido (...). Cada vez más

¹ María Jesús Izquierdo, *El malestar en la desigualdad*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1998, pág. 392.

la asistencia sanitaria se ha de basar en las diferencias biológicas que comporta el sexo y las influencias del género en los factores de conducta, geográficos, culturales, económicos y sociales².

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL ENFERMAR DE MUJERES Y HOMBRES?

Tanto la investigación médica, como la docencia y la asistencia sanitaria, han mirado a las mujeres «como si fuesen hombres». En los libros de medicina las enfermedades no tienen sexo y, a lo sumo, algunas patologías se describen «con mayor frecuencia» entre hombres o entre mujeres. Dado que la ciencia médica ha nacido principalmente en los hospitales, donde la mayoría de patologías son agudas y de predominio masculino, las quejas, el malestar y el dolor de las mujeres no se han podido visibilizar, y hasta finales del siglo XX no se empezó a estudiar si existían diferencias en las patologías de mujeres y hombres.

La salud de las mujeres se ha estudiado y valorado sólo como salud reproductiva, y este enfoque ha impedido abordar la salud de las mujeres desde una perspectiva integral.

También la especialización a que se ha visto sometida la medicina en los últimos treinta años, en aras de la eficacia, ha troceado el cuerpo de los pacientes, y en especial los femeninos, porque son los que presentan más patologías crónicas, que precisan un abordaje multidisciplinar, coordinado por el médico de atención primaria o el de medicina interna, y su demanda se expresa en los servicios sanitarios ambulatorios, ya que en gran medida sus patologías no precisan hospitalización.

Existe aún un gran desconocimiento, por falta de investigación y de información, de las enfermedades que padecen

² V. W. Pinn, «Sex and gender factors in medical studies. Implications for health and clinical practice», *JAMA*, 289, 2003, págs. 397-400.

las mujeres, de sus causas y de la manera de prevenirlas. De hecho, la formación médica no había remarcado que podía haber diferencias en el modo de enfermar de mujeres y hombres, que los métodos de diagnosticar pudieran ser diferentes, o que las terapias y los fármacos tuvieran diferentes maneras de actuar en mujeres y hombres.

La formación del médico o la médica de atención primaria o de hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino, ni tampoco dispone (porque no existe) de una ciencia sistematizada para apreciar la diferente expresión de la sintomatología de algunas enfermedades según el sexo de las personas. Al faltar formación y docencia específica y mantener en el inconsciente los estereotipos de género, es fácil que los síntomas y patologías más prevalentes entre mujeres hayan permanecido *invisibles*, sus demandas, síntomas y problemas se hayan considerado *inferiores* y poco importantes, y sus repetidas solicitudes de ayuda por estar cansadas o sentir dolor se hayan intentado *controlar* con psicofármacos o con todo tipo de analgésicos sin entender las causas (en medicina, la etiología) de los síntomas que presentan.

En definitiva, falta desarrollar la ciencia de la MORBILIDAD DIFERENCIAL y hacerla visible y comunicarla, para erradicar la cultura del sufrimiento que intenta esconder la ignorancia científica de las causas del malestar y la sintomatología, predicando a las mujeres la resignación y la sumisión a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor. Cuando la misoginia de Moisés quiso explicar los dolores del parto como castigo divino, el imaginario colectivo trasladó el dolor del parto a todo tipo de dolor, y como es uno de los síntomas más frecuentes entre las mujeres, muchas acuden a las consultas con una indefensión y resignación aprendidas diciendo: «Ya sé que no hay ninguna solución, pero doctora, me duele todo y no puedo más.» Pero en la era de los grandes avances en el estudio del genoma humano, cuando queremos explicarnos la salud como si sólo

de la genética dependiera, la denominada medicina «positiva» no puede abordar la gran cantidad de subjetividad que se le presenta y se ve impotente para elegir objeto. En palabras de Foucault:

Todos los dominios de un espacio quimérico por el cual se comunican médicos y enfermos, psicólogos y prácticos (...) no han desaparecido; han sido desplazados más bien, y como encerrados en la singularidad del enfermo, del lado de la región de los «síntomas subjetivos» que define para el médico no ya el modo del conocimiento, sino el mundo de los objetos por conocer. El vínculo fantástico del saber y del sufrimiento, lejos de haberse roto, se ha asegurado por una vía más compleja que la simple permeabilidad de las imaginaciones; la presencia de la enfermedad en el cuerpo, sus tensiones, sus quemaduras, el mundo sordo de las entrañas, todo el revés negro del cuerpo que tapizan largos sueños sin ojos son, a la vez, discutidos en su objetividad por el discurso reductor del médico y fundados como tantos objetos por su mirada positiva. Las imágenes del dolor no son conjuradas en beneficio de un conocimiento neutralizado; han sido distribuidas de nuevo en el espacio donde se cruzan los cuerpos y las miradas. Ha cambiado la configuración sorda en la que se apoya el lenguaje, la relación de situación y de postura, entre el que habla y aquello de lo cual se habla³.

¿Y cuál es el inmenso espacio de objetos por conocer que se esconde bajo las palabras «Doctora, me duele todo»? ¿qué tensiones complejas afloran desde las entrañas? No sé si podremos cambiar algún día la configuración sorda entre médico/a y paciente, entre sanidad pública y población, que permita entender de qué hablamos cuando se nos presenta el dolor, y qué significado tiene el dolor que lo envuelve

³ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica*, Madrid, Siglo XXI, 1999, pág. 3.

todo. Pero empezar por analizar datos y establecer relaciones puede ser un cambio que nos aleje de los fáciles reduccionismos.

En todas las encuestas de salud de población que hemos podido consultar realizadas en España, países anglosajones o América Latina, el primer síntoma que impide la realización del trabajo habitual y de la vida cotidiana en el año anterior al momento de la encuesta es el dolor en alguna de sus manifestaciones (dolor de espalda, de columna, de manos y pies, o de cabeza)⁴, y este dolor de la población se manifiesta en un 32,4 por 100 de las mujeres y un 17,4 por 100 de hombres⁵. Cuando se ha analizado la demanda asistencial en atención primaria, se ha observado que la sintomatología más frecuente que constituye causa de consulta es también el dolor en todas sus manifestaciones y, en segundo lugar, el cansancio, con un gran predominio entre las mujeres, que son además las que más demandan en atención primaria. Sin embargo, a pesar de ser el problema más frecuente en salud pública, y que afecta a un mayor número de personas, nos hemos de preguntar por qué las actuales relaciones de poder y decisión continúan haciéndolas invisibles. ¿Qué planes de salud han escogido este objetivo como algo que mejorar, cambiar o paliar? ¿Qué organización sanitaria, que premia los objetivos de salud que cumplir por sus médicos de primaria y especialistas con incentivos económicos, se ha propuesto paliar el dolor como un objetivo? ¿Por qué el dolor, el cansancio y la falta de vitalidad son todavía invisibles, si existen datos que ponen de manifiesto que es uno de los problemas más frecuentes con los que debe enfrentarse cada día más de un tercio de la población femenina en todo el mundo? Dada la ausencia de investigación y de estudios de la morbilidad más frecuente entre las mujeres, y en cambio

⁴ Encuesta Nacional de Salud de España, www.msc.es.

⁵ Enquesta de Salut de Catalunya, 2002, www.gencat.cat.

viendo la creciente medicalización psiquiátrica de las mismas, sin investigar las causas reales de los problemas, nuestro grupo (CAPS) desarrolló un programa desde 1991, «Mujer, Salud y Calidad de Vida», para investigar y hacer docencia sobre lo que hemos denominado *morbilidad diferencial*.

QUÉ ES LA MORBILIDAD DIFERENCIAL

Definimos la morbilidad diferencial como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino.

Pueden ser causadas por las diferencias biológicas con el sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos, o los tumores ginecológicos.

También entran en esta definición las enfermedades que, sin ser específicas del sexo femenino, se presentan con una mayor frecuencia (alta prevalencia) en el sexo femenino, y son causa de muerte prematura, enfermedad o discapacidad entre las mujeres más que entre los hombres, como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinas, así como la ansiedad y depresión.

Existen también factores de riesgo diferenciales que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes Mellitus o la obesidad. Lois Verbrugge⁶ ya señalaba en el año 1989 que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro o el estrés físico y mental que produce la

⁶ Lois Verbrugge, «The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality», *Journal of health and social behavior*, 30, 1989, págs. 282-304.

doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno, o como señala Mira Shiva, analizando las causas de enfermar de las mujeres en la India, la falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias, y en cocinas de leña, son causas específicas de enfermar que no padecen los hombres de la misma población.

Lois Verbrugge ya señaló en el año 1985⁷ que las mujeres presentan más enfermedades crónicas y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios ambulatorios, dato que se ha confirmado en la literatura en todos los países del mundo que tienen una accesibilidad igualitaria al sistema sanitario. Aunque utilicen más los servicios, no están incluidas o han sido subrepresentadas en los ensayos clínicos, y como resultado, los datos y las investigaciones obtenidos de una población predominantemente masculina son con frecuencia extrapolados de forma inapropiada para el uso clínico entre mujeres. Esta situación, denunciada desde el año 1990 en diversos foros internacionales, no ha mejorado en los últimos 14 años, ya que, por ejemplo, en ensayos clínicos sobre mortalidad cardiovascular sólo un 24,6 por 100 incluyen mujeres y sólo se ha realizado un análisis específico de género en un 14 por 100 de los ensayos⁸.

Falta construir una ciencia ligada a las diferencias y a la perspectiva de género. Para ello se precisa en primer lugar una revisión sistemática de la literatura que rompa estereotipos y proponga las bases que tener en cuenta para un diagnóstico diferencial de las enfermedades y del malestar de las mujeres. La morbilidad prevalente en el sexo femenino se inicia con los trastornos de la menstruación, descritos en el capítulo anterior, que tienen como consecuencia las anemias y las deficiencias

⁷ Lois Verbrugge, «Gender and Health», *J Health Soc Behav*, 26, 1985, págs. 156-182.

⁸ Kumuda Ramasubbu *et al.*, «Gender bias in clinical trials», *Journal of Women's Health*, 10 (8), 2001, págs. 757-764.

en la reserva de hierro. Las enfermedades autoinmunes son de alto predominio femenino y están aumentando en la sociedad industrializada por efectos ambientales y condiciones laborales, y se entrelazan con las enfermedades endocrinológicas (de tiroides, diabetes o suprarrenales) y con carencias metabólicas de enfermedades y vitaminas por nutrición incorrecta o por diferencias en el metabolismo entre mujeres y hombres, que producen una mayor y más precoz carencia de vitamina D entre mujeres. Como consecuencia de las interacciones biológicas, psicológicas, sociales y medioambientales, se producen alteraciones en el sistema musculoesquelético, dando lugar a las diversas manifestaciones de dolor que dificultan la calidad de vida. Sin dejar de lado las agresiones a la salud mental que supone la violencia de género en todas sus manifestaciones. Éste es el cuerpo de la ciencia que falta por desarrollar y que empecé a desbrozar en mis dos primeros libros⁹, pero después de quince años me he dado cuenta de que existen intereses creados para que permanezca invisible, ya que existiendo un gran número de información científica sobre las diferentes patologías diferenciales, se intentan minimizar, con el argumento de que son tan frecuentes que es como si fuesen «normales», por lo que no es necesario tratarlas, y en cambio, es necesario darles psicofármacos porque es muy frecuente «que sean ansiosas y depresivas» y esto no es normal. Para entender mejor esta disociación entre la realidad de las alteraciones biológicas que pueden dar sintomatología y que habitualmente no es reconocida por falta de ciencia de la diferencia, voy a seguir dando información sobre la morbilidad más prevalente, no con ánimo de ser exhaustiva, dado que lo he desarrollado en otros artículos¹⁰ y libros más téc-

⁹ Carme Valls-Llobet, *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*, Barcelona, Folio, 1994; y *Mujeres Invisibles*, Barcelona, Editorial Debolsillo, 2006.

¹⁰ Carme Valls-Llobet, Marta Banque, Mercé Fuentes y Julia Ojuel, «Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres», *Anuario de Psicología*, vol. 39, núm. 1, 2008, págs. 9-22.

nicos, sino para entender cómo puede ser que síntomas tan obvios, con causas tan frecuentes, sean atribuidos con reduccionismo mental a problemas psiquiátricos o a enfermedades «desconocidas» hasta ahora, como la fibromialgia y la fatiga crónica.

ETERNAMENTE CANSADAS

Las anemias y las deficiencias de hierro constituyen la causa más frecuente en todo el mundo de que las mujeres permanezcan «eternamente cansadas», tal como tituló su artículo la excelente periodista Milagros Pérez Oliva en el periódico *El País*¹¹, siguiendo el primer Congreso de Mujer, Salud y Calidad de Vida que organizamos en Barcelona en el año 1990. Las anemias con déficit de glóbulos rojos suponen la enfermedad más prevalente entre el sexo femenino, junto con la deficiencia de reservas de hierro. La mayoría de anemias son microcíticas (con glóbulos rojos pequeños) por carencia de hierro, sea por falta de nutrición, por dificultades en su absorción intestinal o por exceso de sangrados. El 50 por 100 de las mujeres en edad reproductiva y dos terceras partes de mujeres embarazadas en África y en el sudeste y oeste asiáticos están clínicamente anémicas. En Latinoamérica y el Caribe, sin embargo, la anemia entre las mujeres embarazadas es desproporcionadamente alta, de un 30 por 100, comparado con el 20 por 100 del este asiático. Un estudio realizado entre las mujeres tarahumara en el norte de México¹² reflejó que un 16,1 por 100 presentaba anemia en edad reproductiva y un 25,7 por 100 entre embarazadas. En las regiones desarrolladas, la OMS

¹¹ Milagros Pérez Oliva, «Eternamente cansadas», *El País*, 1990.

¹² J. Monarrez-Espino *et al.*, «Iron deficiency anemia in Tarahumara women of reproductive-age in northern Mexico», *Salud Publica Mex*, 43 (5), 2001, págs. 392-401.

estima que el porcentaje de anemia es del 11 por 100 de las mujeres entre 15 a 49 años y del 15 por 100 en mujeres embarazadas¹³.

En un estudio ya clásico de Cook¹⁴, realizado entre población estadounidense con un mismo nivel nutricional, se observó una prevalencia de anemia de un 10 por 100 entre mujeres, por ningún varón que la presentara, y un 50 por 100 de la población femenina presentaba ferritinas bajas, frente a un 2 por 100 de la masculina. Las anemias y las deficiencias de hierro son patologías y carencias que podríamos denominar de morbilidad invisible, porque sus síntomas, sobre todo el cansancio, sólo se pueden diagnosticar por medio de un análisis de sangre, en el que se determinen el *hemograma* (que observa el número de glóbulos rojos y blancos), la *hemoglobina* (que mide la proteína con hierro que transporta el oxígeno de los pulmones a la sangre y de todos los tejidos hacia los pulmones para que la sangre vuelva a oxigenarse), y la *saturación de transferrina* y la *ferritina* (que miden respectivamente la capacidad de repartir hierro a todos los tejidos del cuerpo y la reserva de hierro que tienen los tejidos para su funcionamiento).

Las mujeres en el tercer trimestre de embarazo y en la lactancia presentaron la más alta prevalencia de anemia (38,5 por 100 y 42,9 por 100, respectivamente). El 62,1 por 100 de las mujeres y el 71,4 por 100 de las embarazadas presentaban ferritinas bajas, pero hasta principios del año 2000 se creía que era «normal» que las mujeres tuvieran ferritinas bajas y no se habían realizado estudios que correlacionaran los síntomas clínicos con dicha deficiencia. La prevalencia de deficiencia de hierro entre chicas adolescen-

¹³ *The World's Women (1970-1990). Trends and Statistics*, Nueva York, UN, 1991.

¹⁴ J. D. Cook *et al.*, «Stimates of iron sufficiency in the US population», *Blood*, 68, 1986, págs. 726-731.

tes oscila entre el 9 al 70 por 100, según la población estudiada¹⁵, frente a sólo un 2 por 100 de la población masculina. En edades más avanzadas, entre 70 y 80 años (75,3 años \pm 5), también se mantiene una diferencia significativa de los niveles de ferritina más elevada en hombres que en mujeres, como ya demostró el estudio Framingham¹⁶.

La deficiencia de las reservas de hierro tiene consecuencias no sólo hematológicas, sino también sistémicas, ya que la carencia de hierro influye sobre todos los tejidos y órganos del cuerpo. Aunque el hierro de los tejidos, incluida la hemoglobina, representa menos del 15 por 100 del hierro total del cuerpo, es esencial para muchos procesos metabólicos, que pueden verse afectados cuando disminuyen las reservas de hierro. Algunas manifestaciones clínicas atribuidas tradicionalmente a la anemia se pueden relacionar con funciones metabólicas comprometidas, con hierro como cofactor. El hierro da energía a los músculos del cuerpo y al músculo cardíaco, al tejido cerebral y hepático, y se encarga de la regulación térmica y su carencia provoca sensación de frío en manos y pies, así como alteraciones del sistema inmunológico, y está implicado en la síntesis del DNA y en la formación del colágeno. ¿Qué consecuencias podrá tener para los cartílagos y los discos vertebrales de millones de mujeres la mala formación del colágeno, base de futuras artrosis de articulaciones y discartrosis de columna vertebral, después de haber pasado toda su vida reproductiva con carencias de hierro que se consideran «normales»?

¹⁵ A. B. Bruner, «Randomised study of cognitive effects of iron supplementation in non-anaemic iron-deficient adolescent girls», *Lancet*, 348, 1996, págs. 992-996.

¹⁶ D. J. Fleming, P. F. Jacques, G. E. Dallal, K. L. Tucker, P. W. F. Wilson y R. J. Wood, «Dietary determinants of iron stores in a free-living elderly population: The Framingham Heart Study», *Am J Clin Nutr*, 67, 1998, págs. 722-733.

Los principales síntomas de la carencia de hierro, aunque sean normales el número de glóbulos rojos y la hemoglobina, son: fatiga que puede llegar a ser tan extenuante que se confunda con el síndrome de fatiga crónica; debilidad y dolor muscular generalizado; sensación de frío en todo el cuerpo y en especial en manos y pies; somnolencia de día e insomnio nocturno; pérdida de apetito en niños/as e incremento de apetito por las tardes (adultas/os); taquicardia y palpitaciones; disnea y sensación de ahogo en los esfuerzos físicos o la práctica del deporte; dolor en la lengua, con inflamación, brillo y enrojecimiento; atrofia de las papilas gustativas (glositis); aftas de repetición, en lengua, paladar y parte interna de mejillas; estomatitis angular de la boca (erosiones y grietas); palidez de piel y mucosas; infecciones fáciles en la piel; dificultad en la cicatrización de las heridas; incremento de acné; dermatitis herpetiforme y aumento de granos y forúnculos; fotodermatitis por exposición solar; prurito en piel generalizado y caída de cabello, con sequedad del cuero cabelludo y cabello fino, difícil de peinar, sin cuerpo y puntas que se abren; fragilidad ungueal con onicosquias (uñas que se abren en capas); leuconiquias (manchas blancas); y estrías longitudinales y coiloniquias (uñas en forma de cuchara) si el déficit es crónico.

La extensa lista de síntomas que puede provocar la carencia crónica de hierro se explica porque es un elemento esencial en el ciclo de Krebs, el ciclo de la energía en las mitocondrias, que necesita el ion hierro que da la ferritina, para el funcionamiento de todas las células del organismo y, en especial, para el funcionamiento muscular y cerebral.

La deficiencia de hierro en el cerebro se traduce en efectos iguales en diferentes regiones del cerebro (núcleo caudado, hipotálamo, núcleos del rafe, córtex cerebral y cerebelo). La sustancia nigra, el núcleo estriado y las zonas del sistema límbico son las más ricas en hierro. La cantidad de hierro existente en estas zonas sobrepasa el 90 por 100 de los requisitos normales de todos los sistemas bioquími-

cos¹⁷ y afecta a la función de los receptores de dopamina 2, de los receptores gaba en el cerebro.

Por ello, la carencia de hierro afecta al sistema nervioso central desde la primera infancia con la presencia de dificultades en el aprendizaje verbal, pérdida de capacidad de atención, concentración y aprendizaje; «disfunción cerebral mínima», el denominado síndrome de hiperactividad y pérdida de memoria reciente; sensibilidad de percepción disminuida; juego con mayor implicación motora, como si no pudieran mediarlo con actividad simbólica; e incremento de fobias y miedos.

En la adolescencia, al presentarse la menstruación, casi siempre abundante en los primeros años, las reservas de hierro disminuyen drásticamente en las mujeres, mientras que aumentan paulatinamente en hombres, hasta producirse diferencias, con de diez a veinte más niveles de ferritina en hombres que en mujeres. Estas diferencias agudizan la desigualdad biológica de oportunidades desde la primera infancia y la adolescencia, y sus manifestaciones clínicas, que se prolongan desde los 10 años hasta después de la menopausia si no se interviene para paliar las deficiencias, son, además de las descritas para la primera infancia: cefalea frontal que se incrementa a medida que avanza el día, y sensación de cabeza espesa y embotada; nerviosismo e irritabilidad, con pérdida de dominio de las situaciones de estrés; parestesias en manos y pies; y respuesta disminuida a estímulos y pérdida de movimientos precisos. La deficiencia crónica de hierro incrementa la absorción de minerales tóxicos, como el plomo, el cadmio o el mercurio, y de insecticidas o disolventes volátiles. Una correlación pendiente de estudio sería si esta mayor vulnerabilidad cerebral a los tóxicos explicaría la mayor tendencia de las mujeres a presentar la enfermedad

¹⁷ Alberto Bizzi *et al.*, «Rol of iron and ferritin in MR imaging of the brain: A study in primates at different field strengths», *Radiology*, núm. 177, 1990, págs. 59-65.

de Alzheimer, que no se explica sólo por la mayor esperanza de vida y que impide toda calidad de los últimos años vitales.

El efecto de la carencia de hierro sobre el sistema inmune se manifiesta con una mayor vulnerabilidad a las infecciones, y con la dificultad de luchar contra ellas, ya que la eficiencia de las células defensoras (macrófagos) también depende de su energía interna. Por ello, si existe carencia de hierro, es posible que se presenten con más frecuencia infecciones de faringe o laringe, amigdalitis de repetición, otitis, forunculosis y abscesos. Los parásitos intestinales (oxiuros, giardia lamblia y otros) producen a su vez carencias de hierro desde la infancia, hecho que también pueden causar las anteriores infecciones. Por lo que se establece el círculo vicioso de las infecciones de repetición, sin carencias inmunológicas aparentes, que se arrastran desde la primera infancia y se manifiestan en periodos de la vida de las mujeres en que los sangrados, sean menstruales o de otro tipo, se hagan especialmente abundantes y frecuentes.

Las causas de la carencia de hierro son los sangrados abundantes (menstruación, sangrado de nariz o de intestino) o las dificultades de absorción intestinal, como en la celiaquía o enfermedades inflamatorias del intestino. Una carencia severa de hierro no se puede compensar sólo con la nutrición, y además existe el desconocimiento de que el hierro contenido en los vegetales y legumbres no es casi absorbido por el intestino humano, que sólo está preparado para absorber directamente el hierro que proviene de la carne roja y blanca y del hígado. Por ello, en casos de carencia sólo puede mejorar con la administración de sulfato ferroso, cuyas pautas no están bien estandarizadas en atención primaria, y el profesional oscila entre dar pautas cortas, por miedo al exceso, y el control adecuado para saber si ha sido suficiente lo que ha tomado la paciente. Pero su absorción, cuando se inicia la terapia adecuada con sulfato ferroso, puede ser interferida también por el café, el té, la leche y la comida que sea más bien alcalina, y puede ser aumentada con los ácidos y

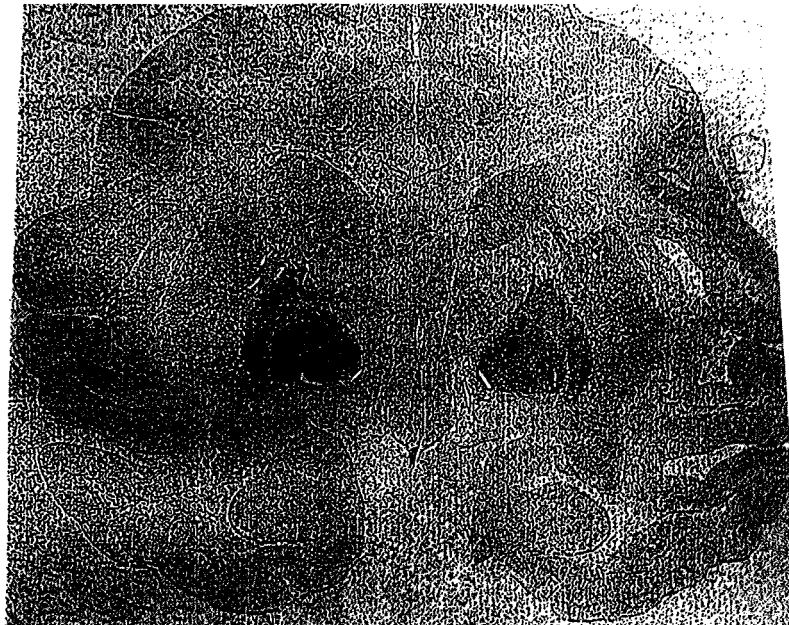
cítricos. Por ello, en las carencias de hierro se recomienda acabar las comidas con cítricos.

Existen otros tipos de anemias, que son de origen genético como las anemias hemolíticas, las que se producen por infecciones o enfermedades autoinmunes y de otros tipos que, por su menor frecuencia y por presentarse igualmente en mujeres y hombres, no trataré en este texto. Pero sí existen claras diferencias en las anemias macrocíticas o perniciosas, por falta de vitamina B12 y/o ácido fólico, vitaminas esenciales para la producción de glóbulos rojos. Las anemias macrocíticas o anemias perniciosas se presentan en 1,9 por 100 de personas mayores de 60 años, se inician de forma precoz entre mujeres de raza negra¹⁸, y su prevalencia es más elevada cuando existe una proporción de mujeres a hombres de 5/1. También cursa con cansancio, disnea de esfuerzo, taquicardias e irritabilidad, ya que en este caso, aunque los hematíes sean más grandes —por eso lo de macrocíticas—, no son eficaces para el transporte de oxígeno. Sus causas, la deficiencia de B12 y ácido fólico, se deben a carencias de nutrición o de absorción. En el caso del ácido fólico, su absorción puede ser interferida por la administración de algunos fármacos como los usados para la epilepsia, el metotrexate usado en la artritis y los anticonceptivos hormonales¹⁹. La deficiencia de vitamina B12 se produce en enfermedades del estómago e intestino que reducen su formación y absorción, como ocurre en las personas a las que se ha extirpado medio estómago, por cáncer o para combatir una obesidad grave, o con las gastritis crónicas atróficas que se producen con la presencia de anticuerpos antiparietales gástricos, que aumentan con la edad (2,5 por 100 hacia los treinta años y 9,6 por 100 hacia los ochenta) y que están relacionados con la tiroiditis autoinmune, altamente frecuente entre las mu-

¹⁸ B. Toh *et al.*, «Pernicious anemia», *N Engl J Med*, 337, 1997, págs. 1441-1448.

¹⁹ Goldman y Ausiello, *Cecil Textbook of Medicine*, 22.^a ed., Filadelfia, Saunders, 2004, pág. 965.

FIGURA 4



Las zonas más negras y grises corresponden a ferritina en los núcleos centrales del cerebro (Hill, 1990, en Alberto Bizzi *et al.*).

jeros. Pero en los últimos años detectamos una nueva modalidad de anemias entre mujeres y hombres jóvenes, que han dejado de comer carne y que realizan una dieta pseudovegetariana en la que la pasta es la base de la alimentación. Los vegetarianos puros ya saben que su dieta es carente en aminoácidos esenciales y en vitamina B12, y los toman con preparados suplementarios, pero se han extendido algunas dietas carenciales y en algunos casos supuestamente desintoxicantes que son carentes de las proteínas y aminoácidos esenciales, por lo que, con la excusa de desintoxicar, perpetúan las anemias y el cansancio que pretenden combatir. Pero el poder de los medios de comunicación en revistas de salud o en suplementos en la pren-

sa diaria está bombardeando las mentes de mujeres y hombres, y sobre todo de las primeras, más unidas a la relación de la nutrición con el cuerpo, con informaciones contradictorias y que obedecen a propaganda. También se extienden las recomendaciones por parte de algunos grupos naturistas de eliminar grupos de alimentos esenciales, con la suposición, no comprobada de forma científica, de que pueden producir *candidas* o dolor. Sólo la información veraz podrá cambiar esta situación.

LA CONTROVERSI A INTERIOR

Las enfermedades autoinmunes son aquellas en las que células del propio cuerpo se hacen extrañas para el organismo, que reacciona fabricando anticuerpos y células T específicas contra alguna de las partes de los tejidos diana. Su fisiopatología está relacionada con las reacciones alérgicas de hipersensibilidad tipo II, III y IV.

En la tipo II se pueden presentar anticuerpos contra antígenos celulares de superficie, como en la púrpura trombocitopénica autoinmune y en la anemia hemolítica autoinmune; anticuerpos contra los receptores hormonales, como en la enfermedad de Graves (hipertiroidismo) o en la miastenia *gravis*; y anticuerpos contra los antígenos de la matriz del tejido, como en la enfermedad pulmonar del síndrome de Goodpasture y en la enfermedad de la piel denominada pénfigo vulgar. En la tipo III se manifiesta con enfermedades de complejos inmunes que circulan en sangre, como la crioglobulinemia mixta esencial y el lupus eritematoso sistémico. En la tipo IV, la autoinmunidad es mediada por las células T, como en la diabetes Mellitus insulino dependiente, la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple²⁰.

Las enfermedades autoinmunes se pueden presentar contra células de las articulaciones, como en la artritis reu-

²⁰ Goldman y Ausiello, *op. cit.*, pág. 224.

matoide; contra células musculares y viscerales, como en el lupus eritematoso, el síndrome de Sjögren y la conectivitis mixta, o contra las células del tiroides, como en la tiroiditis autoinmune. Casi todas las enfermedades autoinmunes se inician por cansancio y dolor, que se instauran lenta y progresivamente, por lo que también son difíciles de diagnosticar y se confunden con otros estados de malestar. Algunos de los procesos autoinmunes interfieren además con la función cerebral, produciendo síndromes depresivos, por deficiencia de neurotransmisores. Su frecuencia puede oscilar entre un 25 por 100 de la población femenina en el caso de la tiroiditis o un caso por 500 o 1.000 mujeres en el lupus. El hecho de que estas enfermedades se introduzcan de forma solapada y produzcan malestar y cansancio, y el largo periodo que habitualmente transcurre hasta que se diagnostican, que puede ser de varios años, también colabora a crear un estado depresivo, ya que las mujeres han de vivir y trabajar con cansancio y dolor y una baja calidad de vida.

¿Por qué las enfermedades autoinmunes son más frecuentes en el sexo femenino? Aunque no están claras las causas, y en algunos casos podría existir una predisposición genética ligada al cromosoma X, no demostrada, los fenómenos autoinmunes sufren una modulación en función de las hormonas sexuales. El hecho de que algunas de ellas se presenten de forma virulenta después del embarazo, que es un periodo de suspensión inmunológica, hizo sospechar ya esta relación, pero después se ha podido demostrar que son los mismos estrógenos, la hormona predominante en el sexo femenino, los que estimulan la producción de anticuerpos. En cambio, la progesterona natural que se produce en la segunda fase del ciclo y durante el embarazo es inmunosupresora y, por lo tanto, protectora de las enfermedades autoinmunes. Un exceso de estrógenos en el medio ambiente y en los lugares de trabajo a través de los químicos ambientales (insecticidas, disolventes, gases anestésicos, etc.) también es un estímulo para la provocación de las enfermedades autoinmunes.

La artritis reumatoide es la causa más común de artritis inflamatoria crónica y afecta aproximadamente del 1 al 2 por 100 de la población en general y un 75 por 100 de los pacientes son mujeres. El pico más alto de incidencia se produce de 20 a 40 años, aunque la incidencia está aumentando últimamente con la edad. Cursa con dolor en las articulaciones, sobre todo en manos y pies, aunque en la fase de instauración puede presentar tan sólo cansancio y dolor muscular generalizado. Sufre remisiones durante el embarazo y se exacerba cuando faltan los dos tipos de hormonas del ciclo menstrual, estrógenos y progesterona, por lo que se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia y después de la menopausia.

El síndrome de Sjögren o síndrome seco se presenta aproximadamente en el 20 por 100 de pacientes con artritis reumatoide. Se estima que el 1 por 100 de la población padece esta enfermedad, que está poco diagnosticada. El escaso diagnóstico es debido a que hay una tendencia a diagnosticar este trastorno como un lupus eritematoso sistémico medio o atípico. Los síntomas cardinales del síndrome de Sjögren son la sequedad de mucosas, sobre todo sequedad de la boca o de las conjuntivas oculares, y se acompaña de cansancio y dolor muscular generalizado y en articulaciones.

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad multisistémica caracterizada por la presencia de autoanticuerpos múltiples. Es mucho más frecuente en mujeres, con una relación mujer-hombre de 9/1. Es más frecuente entre africanas, afroamericanas y asiáticas que en blancas e hispanas. La causa exacta del lupus es desconocida, pero se cree que existe una combinación de factores ambientales, hormonales y genéticos. Las características más importantes del lupus eritematoso sistémico son: dolor e inflamación en articulaciones, cansancio, erupción rojiza en los pómulos y nariz en forma de mariposa, erupciones en la piel, llagas en la boca, pérdida de pelo, y en casos graves, afectación del hígado, del riñón, vasculitis periférica y alteraciones del sistema nervioso central. Se diag-

nostica por la presencia de los denominados anticuerpos anti-nucleares y del patrón homogéneo de su distribución. Existen formas intermedias con elevación escasa de anticuerpos, que cursan también con cansancio y dolor muscular.

La mayoría de enfermedades autoinmunes son de presentación insidiosa, se hacen crónicas y las padecen mayoritariamente las mujeres, pero su estudio y la búsqueda de tratamientos son una asignatura pendiente para la medicina. ¿Por qué son enfermedades crónicas?, ¿por qué son de predominio en mujeres?, ¿por qué en la mayoría de casos no ponen en peligro la vida sino sólo su calidad? En todo caso, y dado el predominio de estas enfermedades entre las mujeres, para la investigación de nuestro grupo de trabajo son una prioridad, ya que forman parte del diagnóstico diferencial del dolor, y se confunden con la fibromialgia.

LOS CONDICIONANTES HORMONALES

Todas las enfermedades endocrinas, las de la glándula tiroides, páncreas o suprarrenales, presentan una alta prevalencia entre el sexo femenino, pero la glándula tiroidea es la que presenta alteraciones con más frecuencia, sobre todo las relacionadas con patología autoinmune. La tiroiditis autoinmune o tiroiditis de Hashimoto se presenta con proporción de mujer-hombre de 50/1, y en un 25 por 100 de mujeres como tiroiditis posparto. En un 90 por 100 de casos existen niveles elevados de anticuerpos microsomiales y en un 50 por 100 anticuerpos antitiroglobulina²¹. La tiroiditis subaguda dolorosa de Quervain se presenta en relación con afectación viral y es más frecuente en verano con un cociente mujer-hombre de 5/1, y la tiroiditis de Riedel, manifestación local de un proceso fibrótico sistémico, se presenta también

²¹ P. A. Singer, «Thyroiditis: acute subacute and chronic», *Med Clin North Am*, 75 (1), 1991, págs. 61-78.

con alta prevalencia en el sexo femenino 3-4/1. Las tiroiditis inducidas por fármacos como amiodarona, litio, interferón alfa e interleukina 2, también son más prevalentes entre el sexo femenino²². Las estatinas administradas a mujeres con hipotiroidismo o tiroiditis incrementan el riesgo de inducir fibromialgia o patología muscular.

Desde el clásico estudio Whickham²³, en que se publicó una prevalencia de hipotiroidismo de 3,5 por 100 para hombres y 17,5 por 100 para mujeres, y a medida que han mejorado los métodos de diagnóstico y la sensibilidad de las determinaciones hormonales, se aprecia un incremento de la prevalencia del hipotiroidismo franco y moderado (antes denominado clínico y subclínico, denominación olvidada porque todos dan clínica) en la población. Se considera la moda de normalidad de TSH de $1,40 \pm 0,02$ mIU/litro. En diferentes series de estudios del mundo, la prevalencia en población oscila entre 15-17 por 100 del moderado y 5 por 100 del franco²⁴.

La patología tiroidea más frecuente es el hipotiroidismo que incluso en el caso de que sea leve se manifiesta con cansancio y dolor muscular (miopatía). Pero se manifiesta también con sensación de frío más intenso que las personas que rodean a la afectada, con estreñimiento, piel seca en especial en codos y talones, e incremento de peso aun comiendo poco, edema en extremidades y en manos al levantarse, e incremento de hemorragias menstruales y ciclos menstruales más cortos. Por el efecto de la hormona tiroidea sobre el sistema nervioso central y en particular sobre la serotonina, su carencia está relacionada con el incremento de apetito a segunda hora

²² E. N. Pearce *et al.*, «Thyroiditis», *N Engl J Med*, 248, 2003, páginas 2646-2655.

²³ W. M. Tunbridge *et al.*, «The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey», *Clin Endocrinol (Oxf)*, 7 (6), diciembre de 1977, págs. 481-493.

²⁴ E. G. Levy, «Thyroid disease in the elderly», *Med Clin North Am*, 75 (1), 1991, págs. 151-167.

de la tarde, con la pérdida de memoria y de capacidad de concentración, y la tendencia a la depresión que presenta resistencia a los psicofármacos habituales y sólo se puede corregir con la administración de hormona tiroidea hasta normalizar la función.

En estudios que hizo nuestro grupo correlacionando la deficiencia de la hormona tiroidea con calidad de vida realizando el cuestionario de PCE (Perfil de Consecuencias de la Enfermedad), hemos encontrado que las mujeres con hipotiroidismo tenían dificultades para disfrutar de un ocio activo, ya que tenían capacidad para acabar su trabajo habitual, pero por la noche no podían hacer nada más, ni acabar su trabajo doméstico. Tenían problemas en la conducta de alerta, tropezaban o presentaban olvidos frecuentes y repetidos, y sentían dificultades en las relaciones psicosociales y en la conducta emocional. Todos estos aspectos mejoraron después del tratamiento con las dosis necesarias de levotiroxina sódica, que normalizaron la hormona estimulante del tiroides (TSH) a las cifras más cercanas a la unidad.

Sin embargo, y a pesar de que una de cada cuatro mujeres mayores de 40 años; y cada día en edades más tempranas por efectos de los xenoestrógenos ambientales, va a presentar un hipotiroidismo, es frecuente en España, aunque no en otros países, que no se trate el hipotiroidismo hasta que, en lugar de leve o moderado, ya sea más avanzado. Las razones aducidas son vagas, y se relacionan con el gran número de mujeres que han de tratarse y con posibles efectos secundarios no probados, ya que con los fármacos actuales se puede controlar perfectamente no tratar en exceso. El tratamiento es de bajo costo y los efectos negativos que se podrían prevenir son muy amplios. Se podría prevenir la eclampsia gravídica y complicaciones obstétricas, mejorar el coeficiente de inteligencia de los hijos/as, prevenir la depresión y ansiedad, mejorar la armonía del ciclo menstrual y prevenir las enfermedades musculares, ya que la miopatía del hipotiroidismo se confunde con la fibromialgia y el cansancio que se presenta en la enfermedad, con la fatiga

crónica. ¿Por qué razones podemos preferir tratar una depresión con psicofármacos de alto costo antes de tratar un hipotiroidismo con un tratamiento de muy bajo costo? Lo dejo a la sagacidad de la lectora o lector. Sabemos que la alta prevalencia del problema hace necesaria la implicación de los profesionales de atención primaria en el tratamiento de la patología tiroidea, pero lo mismo se ha hecho con la diabetes y no se ha negado la enfermedad por las complicaciones que puede tener. ¿Por qué se menosprecia la patología tiroidea prevalente en mujeres, con la excusa de que no pueden morir y «sólo afectará a su calidad de vida»?

La diabetes tipo II o de la adulta/o se presenta también con una alta prevalencia entre el sexo femenino mayor de 40 años relacionado en muchos casos con la obesidad. La diabetes es una enfermedad de mujeres que se ha estudiado en hombres. El estudio Nurse's Health²⁵ ha seguido 84.941 mujeres desde 1980 a 1996, documentando 3.300 nuevos casos de diabetes tipo II. El más importante predictor de diabetes fue el sobrepeso o la obesidad (61 por 100). Otros factores de riesgo demostrados han sido la vida sin ejercicio físico vigoroso, fumar, dieta poco rica en fibra y con exceso de grasa y azúcares y la abstinencia de alcohol (consumo diario inferior a 5 grs), y en últimos trabajos, la presencia en sangre de insecticidas organoclorados, cruzando una vez más en el cuerpo de las mujeres la contaminación medioambiental y la salud biológica. Este cruce permanece invisible por los intereses poderosos de la industria química y farmacéutica, y por la debilidad de las políticas públicas que deberían limitar los efectos negativos para la salud de la contaminación industrial, aplicando con rigor, por ejemplo en Europa, la iniciativa REACH²⁶, para reevaluar la acción sobre la salud de las principales sustancias químicas usadas en la sociedad industrial.

²⁵ F. B. Hu *et al.*, «Diet lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women», *N Engl J Med*, 345, 2001, págs. 790-797.

²⁶ *Quadern CAPS*: «Salut i Medi Ambient», 2008, www.caps.cat.

DÉFICIT DE VITAMINA D.
CUANDO EL SOL NO ES SUFICIENTE

La deficiencia crónica de vitamina D es muy frecuente entre la población mayor de 50 años, con una prevalencia mayor entre mujeres a partir de los 45 años, y constituye un factor de riesgo para la osteopenia y fracturas óseas. Su única fuente es la exposición solar del cuerpo y, dadas las limitaciones que tiene la insolación en la mayoría de población de zona urbana y el miedo a las consecuencias negativas sobre la piel de la exposición solar sin protección, la producción de provitamina D en la piel es muy limitada.

Encontramos cada vez más niveles bajos de vitamina D en la población joven y en la infancia. Entre población mayor de 65 años, las deficiencias de vitamina D pueden oscilar entre el 25 y el 54 por 100 de la población²⁷, con prevalencias del 57 por 100 entre pacientes ingresados en hospitales²⁸.

Las evidencias demuestran que bajos niveles de vitamina D producen efectos desfavorables en la homeostasis del calcio que conduce a la pérdida de masa ósea, incluso aunque no se llegue al grado de osteomalacia. Barger-Lux²⁹ y sus colaboradores demostraron que los niveles de 25 (OH)D contri-

²⁷ J. L. Omdahl *et al.*, «Nutritional status in vitamin D in a healthy elderly population», *Am J Clin Nutr*; 36, 1982, págs. 1125-1133; M. J. McKenna, «Differences in vitamin D status between countries in young adults and the elderly», *Am J Med*, 93, 1992, págs. 69-77; D. Goldray *et al.*, «Vitamin D deficiency in elderly patients in a general hospital», *J Am Geriatr Soc*, 37 (7), julio de 1989, págs. 589-592; F. M. Gloth III, C. M. Gundberg y B. N. Hollis *et al.*, «Vitamin D deficiency in homebound elderly persons», *JAMA*, 274, 1995, págs. 1983-1986.

²⁸ M. K. Thomas *et al.*, «Hypovitaminosis D in medical inpatients», *N Engl J Med*, 19, 338 (12), marzo de 1998, págs. 777-783.

²⁹ Barger-Lux *et al.*, «An investigation of sources of variation in calcium absorption efficiency [published erratum appears]», *J Clin Endocrinol Metab*, 80 (7), 1995, pág. 2068.

buyen a la estimulación de la absorción entérica del calcio, por lo que se explica el incremento de hormona paratiroidea como reacción a pequeños déficits de este metabolito, aunque los niveles de 1,25-hidroxivitamina D sean todavía normales. Los niveles de vitamina D que no pueden mantener de forma equilibrada el metabolismo del calcio se denominan insuficiencia o deficiencia de vitamina D, cuyos valores normales para una correcta formación ósea se han fijado entre 30 y 100 ng/ml³⁰. El estudio Séneca, realizado en 19 ciudades de 11 países europeos³¹, ha demostrado que el déficit de vitamina D es mucho más frecuente en los países del área mediterránea, con una mayor prevalencia entre mujeres (83 por 100 de las mujeres en Grecia y 86 por 100 de las mujeres en España), frente a un 50 por 100 de los hombres de la misma edad en ambos países. En los países nórdicos, sólo el 18 por 100 de las mujeres presentaban deficiencia leve de vitamina D, lo que parece ser debido a la más alta ingesta de comida fortificada, consumo de pescado y la ingesta de suplementos de vitamina D. Un estudio realizado entre mujeres posmenopáusicas en la zona de Madrid demostró que hasta un 64 por 100 presentaban una concentración inferior a 15 ng/ml de calcidiol y un 40 por 100 presentaba niveles inferiores a 10 ng/ml³².

Su deficiencia se manifiesta clínicamente por dolor muscular generalizado y localizado especialmente en la cintura escapular superior, hombros, trapecio y la musculatura que rodea la columna vertebral cervical y dorsal. También se manifiesta con debilidad muscular, pérdida de fuerza y cansancio. Sus manifestaciones se confunden con la fibromial-

³⁰ Elizabeth Dawson-Hughes *et al.*, «Vitamin D», *Uptodate*, enero de 2008.

³¹ R. P. van der Wielen *et al.*, «Serum vitamin D concentrations among elderly people in Europe», *Lancet*, 22, 346 (8969), julio de 1995, págs. 207-210.

³² P. Aguado *et al.*, «Low vitamin D levels in outpatient postmenopausal women from a rheumatology clinic in Madrid, Spain: their relationship with bone mineral density», *Osteoporos Int*, 11 (9), 2000, págs. 739-744.

gia, porque produce dolor en todas las inserciones del músculo con el tendón que son los puntos predeterminados que se han descrito en esta enfermedad, que no debería ser diagnosticada nunca sin haber evaluado los niveles de vitamina D y de sus consecuencias metabólicas en el calcio iónico y en la calciuria. Dado que no se puede funcionar sin unos niveles muy constantes de calcio, el organismo ha desarrollado unos mecanismos muy sutiles de autorregulación. Cuando faltan sólo unas milésimas de gramo de calcio, avisa a cuatro glándulas situadas detrás del tiroides, las paratiroides, que segregan la hormona Parathormona intacta (PTH), que tiene como misión conseguir calcio de cualquier sitio del cuerpo, de forma inmediata. Lo consigue arrancando calcio de la punta de los dedos, de las articulaciones y de los huesos largos, dando lugar a la llamada osteítis quística, que puede ser microscópica o puede verse en una radiografía. Esta acción continuada de la PTH remodela las articulaciones y las deforma, tanto las de manos y pies como la meseta tibial. Es frecuente ver a mujeres y hombres mayores andar con bastón y una rodilla y pierna arqueadas, cuando años antes las tenían perfectamente alineadas, como se ha descrito en los niños raquíticos, carentes de vitamina D. Este efecto metabólico y negativo de la carencia de vitamina D se puede corregir a cualquier edad con la administración de vitamina D en dosis semanales o en gotas diarias. Pero una vez más la docencia médica ha jugado en contra de la morbilidad prevalente en mujeres, y en las Facultades de Medicina se enseña la toxicidad de la vitamina D, más que el buen uso de la misma.

La vitamina D regula la formación ósea, la de cartílagos y discos vertebrales, pero también es un potente inmunomodulador, y se ha demostrado en animales de laboratorio y con ensayos clínicos que puede prevenir y mejorar la psoriasis y las enfermedades autoinmunes de tiroides, de páncreas (es un factor preventivo de la diabetes Mellitus), el lupus eritematoso y otras enfermedades autoinmunes sistémicas, así como las infecciones, en especial las respiratorias. Además, favorece la diferen-

ciación celular, por lo que se ha demostrado que su deficiencia puede estar relacionada con el cáncer de colon, el cáncer de mama, el de próstata, el melanoma y en general todos los tumores que impliquen epitelios externos o internos. Su efecto sobre la formación ósea hace de su carencia un factor de riesgo para enfermedades altamente prevalentes entre las mujeres, como la osteoartritis, la osteoporosis, la osteopenia y las fracturas de extremidades y vertebrales³³. Estas correlaciones se han establecido en los últimos diez años y, dado además que el tratamiento es de relativo bajo costo, en relación con la gran cantidad de problemas que puede prevenir y modular, no se acaba de comprender que la utilización de la vitamina D no se haya extendido mucho más en la prevención del dolor y como inmunomodulador. Nos podemos preguntar si su uso se hubiera extendido más si fuera un tratamiento de alto costo, acompañado de estrategias de marketing.

¿ES DIFERENTE EL ESTRÉS FÍSICO Y MENTAL EN MUJERES Y HOMBRES?

Muchas veces se atribuye el dolor y el cansancio de las mujeres a que están estresadas, utilizando casi la palabra «estresada» como arma arrojadiza, como si no supiera organizarse correctamente y usar racionalmente su tiempo, tal como nos explica María Ángeles Durán en su libro *El valor del tiempo*³⁴. Pero muchas veces se utiliza la palabra estrés sin un claro significado biológico. Las hormonas de la glándula suprarrenal, el cortisol que se produce en la corteza suprarrenal, así como la adrenalina y la noradrenalina que se producen en la médula, son hormonas que siguen un ritmo circadiano, o sea, que va-

³³ Jordi Farrerons y Carme Valls-Llobet, *Vitamina D y salud*, FAES, 1996.

³⁴ María Ángeles Durán, *El valor del tiempo*, Madrid, Espasa-Calpe, 2006.

rían durante el día de veinticuatro horas. Para decirlo en términos coloquiales, se levantan con el sol y se deberían acostar cuando el sol desaparece en el horizonte, porque sólo con su disminución se consigue un sueño reparador. Una persona estresada se podría valorar biológicamente por que estas hormonas permanecen altas a última hora de la noche. Pero nos podemos preguntar si todas las personas responden igual a los estímulos laborales o emocionales o si existen diferentes formas de vivir el estrés según el sexo. No podíamos dar respuesta a esta pregunta hasta que la investigadora Marianne Frankenhauer (Instituto Karolinska, Suecia) inició en el año 1975 una serie de estudios sobre las repercusiones neuroendocrinas de las situaciones de estrés diferenciadas por sexo.

Las situaciones estresantes como una gran afectividad, pérdida de control, desamparo, desesperanza o dolor producen un incremento del cortisol, hormona de la corteza de la glándula suprarrenal, y el tipo de estímulo o la forma en que es vivido por una persona estimula la médula suprarrenal, con la producción de adrenalina y noradrenalina. El grupo sueco empezó a estudiar si estudiantes de ambos sexos reaccionaban de forma diferente en situaciones de estrés, y comprobaron al hacer tests aritméticos, tests de inteligencia o análisis de sangre que en principio los chicos segregaban más adrenalina que las chicas. Al continuar investigando a estudiantes de 16 años que iniciaban la escuela superior o el bachillerato, la elevación de adrenalina fue superior en los varones, pero las chicas acortaron distancias, que se igualaron cuando el estudio se realizó en estudiantes de ambos sexos que iniciaban estudios de ingeniería. La primera conclusión fue que los niveles de adrenalina dependían de las expectativas que tenían chicos y chicas en cada momento y no de una diferencia biológica en las glándulas suprarrenales. Cuando se comparó el incremento de adrenalina de padres y madres llevando a su hijo enfermo al hospital, se observó un incremento mayor de adrenalina en las madres, aunque los padres también presentaban un incremento considerable de adrenalina sobre el nivel basal.

En estudios posteriores, realizados por Frankenhauser y Lundberg, se compararon los niveles de tensión arterial y de las hormonas suprarrenales de ejecutivos y ejecutivas suecos que tenían las mismas condiciones laborales en el trabajo y en casa. Durante la jornada laboral, la tensión arterial de los hombres aumentaba y la de las mujeres bajaba. Los incrementos hormonales eran de predominio masculino. Pero por la tarde, al llegar a casa, la tensión arterial aumentaba entre las mujeres y disminuía entre los hombres, así como existían incrementos claros de adrenalina y noradrenalina entre las ejecutivas suecas por la tarde en casa.

El exceso de las hormonas causantes del estrés neuroendocrino, durante la tarde y noche, impide que se pueda tener un reposo nocturno reparador. Las consecuencias físicas serán: insomnio nocturno o sueño con intermitencias, dolor en la zona del trapecio, taquicardias, dolor abdominal o colon irritable, y contracciones musculares involuntarias (fasciculaciones)³⁵. Todos estos síntomas serían efectos secundarios del estrés crónico, sea por exceso de estrés en el trabajo o por la doble jornada que por ahora comparten la mayoría de mujeres del mundo. Además de que el papel de cuidadoras de personas enfermas o discapacitadas incrementa las condiciones de estrés porque el trabajo no acaba nunca. Sin embargo, el papel que desempeña el estrés crónico en el dolor de las mujeres y el hecho de que se ha comprobado su función en la contractura muscular del músculo trapecio no ha sido valorado como causa de fibromialgia, cuando en esta enfermedad las mujeres tienen toda una gran contractura de la musculatura de la espalda, ni tampoco en la evaluación de los dolores poliarticulares, ni como causa indirecta de patología cardiovascular. Se utiliza la palabra estrés para culpabilizar, pero no para intentar entender causas de dolor y condiciones de vida y trabajo que deberían cambiar.

³⁵ Carme Valls-Llobet, *Mujeres Invisibles*, Barcelona, Editorial Debolsillo, 2006.

CUANDO NO SÓLO DUELE EL ALMA

El dolor en todas sus manifestaciones corporales es la primera causa de limitación crónica de la actividad principal, según la encuesta de salud realizada en España³⁶, Cataluña³⁷ y Barcelona³⁸. El dolor constituye la primera causa de consulta en atención primaria y afecta a casi la mitad de los pacientes que buscan asistencia médica³⁹. El dolor crónico es más prevalente entre el sexo femenino: en Estados Unidos es de un 19,5 por 100 entre mujeres de 35 a 45 años y llega a un 62 por 100 en mujeres mayores de 70 años⁴⁰. Un 28,2 por 100 de las mujeres catalanas relata dolor crónico, frente al 17,5 por 100 de la población masculina⁴¹.

El análisis sobre la prevalencia del dolor lumbar en 26 estudios realizados en los países nórdicos⁴² nos ilustra sobre las dificultades de estudiar la prevalencia del dolor, dado que los criterios metodológicos de los estudios son irregulares. Según los autores, los criterios deberían ser la repre-

³⁶ Encuesta Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.

³⁷ Enquesta de Salut de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1995.

³⁸ Enquesta de Salut de Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1996.

³⁹ R. C. Griggs *et al.*, «Muscle pain, fatigue, and mitochondriopathies», *N Engl J Med*, 341 (14), 1999, págs. 1077-1078.

⁴⁰ J. M. Hootman *et al.*, «Women and arthritis: burden, impact and prevention programs», *J Womens Health Gend Based Med*, 11 (5), junio de 2002, págs. 407-416.

⁴¹ I. Rohlf s y C. Valls-Llobet, «Desigualtats de gènere en salut», en *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelona, CAPS-Bofill/Mediterrània, 2003.

⁴² C. Leboeuf-Yde y J. M. Lauritsen, «The prevalence of low back pain in the literature. A structured review of 26 Nordic studies from 1954 to 1993», *Spine*, 20 (19), 1995, págs. 2112-2118.

sentatividad en la población de la muestra estudiada, la calidad de los datos y la definición del dolor lumbar o dolor en la parte baja de la espalda. Los criterios mínimos para comparar estudios serían el tipo de población y definición similar del dolor lumbar. En muy pocos estudios se reproduce la pregunta exacta y la definición anatómica exacta del dolor lumbar. Lo mismo ocurre en el estudio del dolor de espalda en la población catalana⁴³, que aunque analiza muchos datos sociodemográficos, no lo hace con la localización del dolor, por lo que no se puede saber si es dorsal, cervical o lumbar. En este estudio es interesante señalar que, por primera vez, se demuestra que la más alta prevalencia del dolor de espalda se da en el sexo femenino (60,7 por 100), entre los trabajadores manuales (54,9 por 100) y, en general, entre las personas con menos nivel de educación (71,7 por 100).

El diagnóstico diferencial del dolor crónico es todavía una asignatura pendiente, así como su especial problemática entre el sexo femenino⁴⁴, a pesar de que ya tenemos constancia de que las enfermedades autoinmunes son más prevalentes entre las mujeres (lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Sjögren, tiroiditis autoinmune, artritis reumatoide) por razones biológicas, hormonales⁴⁵ y, además, por la potenciación del efecto autoinmune que producen los xenoestrógenos ambientales⁴⁶. Por otra parte, también se ha podido objetivar la relación de las condiciones de trabajo y de vida

⁴³ A. Bassols *et al.*, «Back pain in the general population of Catalonia (Spain). Prevalence, characteristics and therapeutic behavior», *Gaceta Sanitaria*, 17 (2), marzo-abril de 2003, págs. 97-107.

⁴⁴ C. Valls-Llobet, «Diagnóstico diferencial del dolor y fatiga crónica: una asignatura pendiente», *Med. Clin.*, 118 (1), 2003.

⁴⁵ B. D. Greenstein, «Lupus: why women?», *J Womens Health Gend Based Med*, 10 (3), abril de 2001, págs. 233-239.

⁴⁶ N. Olea, «Disruptores endocrinos: posibles medidas de intervención. La perspectiva europea», *Quadern CAPS*, 29, 2000, págs. 36-42.

con la presencia de dolor: contractura del músculo trapecio en relación con el estrés físico y mental⁴⁷; dolor lumbar en relación con trabajos con sobrecarga emocional⁴⁸, doble jornada⁴⁹ y con antecedentes de abusos sexuales en la infancia. Está por dilucidar la metodología diagnóstica y la patogénesis del síndrome de fatiga crónica⁵⁰ y de la fibromialgia, que se pueden presentar en un 3 por 100 de la población con una ratio de 5/1, relacionada también con exposición en niveles bajos a sustancias químicas ambientales⁵¹. Pero como hemos visto en este capítulo, muchos de los síntomas de la morbilidad diferencial invisible son el dolor muscular generalizado y el cansancio. Por ello he revisado todas las enfermedades y carencias que pueden ser confundidas con fibromialgia y las adjunto en el cuadro siguiente⁵². No se debería decir a las mujeres que tienen una fibromialgia sin haber concluido el diagnóstico de todas las causas de dolor y sin haber hecho un diagnóstico previo de estas patologías.

Probablemente muchas de las patologías y disfunciones que hemos denominado morbilidad diferencial estén en la base biológica de un dolor que se cronifica, precisamente porque no se trata adecuadamente. ¿Estaremos delante de un

⁴⁷ U. Lundberg, «Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress. Responses of men and women», *J-Occupational-Health*, 1 (2), 1996, págs. 117-130.

⁴⁸ R. A. Deyo *et al.*, «Low back», *N Engl J Med*, 344 (5), 2001, págs. 363-370.

⁴⁹ G. E. Simon, «An international study of the relation between somatic symptoms and depression», *N Engl J Med*, 341 (18), 1999, páginas 1329-1335.

⁵⁰ S. D. Shafran, «The chronic fatigue syndrome», *Am J Med*, 90, 1991, págs. 730-738.

⁵¹ I. R. Bell *et al.*, «Illness from low levels of environmental chemicals: relevance to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia», *Am J Med*, 105 (3A), 1998, págs. 74S-82S.

⁵² Carme Valls-Llobet, «Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia», *Anuario de Psicología*, vol 39, núm. 1, 2008, págs. 73-78.

TABLA 1
Enfermedades que producen dolor muscular generalizado
y dolor en inserciones musculotendinosas,
y que se pueden confundir con fibromialgia

	PREVALENCIA	RATIO MUJERES/ HOMBRES
Artritis reumatoide	P: 3%	30/1
Lupus erimatoso sistémico	P: 1/1000	9/1
Síndrome de Sjögren	P: 1/1000	9/1
Miopatía hipotiroidea o hipertiroidea	P: 20%	50/1
Deficiencia subclínica de vitamina D con hiperparatiroidismo secundario	P: 38%	3/1
Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos	P: 1/10000	?
Artrosis por malas condiciones ergonómicas de trabajo y vida	P: 30%	3/1
Contractura musculoesquelética por estrés mental	?	3/1
Osteopenia por anovulación o déficit fase luteínica	P: 30%	(específica en mujeres)
Miopatías derivadas de enfermedades virales o síndrome de fatiga crónica	?	3/1
Síndrome afectación neuromuscular y miopatía mitocondrial por sustancias químicas	?	3/1
Anemia y deficiencia de hierro	P: 73% (M)	50/1
Osteoporosis	30%	3/1
Polimialgia reumática	5%	2/1
Artritis temporal	5%	2/1
Diabetes Mellitus o intolerancia a la glucosa	12%	2/1

«mal-trato» de la medicina hacia el dolor precisamente porque lo presenta mayoritariamente el sexo femenino? ¿Por qué no se realiza sistemáticamente un diagnóstico diferencial del dolor como el que proponemos en la tabla 1, cuyas patologías tienen tratamiento en la mayoría de los casos, antes de decidir que una persona tiene una fibromialgia de origen desconocido y que no tiene más tratamiento que psicofármacos, analgésicos, opiáceos o derivados de la morfina?

Estudios clínicos realizados por nuestro equipo de investigación han demostrado en más de 250 mujeres diagnosticadas previamente de fibromialgia que presentaban de dos a cuatro patologías antes citadas, y en todos los casos una contractura del músculo trapecio. Como vemos en la tabla 1, la mayoría de las enfermedades que producen dolor son mucho más frecuentes en el sexo femenino y su incidencia se incrementa con la edad. La prevalencia tan elevada del dolor en la población, en especial entre las mujeres, hace que su diagnóstico se deba plantear como una prioridad de salud, y que deban destinarse protocolos específicos para su diagnóstico diferencial en atención primaria, dotando a ésta de la necesaria capacidad resolutoria y de presupuestos adecuados para que pueda realizar el diagnóstico de la causas del dolor de forma eficiente.

HACIA UNA CIENCIA Y ATENCIÓN SANITARIA DE LA MORBILIDAD DIFERENCIAL

Trataré en el capítulo del reduccionismo etiológico los problemas de salud mental y de violencia de género que también pueden producir morbilidad, pero que tienen sesgos en el momento del diagnóstico. Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad para la Investigación de la Salud de las Mujeres, Marts⁵³

⁵³ S. A. Marts, «Interdisciplinary research is key to understanding sex differences: report from the Society for Women's Health Research

plantea que para conseguir una investigación que tenga en cuenta las diferencias biológicas y de conducta entre mujeres y hombres, ha de ser necesariamente interdisciplinar entre todas las especialidades médicas, desde la epidemiología a la biología molecular. Es necesario que las instituciones apoyen la investigación interdisciplinar con programas de formación *ad hoc*, y que los editores científicos promuevan la publicación de trabajos realizados interdisciplinariamente.

La atención primaria está contaminada por el sesgo de género existente en las ciencias de la salud. En ella sólo se valoran diagnósticos, clasificaciones y globalizaciones, dejando sin contabilizar las diferencias, las especificidades, la subjetividad, los diagnósticos abiertos o la relación de los diferentes síntomas. La proximidad a los problemas, al malestar, a la enfermedad y a la salud forma parte del patrimonio y de la aportación de la atención primaria a la investigación en la ciencia médica. De hecho, la práctica diaria de las/los profesionales se realiza en la mayoría de los casos de forma empírica, la atención individualizada por género a partir de la experiencia clínica, pero falta sistematizar, construir y escribir una ciencia de la atención primaria con perspectiva de género.

Creo necesario recoger las recomendaciones generales para mejorar la calidad de asistencia sanitaria de las mujeres que hace Gijbers⁵⁴, que incluyen la definición de prioridades en la investigación, el diseño de políticas públicas, la formación de profesionales bajo un enfoque bio-psico-social y sensible al género, y la creación de una atención primaria con derecho a la participación de las mujeres y sus organiza-

Meeting on understanding the biology of sex differences», *J Womens Health Gend Based Med*, 1 (6), 2002, págs. 501-509.

⁵⁴ C. M. Gijbers *et al.*, «Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women», *Soc Sci Med*, 43 (5), 1996, págs. 707-720.

ciones. Abrir la ciencia a la participación de los profesionales y el estímulo de las organizaciones y asociaciones de mujeres, como ha hecho la librería Cochrane, puede ser un camino para hacer que la morbilidad diferencial deje de ser invisible.

CAPÍTULO 7

Los riesgos invisibles o «no reconocidos» son los que matan

Algunos médicos saben curar. Otros, además, enseñan a vivir. Agradezco a la doctora que me haya tratado como adulta: no me ofrece más de lo que puedo esperar pero tampoco menos... Ahora que estoy bien y soy libre, me dice en dos palabras, sin nombrarlo, que el riesgo es la esencia de lo humano¹.

La medicina del siglo XIX identificó la evolución clínica de las enfermedades, pues, hasta entonces, no había enfermedades sino enfermos y el estudio de cada caso podía derivar en interminables descripciones clínicas del color de la piel, de las heces o de la orina, sin ninguna sistematización y sin entender las causas, ni tener posibilidad de profundizarlas, ya que la falta de medios y técnicas de exploración no permitía más que la acción del ojo humano para interpretar y describir los síntomas de cada paciente.

¹ María Ángeles Durán, *Diario de batalla. Mi lucha contra el cáncer*, Madrid, Aguilar, 2003, pág. 296.

El siglo xx abrió un campo diferente porque el conocimiento más profundo de la fisiología natural de órganos y sistemas permitió conocer el «cómo» de muchos de los cambios que se producían en el organismo durante la enfermedad. Es el siglo de la fisiopatología, que ha permitido entender los cambios en los tejidos, el análisis de los cambios en la sangre, identificar hormonas en cantidades infinitesimales e incluso identificar marcadores que indican la evolución hacia el cáncer de diversas células del cuerpo. Las técnicas de exploración interna han evolucionado en un solo siglo más que en todos los miles de años de historia de la humanidad. De las humildes radiografías que ya parecen antiguallas o de «pasar a la infancia por RX» para intentar identificar las incipientes lesiones de tuberculosis, se ha llegado a las sofisticadas exploraciones, con ecografías, TAC (Tomografía Axial Computarizada) y resonancia magnética, que ya permiten «ver» órganos vivos en dos o tres dimensiones. Esta posibilidad de ver hacia dentro el organismo no se ha acompañado de una misma capacidad de entender el cómo se enferma y, en especial, el cómo se podría mejorar lo que se ha «visto» alterado.

En paralelo a los avances en las técnicas exploratorias, una nueva especialidad se abrió paso con fuerza dentro de la salud pública, la epidemiología, que estudiando la salud de las poblaciones y no de los individuos, así como las características y condiciones de vida de las personas que enfermaban dentro de una población, comenzó la identificación de determinados factores que son más frecuentes entre grupos de población afectada por determinado tipo de cáncer u otra enfermedad. A finales del siglo xx, gran número de estudios epidemiológicos intentaron identificar factores que podían hacer más proclives las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de mama, de pulmón o de colon, principales causas de mortalidad prematura en la población de países desarrollados, mientras que estudios de la OMS y la UNICEF identificaban la desnutrición, las enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, SIDA, leishmaniosis y otras), la pobreza

y la falta de atención a las mujeres durante el embarazo y el parto como las primeras causas de mortalidad prematura en los países en vías de desarrollo.

LOS RIESGOS NO SON UNA ENFERMEDAD

Estos factores se han denominado *factores de riesgo*, factores de riesgo a padecer una determinada enfermedad, que sobrepasan el concepto de causa para llegar al concepto de procesos multifactoriales, que sumados en el organismo favorecen la presentación de un cáncer o de una enfermedad cardiovascular. El siglo XXI va a ser el siglo de los factores de riesgo para la salud, pero con mirada omnicompreensiva y sin sesgos. Si los detallamos todos juntos, con mirada hipocóndrica, podríamos dejar de vivir, para convertirnos en seres humanos asustados por la gran cantidad de riesgos que nos rodean. Pero si pudiéramos identificar cuáles son los riesgos que pesan más sobre una determinada enfermedad, podríamos intentar minimizar sus efectos y retardar la mortalidad prematura que suponen muchos tipos de cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Pero ha de quedar bien claro que un factor de riesgo NO ES UNA CAUSA de enfermedad, y que se precisan un conjunto de factores de riesgo para que se produzca un cambio cualitativo en el organismo.

La situación actual de la medicina respecto a los factores de riesgo de enfermedades que pueden producir mortalidad es compleja, pues hay factores que permanecen invisibles porque su introducción en el cuerpo es silenciosa y se hace durante años, como los efectos de los contaminantes que provienen del medio ambiente, o los efectos de las desigualdades sociales en educación, nutrición, pobreza o hábitos de salud. Otros factores de riesgo se han sobrevalorado, como el efecto del colesterol sobre la enfermedad cardíaca, cuando es el tabaco el primer factor de riesgo. Identificado un solo factor de riesgo entre cien, este factor ha sido medicali-

zado con el consumo masivo de fármacos hipolipemiantes, en lugar de modificar dieta y hábitos de ejercicio. Los riesgos que favorecen el consumo de fármacos se maximizan, mientras que se minimizan, sin evidencia científica de ningún grado, los que limitarían el consumo, como el riesgo de la terapia hormonal sustitutiva para el cáncer de mama, o de los anticonceptivos hormonales consumidos más de cinco años antes del primer embarazo. Además, los riesgos se tratan con medicamentos caros, obviando otras formas de tratamiento y prevención que pudieran ser igualmente válidas.

La identificación de factores de riesgo y las estrategias de prevención adolecen de falta de evidencias cuando se medicalizan o tratan los riesgos. Todavía no se ha podido establecer de forma clara que tener unos análisis de sangre alterados años antes tenga una relación directa con una determinada enfermedad. Tampoco se sabe si intervenir en la disminución de un determinado parámetro colabora directamente en evitar que se presente una determinada enfermedad en el futuro, y a veces hay una tendencia interesada en presentar como causa lo que sólo es una asociación, pero se desconoce el papel que puede desempeñar en una ulterior patología.

Además, para complicar más la situación, un grave sesgo de género ha limitado la ciencia que tenemos en estos momentos para la prevención de enfermedades cardiovasculares y oncológicas, y es la falta de inclusión de mujeres en los estudios epidemiológicos desde sus inicios hasta finales del siglo xx. Por ello, muchos de los actuales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares se han estudiado sólo en cohortes masculinas, y no se ha divulgado el efecto que otros riesgos y en especial la contaminación química tiene en el cuerpo de las mujeres en el que, por su mayor cantidad de grasa, actúa como un bioacumulador químico.

Dado que la esperanza de vida de la población avanza hacia una media de 85 años, toda muerte que suceda antes de los 60 años ya se puede considerar una muerte prematura. Una intervención sanitaria desde la salud pública o desde la atención

sanitaria individualizada debería poder evitar la mortalidad prematura, sabiendo que hemos de convivir con incertezas y riesgos constantemente. Pero, dado que no todos los riesgos tienen el mismo peso para causar enfermedad, la intervención sanitaria debería identificar cuáles son los más directos provocadores e intentar paliarlos, sin que la población sea bombardeada por información sesgada desde los medios de comunicación pagados por determinadas industrias farmacéuticas, mientras que los gobiernos e instituciones miran hacia otro lado.

Describiré a continuación con brevedad cuáles son los factores de riesgo que más afectan a las mujeres y que permanecen invisibles, riesgos que he descrito con más detalle en otros trabajos. Son riesgos que, como en el caso de la contaminación ambiental, matan en silencio, con premeditación y alevosía, ya que por ser desconocidos de los profesionales de la medicina, de los gobernantes y a veces de la misma industria que contamina, pasan desapercibidos y no son combatidos con eficacia hasta este momento. Riesgos invisibles para la mortalidad como las desigualdades en salud y nuevos riesgos que está acumulando la investigación biomédica para las enfermedades cardiovasculares y para el cáncer de mama.

CUANDO LAS CONDICIONES AMBIENTALES HACEN DAÑO

El crecimiento industrial de principios del siglo xx fue muchas veces desordenado y sin conocimientos de los efectos que a corto, medio y largo plazo tenían sobre la salud los nuevos productos empleados en la agricultura, en la industria textil de tintes y estampación, en los hospitales y quirófanos, en las mismas industrias de producción de material de oficina, industrias químicas, farmacéuticas, etc. Los efectos sobre la salud de estas exposiciones se han empezado recopilar en los últimos veinte años. Es difícil establecer relaciones de causalidad entre el producto empleado y sus consecuencias sobre la salud, porque a veces las personas están expuestas en

el lugar de trabajo y también por exposición ambiental, sea en las grandes ciudades o en las zonas agrícolas.

A diferencia de las radiaciones ionizantes, el efecto de los productos químicos depende de las dosis y de la repetición de la exposición. Debemos partir también de la base de que los avances en la síntesis de nuevas sustancias, sean insecticidas de nueva generación, desinfectantes, pinturas o tintes, han supuesto una mejoría de la calidad de vida de muchas poblaciones del mundo, y que esta industria en constante renovación ha sustituido las antiguas fórmulas por sustancias menos dañinas para los seres humanos, como ocurrió con el DDT en 1972. Pero hay determinados productos, como los compuestos tóxicos persistentes (CPT), que se utilizan desde hace décadas, y aunque se ha restringido o prohibido su uso, pueden dañar la salud porque persisten en el cuerpo y en el medio ambiente durante largos periodos de tiempo. Como muy bien explica el investigador Miquel Porta y colaboradores en su reciente libro *Nuestra contaminación interna*², estos productos que contienen átomos de carbono e hidrógeno (policlorobifenilos, hexaclorohexanos, insecticidas organoclorados), dioxinas o metales pesados pueden persistir durante años en las células grasas tanto si entran en el organismo por inhalación o a través de la alimentación, ya que son volátiles, por lo que pueden evaporarse y después volver a la tierra con el agua de la lluvia, y persisten en el aire, agua y tierra. Todos ellos son posibles cancerígenos y alteran la inmunidad, el sistema nervioso y son disruptores endocrinos, alterando la función hormonal del cuerpo humano y en especial el ciclo menstrual. Los compuestos tóxicos persistentes son: arsénico, benceno, cadmio, clordano y heptacloro, aldrina, dieldrina y endrina, DDT y análogos, dioxinas y furanos, lindano, plomo, mercurio, PCBs, hexaclorobenceno y bisfenol A. Para frenar la acción de estos tóxicos se estableció in-

² Miquel Porta, Elisa Puigdomènech y Ferran Ballester (eds.), *Nuestra contaminación interna*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2009, págs. 20-23.

ternacionalmente el Convenio de Estocolmo, que entró en vigor en España en el año 2004, a fin de estimular la vigilancia de las concentraciones de estos productos en las personas y en el medio ambiente, y aunque el libro citado permite conocer el grado de la contaminación de la población española en diversas comunidades, todavía las políticas públicas para frenar la contaminación con estos tóxicos persistentes son demasiado tibias, su ejecución está presionada por el poder de la industria contaminante y la población no está concienciada del efecto nocivo sobre la salud de dichos productos.

*Formas de entrada de los productos
que pueden ser nocivos para la salud*

Agua: Los contaminantes químicos hidrosolubles y los metales pesados pueden introducirse en los seres humanos y en los peces o moluscos a través del agua de ríos y mares. El agua que procede de la lluvia se ha evaporado de lugares potencialmente contaminados, por lo que contiene ya algunos insecticidas en su seno, y dado que en las altas montañas se almacena en lagos, y que las aguas frías se depositan en las capas más profundas, muchos de los contaminantes se pueden encontrar en estas capas³, y persistir muchos años en los acuíferos de aguas aparentemente sanas.

Aire: A través del aire se pueden transmitir los contaminantes volátiles, como los insecticidas de usos agrícolas o de desinsectación de locales, hoteles, escuelas, piscinas, servicios de transporte público o contenedores que recogen residuos y han de ser sometidos a frecuentes desinsectaciones. Pero también los hidrocarburos procedentes de la combustión de gaso-

³ Joan Grimalt, «Risk excess of soft-tissue and thyroid cancers in a community exposed to airborne organochlorinated compound mixtures with a high hexachlorobenzene content», *Int J Cancer*, 56, 1994, págs. 200-203.

lina a través del tubo de escape de los coches son un contaminante, ya que actúan como disruptor endocrino y contienen metales pesados como el plomo. Al uso extendido de las aplicaciones de insecticidas, se une la contaminación procedente de la emisión de gases, como óxido nitroso, el anhídrido carbónico y los sulfatos procedentes de la industria química o de las altas concentraciones de vehículos en las autopistas y autovías. Tanto en el caso del agua como en el del aire, podríamos hablar de una verdadera globalización de la contaminación.

Alimentos: Los alimentos pueden contener algunos de los productos tóxicos persistentes que se disuelven en medios grasos (liposolubles), como la carne, el pescado, la leche y derivados, de los medios en los que viven los animales que luego se utilizan para el consumo humano. También en casos de fraude contra la salud pública, se han descubierto contaminaciones por uso de piensos para cuya fabricación se han utilizado aceites industriales (recuérdese el caso de los pollos belgas) o antitiroideos, derivados estrogénicos, clenbuterol u otros para simular un peso más alto de los animales antes de llevarlos al matadero. La presencia de contaminantes en los alimentos es una preocupación constante de las autoridades sanitarias que realizan el trabajo de vigilancia epidemiológica de la salud pública en cumplimiento del Convenio de Estocolmo. Los resultados de la presencia de contaminantes del Convenio de Estocolmo en Cataluña fueron publicados durante el año 2006 en el *Butlletí Epidemiològic de Catalunya*⁴, y han demostrado que el pescado y el marisco son los alimentos que más contribuyen a su presencia⁵, lo que se confirma en 2008.

⁴ «Presència de contaminants del Conveni d'Estocolm en els aliments de Catalunya», *BEC. Butlletí Epidemiològic de Catalunya*, Parte I y Parte II, núms. 2 y 3, 2006.

⁵ «Contaminants químics en peix i marisc consumit a Catalunya», *BEC*, vol. XXIX, núm. 2, 2.º trimestre, 2008, págs. 13-16.

En estudios realizados en Estados Unidos por la agencia que controla la salud ambiental (EPA), la ingesta de dioxinas y bisfenoles policlorados (PCB) procedía en un 37 por 100 de productos lácteos, y en un 26 por 100 del pescado, seguidos de las conservas de atún y del pollo.

Efectos negativos para la salud

Los efectos que tanto los productos persistentes como los insecticidas con cloro tienen sobre la salud son diversos. Pueden ser: teratógenos, genotóxicos, inductores de cambios en la salud reproductiva y en el desarrollo del feto, disruptores endocrinos, carcinogénicos, neurotóxicos, inductores de hipersensibilidad química múltiple, inductores de procesos autoinmunes y alteraciones de la inmunidad e inductores de fatiga crónica y de fibromialgia. Todos los efectos son negativos para la salud, pero los cuatro primeros afectan también a la salud del feto en el caso de embarazo, y los seis últimos afectan sobre todo a la salud de las personas expuestas.

Susan Kennedy concluye que, en la epidemiología de la valoración de las exposiciones a productos ambientales y posibles cancerígenos, se deberán explorar si existen diferencias de género, tanto por el tipo de trabajo realizado, como por las prácticas de trabajo y medidas protectoras, como por la necesidad de utilizar instrumentos de medida de las exposiciones sensibles a las diferencias de sexos, así como en la valoración de diferencias sobre la salud de las y los trabajadores, que puede ser diferente. Las sustancias químicas liposolubles son más fáciles de acumular en las personas con más tejido graso (precisamente el sexo femenino presenta casi un 15 por 100 más de materia grasa que el masculino), lo que hace que las mujeres sean posibles *bioacumuladores químicos* de los productos que están en el medio ambiente y en los lugares de trabajo.

El problema de la aplicación de insecticidas en los lugares de trabajo sin seguir normas claras de prevención es muy serio, porque ha provocado consecuencias muy graves para la salud de trabajadoras y trabajadores⁶. En primer lugar, muchos años de sufrimiento hasta conseguir el diagnóstico y la demostración de que los problemas de salud que padecían estaban provocados por la exposición a insecticidas. En segundo lugar, porque las personas que continuaron trabajando, aunque expuestas a bajas dosis, tuvieron afecciones más graves y crónicas del sistema nervioso central, de la fatiga crónica y han acabado un 70 por 100 en casos afectados de fibromialgia. Precisamente los trabajos de Pall⁷ (2004) y Bell⁸ (1998 y 2003) señalan la posibilidad de que un 70 por 100 de casos de fibromialgia sea debido a la exposición a sustancias químicas en los lugares de trabajo (insecticidas, solventes y otros) que se asocian con frecuencia a la hipersensibilidad química múltiple. La hipótesis fisiopatológica es la agresión repetida de la zona hipotálamo-hipofisaria por microtraumatismos físicos o químicos, que acaban produciendo disrupción endocrina, y alteraciones de la inmunidad.

Además, el incremento de la exposición que se produce en la sociedad industrial y el hecho de que las personas afectadas reproducían los síntomas en muy diversos lugares públicos, plantea un reto a la salud pública. ¿Están estas exposiciones en el origen del incremento de tumores y de enfermedades autoinmunes en la población laboral, sobre todo

⁶ Carme Valls-Llobet, «Efecto de sustancias químicas en la salud», *Quadern CAPS*, 2008, www.caps.cat.

⁷ M. L. Pall y J. H. Anderson, «The vanilloid receptor as a putative target of diverse chemicals in multiple chemical sensitivity», *Arch Environ Health*, 59 (7), 2004, págs. 363-375.

⁸ Iris R. Bell, C. M. Baldwin y G. E. Schwartz, «Illness from low levels of environmental chemicals: relevance to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia», *Am-J-Med*, 105 (3A), 1998, págs. 74S-82S.

entre mujeres? ¿Están relacionadas con el incremento del dolor muscular generalizado, de la fibromialgia y de los casos de fatiga crónica? La respuesta a estas preguntas requerirá ulteriores investigaciones, pero dado que la primera causa de invalidez profesional son los problemas musculoesqueléticos, ni sindicatos ni gobiernos pueden dejar de estimular la investigación para responderlas.

LAS DESIGUALDADES EN SALUD

El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud por parte de los colectivos menos favorecidos⁹. Las desigualdades en salud son enormes, causando un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, estas desigualdades están aumentando en todos los ámbitos donde se ha estudiado porque la salud mejora en las clases sociales más aventajadas. También es necesario señalar que las desigualdades pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales¹⁰.

⁹ F. Miguélez, T. García, O. Rebollo, C. Sánchez y A. Romero, *Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània*, Barcelona, Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona, 1996; y M. Whitehead, «The concepts and principles of equity and health», *Int J Health Serv*, 22, 1992, págs. 429-445.

¹⁰ J. Benach, «La desigualdad perjudica seriamente la salud», *Gaceta Sanitaria*, 11, 1997, págs. 255-257; y J. Benach, A. Daponte, C. Borrell, L. Artazcoz y F. Fernández, «Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España», ponencia presentada en el seminario *El Estado de Bienestar en España*, organizado por el Programa de Polítiques Públiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra y patrocinado por la Diputació de Barcelona y la Universidad Menéndez y Pelayo, 18-19 de diciembre de 2003.

En el Estado español ha aumentado el conocimiento de las desigualdades socioeconómicas en la salud debido a la existencia de algunos grupos que han investigado sobre ello en revistas especializadas¹¹ y publicado algunos libros e informes al respecto¹². Se ha publicado también un libro que analiza la evolución de las desigualdades en salud en Cataluña¹³, actualizando el trabajo que se publicó ya en 1994¹⁴. En él se pone en evidencia la existencia de desigualdades sociales en salud tanto en 1994 como en 2002, y aunque la mayoría de indicadores de salud han mejorado en los últimos años, las desigualdades se mantienen o incluso aumentan. Las personas que viven en áreas geográficas con mayor privación material, la población de clases desfavorecidas, las mujeres y los inmigrantes de países de renta baja son los colectivos más perjudicados¹⁵.

¹¹ J. Benach, «Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994)», *Gaceta Sanitaria*, 49, 1995, págs. 251-264; C. Borrell y M. I. Pasarín, «The study of social inequalities in health in Spain: Where are we?», *J Epidemi Community Health*, 53, 1999, páginas 388-389, y «Desigualdad en salud y territorio urbano», *Gaceta Sanitaria*, 18, 2004, págs. 1-4.

¹² E. Regidor, J. L. Gutiérrez-Fisac y C. Rodríguez, *Diferencias y desigualdades en salud en España*, Madrid, Díaz de Santos, 1994; V. Navarro, J. Benach y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España, *Las desigualdades sociales en salud en España*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, 2006; y C. Borrell, M. M. García-Calvente y J. V. Martí-Boscá (eds.), «La salud pública desde la perspectiva de género y clase social», Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 2004, págs. 96-101.

¹³ C. Borrell y J. Benach (eds.), *L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelona, CAPS-Bofill/Mediterrània, 2005.

¹⁴ C. Borrell y J. Benach (eds.), *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelona, CAPS-Bofill/Mediterrània, 2003.

¹⁵ Carme Borrell, Joan Benach y grupo de trabajo CAPS-Bofill (Lucía Artazcoz, Laura Bouso, Maria Buxó, Immaculada Cortés, Esteve Fernández, Montse García, Fernando G. Benavides, Patricia García de

Los primeros grupos que han estudiado las desigualdades en salud han determinado los parámetros de clase social, territorio y género como los ejes fundamentales que producen dichas desigualdades. A ellas hemos de añadir el medio ambiente, y la etnicidad, con el factor de inmigración, como las dimensiones que forman la base de las desigualdades sociales en salud.

La emigración constituye un factor de riesgo para la salud mental y física, no tanto por el tipo de población emigrante, que no siempre es la más pobre ni la que menos educación ha tenido, sino por el tipo de trabajo que debe realizar en los países de destino, con precariedad y con la angustia del mandato de regreso si no mantiene un puesto de trabajo. Las largas jornadas laborales pueden suponer riesgos para la salud física y mental, y las mujeres son más a menudo víctimas de violencia, abuso y violación. Como dicen Alicia Llácer y colaboradores:

un fenómeno particular asociado con la inmigración es el tráfico de mujeres cuya intención primaria es la inmigración económica. Afecta mayoritariamente a mujeres jóvenes y se asocia con altos niveles de violencia sexual, psicológica y física. Se estima que dos millones de personas, principalmente mujeres y niñas, son objeto de tráfico y explotación anualmente (aproximadamente el 2,3 por 100 de todas las mujeres emigrantes)¹⁶.

Olalla, Josep M. Jansà, José Miguel Martínez, Manel Nebot, Juana Isabela Ordóñez, M. Isabel Pasarin, Gloria Pérez, Luis Rajmil, Núria Ribas-Fitó, Maica Rodríguez-Sanz, Isabella Rohlf, Anna Schiaffino, Jordi Sunyer, Carme Valls-Llobet, Yutaka Yasui), «La evolución de las desigualdades en salud en Catalunya», *Gaceta Sanitaria*, 2005.

¹⁶ Alicia Llácer, Victoria Zunzunegui, María Julia del Amo, Lucía Mazarrasa y Francisco Bolumar, «The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. J Epidemiol», *Community Health*, 61, 2007, págs. 4-10.

Siendo la violencia un fuerte factor de riesgo para la salud física y mental, es más frecuente entre la población emigrada que sufre discriminación, así como entre mujeres emigrantes que trabajan en la industria del sexo o como trabajadoras domésticas. Además, en Canadá se ha descrito un incremento de la violencia entre las parejas desde que llegan al país de destino, probablemente porque se producen cambios en la relación de las mujeres con sus derechos, ya que en sus países de origen la violencia íntima se consideraba como algo natural, y ahora la pareja se encuentra ante una nueva situación cultural menos permisiva¹⁷. En la excelente revisión de la salud de las mujeres inmigrantes en España, realizada por Lucía Mazarrasa y colaboradoras¹⁸, destaca que en diversos estudios el dolor de cabeza tensional y la patología neuromuscular, así como la ansiedad y la depresión, afectan más a las mujeres emigrantes que a los hombres. Las mujeres inmigrantes, además, han relatado mayor violencia por parte de sus parejas a lo largo de su vida que las mujeres españolas, y han presentado ya más del 30 por 100 de denuncias registradas en España por malos tratos.

NUEVOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA

La probabilidad de que una mujer española desarrolle un cáncer de mama antes de cumplir 75 años se aproxima a un 5 por 100, lo que significa que una de cada 20 mujeres lo desarrollará antes de esa edad. En Estados Unidos y en los

¹⁷ I. Hyman, T. Fort y M. J. Du *et al.*, «The association between length of stay in Canada and intimate partner violence among immigrant women», *Am J Public Health*, 96, 2006, págs. 654-659.

¹⁸ Lucía Mazarrasa, María Luisa Martínez, Alicia Llácer y Susana Castillo, «Globalización, Género e Inmigración: la salud de las mujeres inmigrantes en España», en *Globalización y salud*, Madrid, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2005, págs. 353-376.

países nórdicos, una de cada 11 mujeres desarrollará cáncer de mama antes de los 75 años.

Un primer factor de riesgo es vivir en un país desarrollado, con especial frecuencia en Estados Unidos. Aunque la incidencia ha aumentado desde 1945, la mortalidad se ha mantenido estable con 32 casos por cada 100.000 personas-año. La mortalidad ha disminuido de forma notable desde el año 1990 en Reino Unido, y ha aumentado de 10 a 24 casos por cada 100.000 habitantes en Hungría, Rusia, Polonia, Hong-Kong y Japón. Aunque la mortalidad ha disminuido en algunos países como Escocia, la incidencia ha estado aumentando continuamente desde 1975, y este incremento no se debe a un sobrediagnóstico de lesiones *in situ* detectadas en los programas de cribado, sino a un claro incremento de la incidencia del cáncer de mama invasivo. El único ejemplo de disminución de la incidencia ha sido constatada en el año 2002-2003 en Estados Unidos, coincidiendo con la disminución de 40 millones de prescripciones de terapia hormonal sustitutiva en el año anterior¹⁹.

Prevención primaria

A pesar de que existe gran número de investigaciones, se han hecho pocos progresos en identificar riesgos determinantes para el cáncer de mama que pudieran ser modificados y de alguna forma pudieran reducir el riesgo de incidencia de este tipo de cáncer. Sabemos que el cáncer de mama es dependiente de los estrógenos, tanto endógenos como exógenos, y de sustancias químicas que imitan las propiedades de los estrógenos (xenoestrógenos) o que actúan como dis-

¹⁹ P. M. Ravdin *et al.*, «The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States», *N Engl J Med*, 356 (16), 19 de abril de 2007, págs. 1670-1674.

ruptores endocrinos, alterando la armonía del ciclo menstrual²⁰, disminuyendo la producción de progesterona endógena y provocando un hiperestrogenismo absoluto o relativo. Todo lo que incrementa su efecto sobre las células mamarias puede contribuir a aumentar su incidencia. Por ello, uno de los retos más grandes de la medicina primaria, de la salud pública y de la oncología es identificar estrategias e intervenciones eficaces para prevenir el cáncer de mama y desarrollar estrategias de prevención primaria. Hasta que no existan métodos de detección para los primeros cambios malignos de las células mamarias, la estrategia sólo puede ser identificar los factores de riesgo e intentar evitarlos, individual o socialmente.

*Riesgos para el cáncer de mama*²¹

El cáncer de mama depende en gran medida de la acción de hormonas sobre la mama, en concreto de los estrógenos o de sustancias químicas que imitan su funcionamiento o estimulan los mismos receptores. Muchos de los factores de riesgo bien establecidos —menarquia temprana, menopausia tardía, nuliparidad, edad tardía del primer parto y obesidad en mujeres posmenopáusicas— suponen una mayor exposición de la glándula mamaria a los estrógenos circulantes. Ya en el informe del año 2003 sobre la situación del cáncer en España, realizado por el Instituto Carlos III, se señalaba que otras exposiciones de riesgo investigadas en la literatura incluyen el sedentarismo, la exposición precoz a altas dosis de radiaciones ionizantes, el consumo de alcohol,

²⁰ C. Valls-Llobet y S. Webb, «Trastornos del ciclo menstrual: influencia del stress, nutrición e insuficiencia luteínica en su etiopatogenia», en *Mujer y calidad de vida*, Barcelona, CAPS, 1991.

²¹ Carme Valls-Llobet, *Nuevos factores de riesgo para el cáncer de mama*, UAB, 2009.

los anticonceptivos orales, el alto consumo de grasa, el menor consumo de folatos, la exposición a plaguicidas organoclorados, el tabaco y los campos electromagnéticos de muy baja frecuencia. La distribución de estos factores en relación al nivel socioeconómico podría explicar la mayor incidencia observada en las mujeres de clase social más elevada. Determinadas profesiones muestran también una incidencia mayor, aunque es difícil deslindar la influencia de factores específicamente ocupacionales. Finalmente, los antecedentes familiares suponen un considerable aumento del riesgo. Las mujeres con alteraciones en alguno de los dos principales genes de susceptibilidad, BRCA1 y BRCA2, tienen una probabilidad de entre el 60 y el 80 por 100 de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida. Sin embargo, estos dos genes sólo explican una pequeña proporción de los casos familiares. Desde el punto de vista de la prevención secundaria, los autores señalan que es importante continuar los programas de diagnóstico precoz, evitando los retrasos diagnósticos y asegurando a las pacientes la mejor estrategia terapéutica. Por otra parte, la investigación etiológica debe continuar, ya que los factores establecidos explicarían menos del 50 por 100 de los casos observados²².

Existen unos factores de riesgo que podríamos denominar clásicos, porque hace casi veinte años que se han relacionado como factores que predisponen a la aparición de cáncer de mama: edad mayor de 60 años, mujeres naturales del norte de Europa y América, clase socioeconómica alta, solteras, vivienda en zona urbana, raza blanca, primeros embarazos después de los 30 años, obesidad, menarquia precoz, menopausia tardía, historia familiar de cáncer de mama, historia de mama

²² G. López-Abente, M. Pollán, N. Aragonés y B. Pérez-Gómez, *Informe sobre la salud de los españoles. Cáncer*, Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, diciembre de 2003.

fibroquística y radiación de las mamas²³. Pero se han identificado nuevos factores de riesgo que pueden estar relacionados con el incremento de incidencia: falta de ejercicio físico y baja ingesta de vitamina E y betacaroteno (ingesta > 20 grs)²⁴.

Cuanto más prolongada sea la exposición a estrógenos durante la vida, más elevado es el riesgo de cáncer. En estudios retrospectivos de mujeres con cáncer de las que se conocen la presencia de receptores de estrógenos (ER) y de progesterona (PR), se ha visto que la ingesta de alcohol incrementa el riesgo de tener los dos receptores positivos.

Hormonas endógenas y exógenas

Desde el año 1993 se estableció claramente la asociación del cáncer de mama con los niveles de hormonas plasmáticas. Cuanto más elevados son los niveles de estrógenos y andrógenos en plasma y más bajos sean los niveles de la globulina transportadora de las hormonas sexuales, que aumenta las fracciones libres de las hormonas, más se incrementa el riesgo de cáncer de mama en las mujeres antes y después de la menopausia. Se debe al efecto mitogénico de los estrógenos en las células con receptores estrogénicos positivos, que hacen pasar de la normalidad hasta convertir en malignas a las células epiteliales de la mama.

El efecto de las hormonas sobre las células mamarias tiene modulaciones según las etnias²⁵, ya que la más alta pro-

²³ E. Marshall, «Search for killer: focus shifts from fat to hormones», *Science*, 259, 1993, págs. 618-621.

²⁴ M. Mezzeti *et al.*, «Attributable risk for breast cancer: diet nutrition and physical exercise», *J Nat Cancer Inst*, 90 (4), 1998.

²⁵ V. W. Setiawan, K. R. Monroe, L. R. Wilkens, L. N. Kolonel, M. C. Pike y B. E. Henderson, «Breast cancer risk factors defined by estrogen and progesterone receptor status: The multiethnic cohort study», *Am J Epidemiol*, 24, marzo de 2009.

porción de tumores con ER-/PR- se observó en afroamericanas (31 por 100), seguido por latinas (25 por 100), blancas (18 por 100), japonesas (14 por 100) y nativas de Hawái (14 por 100). Las asociaciones diferían entre ER+ o ER- según la obesidad, edad de la menarquia, edad al tener el primer hijo y sobre todo el uso de hormonas en la posmenopausia.

Los niveles altos de testosterona circulante aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama en mujeres después de la menopausia. Los cánceres que se desarrollan son principalmente con receptores estrogénicos positivos, pero también pueden estimular los ER-. El efecto de los estrogénos es más fuerte hacia los cánceres ER+²⁶.

Los anticonceptivos hormonales son un factor de riesgo para el cáncer de mama

El consumo de anticonceptivos hormonales se ha asociado con la presencia de cáncer de mama con los tres receptores hormonales negativos (estrogénicos, progestogénicos y factor de crecimiento de la epidermis humana) entre mujeres menores de 45 años²⁷. Este estudio es importante porque es un hecho probado que en la sociedad «desarrollada» el cáncer de mama se presenta a edades cada vez más tempranas, como si no hubiera información de las causas, como si de un castigo divino se tratara. El riesgo relativo de presentar cáncer de mama con los tres receptores negativos entre las usua-

²⁶ S. Sieri *et al.*, «Sex hormone levels, breast cancer risk, and cancer receptor status in postmenopausal women: the ORDET cohort», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 18 (1), febrero de 2009, págs. 169-176.

²⁷ J. M. Dolle, J. R. Daling, E. White, L. A. Brinton, D. R. Doody, P. L. Porter y K. E. Malone, «Risk factors for triple-negative breast cancer in women under the age of 45 years», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 31, marzo de 2009.

rias de anticonceptivos hormonales, durante un año, fue de 2,5 entre mujeres por debajo de 45 años y de 4,2 entre mujeres por debajo de los 40 años. No se encontró relación con la edad de la menarquia ni estilos de vida. Sin embargo, la relación de los anticonceptivos hormonales con el cáncer de mama, que ha estado en controversia en los últimos diez años, con datos que no encontraban un incremento significativo del riesgo²⁸ pese a las noticias alarmantes iniciales²⁹ y actuales³⁰, se ha establecido de forma clara. Sí que se ha establecido correlación entre anticonceptivos hormonales e incremento de riesgo de cáncer de mama entre mujeres con historia familiar³¹.

La OMS ha clasificado la terapia hormonal sustitutiva y los anticonceptivos orales como carcinógenos del grupo I. Las mujeres que estén expuestas a carcinógenos antes del primer embarazo a término pueden tener un riesgo más alto de desarrollar cáncer de mama porque el tejido glandular de la mama todavía no ha conseguido la plena diferenciación asociada al embarazo, que inhibe la iniciación cancerígena.

Un metaanálisis de la clínica Mayo investigó estudios caso-control dirigidos a estudiar la relación entre anticonceptivos orales y el cáncer de mama antes de la menopausia.

²⁸ P. A. Marchbanks *et al.*, «Oral contraceptives and the risk of breast cancer», *N Engl J Med*, 346 (26), 27 de junio de 2002, páginas 2025-2032.

²⁹ L. Clivers, «Anticonceptivos orales y cáncer», *Lancet* (vers. esp.), 26 (4), 1995, pág. 10.

³⁰ M. D. Althuis, «Oral contraceptives and the risk of breast cancer», *N Engl J Med*, 347 (18), 2002, pág. 1448; E. C. Grant, «Oral contraceptives and the risk of breast cancer», *N Engl J Med*, 347 (18), 2002, págs. 1448-1449; y R. Marques de Souza, «Oral contraceptives and hereditary ovarian cancer», *N Engl J Med*, 340 (1), 1999, pág. 59.

³¹ D. M. Grabruck *et al.*, «Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer», *JAMA*, 284, 2000, págs. 1791-1798.

Los autores concluyeron que el uso de anticonceptivos hormonales en conjunto, con diversas dosis de anticonceptivos, está asociado a un incremento del cáncer de mama, en especial con el uso de anticonceptivos más de 4 años antes de tener el primer embarazo a término³².

La dosis hormonal de los diferentes tipos de anticonceptivos no siempre es conocida, pero ya se sabe por otros estudios que los anticonceptivos orales de baja dosis de estrógenos incrementan el riesgo de cáncer de mama, porque se unen a los progestágenos de tipo gonanos (desogestrel, norgestrel, levonorgestrel, etc.) que son mucho más potentes que los predecesores, y han sido usados desde el final de los años 70. Los progestágenos de síntesis aumentan el riesgo de cáncer de mama.

Para entender el papel de los progestágenos de síntesis en los riesgos de cáncer de mama, que no tiene la progesterona natural micronizada, hay que entender el denominado *papel dialéctico de la progesterona*³³. La progesterona se metaboliza en varios metabolitos que ejercen diversos efectos, predominantemente en 5 alfa-pregnanos y 4-pregnanos. En la mama existen enzimas que metabolizan la progesterona como la 5 alfa reductasa, la 3 alfa, la 3 beta y la 20 alfa. La génesis del cáncer de mama está potenciada por una actividad alta de la 5 alfa reductasa y una supresión de la 3 y 20 alfa. Esta actividad depende de un polimorfismo genético. El receptor de progesterona PR es transcrito desde un gen por dos vías alternativas, una que se traslada a PR-B, un potente activador transcripcional, y PR-A, el isoformo más corto que tiene una actividad opuesta al anterior. La expresión

³² C. Kahlenborn, F. Modugno, D. M. Potter y W. B. Severs, «Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis», *Mayo Clin Proc*, 81 (10), octubre de 2006, págs. 1287-1289.

³³ J. C. Huber y J. Ott, «The dialectic role of progesterone», *Maturitas*, 62 (4), 2009, págs. 326-329.

de los receptores de la progesterona está estimulada o disminuida por varios mecanismos epigenéticos. Por ello los autores creen que debería ser obligatorio para los especialistas en ginecología una puesta al día en los conocimientos endocrinológicos. En las mamas normales, los dos receptores se expresan con una misma proporción³⁴, pero en las mamas con tendencia al cáncer predomina el PR-B y modifica la expresión genética. Este predominio está potenciado por los progestágenos de síntesis y por los 19 derivados de la testosterona, coadyuvantes de los anticonceptivos hormonales, con dosis más altas en los de segunda y tercera generación.

*Efecto bioquímico, mutaciones genéticas
y mecanismo biológico molecular*

El riesgo de los anticonceptivos orales con baja dosis de estrógenos depende de la asociación con los progestágenos de síntesis, cuyos efectos negativos dependen del estado previo de las células mamarias y tienen por lo tanto una variabilidad individual; además no todos los progestágenos de síntesis actúan de la misma forma en la célula mamaria normal y en la patológica. El estudio de Seeger y colaboradores compara los efectos de la noretisterona (NAT), acetato de medroxiprogesterona (MPA) y la progesterona natural sobre las células mamarias con cáncer o no. El MPA puede aumentar el riesgo de cáncer de mama en mujeres que utilicen el tratamiento durante largo tiempo, porque aumenta la tasa de mitosis de las células epiteliales normales. En combina-

³⁴ P. A. Mote, J. D. Graham y C. L. Clarke, «Progesterone receptor isoforms in normal and malignant breast», *Ernst Schering Found Symp Proc*, 1, 2007, págs. 77-107.

ción con estradiol y factores de crecimiento, se demuestra que los progestágenos solos pueden inducir la proliferación de células mamarias humanas benignas o malignas, independientemente de otros factores, y que sólo la progesterona natural tiene un efecto indiferente³⁵.

La probabilidad de ser portadora de una mutación de BRCA1 y BRCA2 fue tres veces más elevada entre casos que iniciaron el uso de anticonceptivos hormonales antes de los 20 años, comparándolos con casos que empezaron después o que nunca usaron anticonceptivos. No se observó asociación con la historia familiar de cáncer de mama. Los riesgos fueron similares con los anticonceptivos de baja y alta dosis. Cada año de anticonceptivo antes de los 20 años confiere un incremento de riesgo significativo para el cáncer de mama precoz, mientras que no se ha encontrado riesgo asociado con el uso después de los 20 años³⁶.

El descubrimiento de que la sobreexpresión de la enzima lipogénica Fatty acid synthase (FAS) es una característica de los tumores relacionados con hormonas sexuales esteroideas y del carcinoma de mama, de su peor pronóstico, y de que este efecto está relacionado con los progestágenos de síntesis de los anticonceptivos hormonales, ha sido bien estudiado por Menéndez *et al.*, en el Breast Cancer Translational Research Laboratory, de Evanston (Estados Unidos). Este estudio proporciona una evidencia directa de que un gran número de progestágenos de síntesis utilizados en los anticonceptivos orales activan la FAS asociada con el

³⁵ H. Seeger, V. Rakov y A. O. Mueck, «Dose-dependent changes of the ratio of apoptosis to proliferation by norethisterone and medroxyprogesterone acetate in human breast epithelial cells», *Horm Metab Res*, 37 (8), agosto de 2005, págs. 468-473.

³⁶ H. Jernstrom, N. Loman, O. T. Johannsson, A. Borg y H. Olsson, «Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing», *Eur J Cancer*, 41 (15), octubre de 2005, págs. 2312-2320.

cáncer de mama y su expresión en las células de cáncer de mama dependiente de hormonas, y que el mecanismo es la estimulación de los receptores estrogénicos por el efecto proliferativo de los progestágenos, sin efecto sobre los receptores de progesterona.

Estos hallazgos contribuyen a explicar las evidencias conflictivas entre los anticonceptivos hormonales y el riesgo de cáncer de mama a través de la activación estrogénica de la FAS asociada a tumor, un marcador tumoral asociado con un mal pronóstico del cáncer de mama³⁷. Esta relación causal ha sido negada sistemáticamente por parte de la industria y por algunas sociedades médicas de especialistas, quizás porque pesaba más el interés de dar anticonceptivos hormonales para la planificación del embarazo hace unos treinta años y nadie pensó que a largo plazo pudieran tener efectos secundarios, y porque existe una formación sesgada en endocrinología de los especialistas que más administran hormonas, lo que ha ocurrido también con la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia.

LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA COMO RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

La terapia hormonal sustitutiva (THS), por otra parte, se ha mostrado como factor de riesgo de cáncer de mama³⁸ como ya preveían los estudios correlacionados con los nive-

³⁷ J. A. Menendez, B. P. Oza, R. Colomer y R. Lupu, «The estrogenic activity of synthetic progestins used in oral contraceptives enhances fatty acid synthase-dependent breast cancer cell proliferation and survival», *Int J Oncol*, 26 (6), junio de 2005, págs. 1507-1515.

³⁸ «U.S. Preventive Services Task Force. Postmenopausal Hormone Replacement Therapy for Primary Prevention of Chronic Conditions: Recommendations and Rationale», *Ann Intern Med*, 137, 2002, páginas 834-839.

les de estrógenos en mujeres posmenopáusicas³⁹. El riesgo de cáncer de mama diagnosticado aumenta en mujeres que usan THS, y se incrementa con la duración de su uso. Este efecto se reduce después del cese del uso, y casi desaparece después de cinco años. El *Million Women Study* ha demostrado que diez años de uso de THS produce 5 cánceres más por cada mil usuarias de estrógenos y progestágenos.

Estudios realizados en Cánada con metaanálisis de la literatura demuestran que el riesgo de cáncer es mayor entre las mujeres que utilizan estrógenos más progestágenos que entre las que usan sólo estrógenos⁴⁰, aunque entre éstas es mayor el riesgo de cáncer de endometrio. De hecho, una excelente revisión⁴¹ ya demuestra que la progesterona natural no tiene ningún efecto en la malignización de las células mamarias. Son los progestágenos sintéticos (como el acetato de medroxiprogesterona y los derivados de la 19-nortestosterona) los que tienen efectos metabólicos y hepatocelulares y pueden acabar transformándose en estrógenos y potenciando el efecto sobre la célula mamaria. En Reino Unido se estima que en los últimos diez años la THS ha producido unos 20.000 cánceres de mama extras en la población.

³⁹ S. E. Hankinson *et al.*, «Plasma sex steroid hormone levels and risk of breast cancer in postmenopausal women», *J Nat Cancer Inst*, 90 (17), 1998, págs. 1292-1299; K. McPherson, «Breast cancer and hormonal supplements in postmenopausal women», *BMJ*, 311, 1995, págs. 699-700; y C. Scharier *et al.*, «Tratamiento de sustitución con estrógenos y con estrógenos-progestágenos durante la menopausia y riesgo de cáncer de mama», *Acta Obstet Gynecol*, 13 (3), 2000, págs. 277-286.

⁴⁰ J. A. Collins, J. M. Blake y P. G. Crosignani, «Breast cancer risk with postmenopausal hormonal treatment», *Hum Reprod Update*, 11 (6), noviembre-diciembre de 2005, págs. 545-560.

⁴¹ C. Campagnoli, F. Clavel-Chapelon, R. Kaaks, C. Peris y F. Berriño, «Progestins and progesterone in hormone replacement therapy and the risk of breast cancer», *J Steroid Biochem Mol Biol*, 96 (2), julio de 2005, págs. 95-108.

Un reciente estudio realizado en Finlandia⁴² señala el incremento de riesgo de cáncer de mama entre la población usuaria de terapia secuencial después de más de tres años (1,78 [1,64-1,90]), ligeramente más baja que la exposición a terapia continua (2,44 [2,17-2,72]). El uso oral o transdérmico (parches) de estradiol más progestágenos se asoció con un riesgo comparable de incremento de cáncer de mama. El uso de acetato de noretisterona después de cinco años se acompañó de un riesgo más elevado de presentar cáncer de mama (2,03 [1,88-2,18]) que el uso de acetato de medroxiprogesterona (1,64 [1,49-1,79]). El riesgo de cáncer lobular se incrementó antes que el de cáncer ductal y se detectó con el uso de estradiol más progestágenos durante menos de tres años (1,35 [1,18-1,53]). Los autores concluyen que el riesgo de cáncer de mama no es uniforme para todos los progestágenos.

También encuentran un riesgo tres veces más elevado de presentar cáncer de mama entre las mujeres que usan estrógenos conjugados más progestágenos durante más de cuatro años, frente a las que no los usan, en un estudio basado en datos de Estados Unidos⁴³. El estudio con una OR de 3,10 (2,38-4,04), de incremento de cáncer de mama entre la mujeres que tomaban THS, demuestra que si la incidencia de cáncer entre mujeres de 50 a 64 años es de unas 3 de cada 1.000 en Estados Unidos, aumenta aproximadamente a 9 por 1.000 mujeres de la misma edad.

Los subtipos de cáncer de mama también están influidos por la terapia hormonal. Los tumores ductales y los tumores lobulares con ER+ y PR+ son más dependientes de la

⁴² H. Lyytinen, E. Pukkala y O. Ylikorkala, «Breast cancer risk in postmenopausal women using estradiol-progestogen therapy», *Obstet Gynecol*, 113 (1), febrero de 2009, págs. 65-73.

⁴³ S. S. Jick, K. W. Hagberg, J. A. Kaye y H. Jick, «Postmenopausal estrogen-containing hormone therapy and the risk of breast cancer», *Obstet Gynecol*, 113 (1), febrero de 2009, págs. 74-80.

THS⁴⁴, que no influye tanto en los tumores con receptores hormonales negativos, aunque como ya hemos visto antes, éstos se han relacionado en mujeres menores de 45 años con la administración de anticonceptivos hormonales.

Factores genéticos

Las mutaciones de líneas germinales en genes como el BRCA1 y BRCA2 explican menos del 5 por 100 de todos los casos del cáncer de mama⁴⁵. Aunque hasta un 15 por 100 se pueden explicar por susceptibilidad genética, por mutaciones altamente penetrantes o gran número de mutaciones de baja penetrancia⁴⁶. Por ejemplo, el polimorfismo del gen de la enzima Convertidor de Angiotensina, que interviene en factores de crecimiento de las células mamarias normales, también lo hace con las malignas⁴⁷.

Aunque las mujeres que tienen parientes de primer grado con cáncer de mama tienen un riesgo aumentado, un análisis más completo ha demostrado que la mayoría no desarrollará nunca un cáncer y las que lo hagan será por encima de los 50 años. Ocho de cada nueve mujeres que desarrollan cáncer de mama no tienen una madre, hermana o hija afectada.

⁴⁴ T. E. Slinger *et al.*, «Menopausal Hormone Therapy and Risk of Clinical Breast Cancer Subtypes», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 31 de marzo de 2009.

⁴⁵ K. Mitrinen y A. Hirvonen, «Molecular epidemiology of sporadic breast cancer. The role of polymorphic genes involved in oestrogen biosynthesis and metabolism», *Mutat Res*, 544 (1), septiembre de 2003, págs. 9-41.

⁴⁶ K. L. Nathanson, R. Wooster y B. L. Weber, «Breast cancer genetics: What we know and what we need», *Nat Med*, 7 (5), mayo de 2001, páginas 552-556. Erratum in: *Nat Med*, 7 (6), junio de 2001, pág. 749.

⁴⁷ A. M. González-Zuloeta Ladd *et al.*, «Differential roles of Angiotensinogen and Angiotensin Receptor type 1 polymorphisms in breast cancer risk», *Breast Cancer Res Treat*, 101 (3), marzo de 2007, págs. 299-304.

tada. El incremento de incidencia es de un 5,5 por 100 para mujeres con una pariente de primer grado afectada y de 13,3 por 100 para las que tienen dos.

No se ha encontrado que el polimorfismo de los genes implicados en la metabolización de los estrógenos desempeñe un papel en el riesgo de cáncer de mama. Se está estudiando el papel de factores de crecimiento como el IGF-1, que es un potente mitógeno y regula la proliferación celular, y por ahora no se ha encontrado que aumente en estilos de vida diferentes, sólo asociado con el consumo de leche⁴⁸.

Factores antropométricos, peso y talla

La talla alta durante la infancia se ha asociado a incremento de cáncer de mama debido a la mayor existencia de factores de crecimiento en las primeras etapas de la vida.

La obesidad en la vida adulta ya ha sido considerada un factor de riesgo clásico para el cáncer de mama, pero estudios recientes demuestran que ganar de 15 a 20 kg durante la vida adulta predispone al cáncer de mama después de la menopausia. En el estudio EPIC que analiza riesgos relativos de nueve países europeos⁴⁹, las mujeres que no tomaban terapia hormonal sustitutiva (THS) tenían un mayor riesgo de cáncer de mama, según el incremento de peso y tamaño de la cintura. Un índice de masa corporal mayor de 30 incrementaba el riesgo en un 31 por 100. En cambio, entre las muje-

⁴⁸ L. M. Morimoto, P. A. Newcomb, E. White, J. Bigler y J. D. Potter, «Variation in plasma insulin-like growth factor-1 and insulin-like growth factor binding protein-3: personal and lifestyle factors (United States)», *Cancer Causes Control*, 16 (8), octubre de 2005, págs. 917-927.

⁴⁹ P. H. Lahmann, K. Hoffmann, N. Allen *et al.*, «Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer And Nutrition (EPIC)», *Int J Cancer*, 111 (5), 20 de septiembre de 2004, págs. 762-771.

res que tomaban THS, el riesgo era mayor entre las delgadas. Las mujeres afroamericanas tienen un riesgo más elevado de cáncer de mama que las mujeres blancas⁵⁰, y presentan un 18 por 100 más alto el nivel de estradiol y otros componentes (estradiol libre, IGF-I) que hacen más susceptibles el crecimiento tumoral de las mamas⁵¹.

La obesidad abdominal y la pérdida de cintura incrementa el riesgo, por aumento también de la metabolización de estrógenos y de la transformación de cualquier otro derivado androgénico en estrógenos. Ésta es la causa de que la terapia hormonal con progestágenos (medroxiprogesterona o tibolona) incrementa el riesgo de cáncer de mama como ha demostrado el estudio WHI y otros, y no aumenta con progesterona natural o micronizada, aunque se administre junto con estrógenos⁵².

Densidad mamaria

La densidad mamográfica es un factor predictivo para la incidencia de cáncer de mama. La enfermedad benigna de mama, en especial la enfermedad fibroquística, la hiperpla-

⁵⁰ M. L. McCullough, H. S. Feigelson, W. R. Diver, A. V. Patel, M. J. Thun y E. E. Calle, «Risk factors for fatal breast cancer in African-American women and White women in a large US prospective cohort», *Am J Epidemiol*, 162 (8), 15 de octubre de 2005, págs. 734-742.

⁵¹ S. P. Pinheiro, M. D. Holmes, M. N. Pollak, R. L. Barbieri y S. E. Hankinson, «Racial differences in premenopausal endogenous hormones», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 14 (9), septiembre de 2005, págs. 2147-2153.

⁵² V. Beral, «Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study», *Lancet*, 362 (9382), 9 de agosto de 2003, págs. 419-427. Erratum in: *Lancet*, 362 (9390), 4 de octubre de 2003, pág. 1160; y A. Fournier, F. Clavel-Chapelon y C. Hill, «Menopause hormonal treatment and risk of breast cancer: comments on the results of the Million Women Study», *Bull Cancer*, 90 (10), 2003, págs. 924-926.

sia epitelial y la presencia de atipias, aumenta el riesgo de cáncer de dos a cuatro veces⁵³. El riesgo es más alto si las mamas presentan quistes palpables durante la juventud, y disminuye con la edad⁵⁴.

El índice de masa corporal a los 18 años de edad es inversamente proporcional a la incidencia de enfermedad fibroquística de la mama e incremento de densidad mamaria. Las mujeres que tuvieron más peso cuando eran jóvenes tienen una menor incidencia de enfermedad benigna de la mama⁵⁵. Algunas mujeres tienen mamas densas incluso después de la menopausia y se ha podido asociar la densidad mamaria⁵⁶ con polimorfismos genéticos relacionados con la biosíntesis y metabolismo de las hormonas esteroideas. Los resultados muestran que los tipos medios de receptores de progesterona (PROGINS) y una mutación del CYP 17 (citocromo P450c17) tomados juntos daban una probabilidad 4,87 veces más elevada de tener una mama densa. Los factores genéticos pueden condicionar un 59 por 100 de los niveles de densidad mamaria⁵⁷ en algunos grupos, aunque es-

⁵³ H. O. Adami, R. Bergström, E. Lund y O. Meirik, «Absence of association between reproductive variables and the risk of breast cancer in young women in Sweden and Norway», *Br J Cancer*, 62 (1), julio de 1990, págs. 122-126.

⁵⁴ J. M. Dixon, «Breast cancer», *BMJ*, 319 (7214), 2 de octubre de 1999, pág. 927.

⁵⁵ H. J. Baer, S. J. Schnitt, J. L. Connolly, C. Byrne, W. C. Willett, B. Rosner y G. A. Colditz, «Early life factors and incidence of proliferative benign breast disease», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 14 (12), diciembre de 2005, págs. 2889-2897.

⁵⁶ D. Chambo, C. Kemp, A. M. Costa, N. C. Souza e I. D. Guerreiro da Silva, «Polymorphism in CYP17, GSTM1 and the progesterone receptor genes and its relationship with mammographic density», *Braz J Med Biol Res*, 42 (4), abril de 2009, págs. 323-329.

⁵⁷ G. Ursin *et al.*, «The relative importance of genetics and environment on mammographic density», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 18 (1), febrero de 2009, págs. 102-112.

tudiando la situación entre gemelas monozigotas y heterozigotas, se ha visto que la masa corporal y factores ambientales pueden influir en la densidad mamaria hasta un 49 por 100.

Alcohol

El alcohol interfiere con los mecanismos bioquímicos de formación de estrógenos, en múltiples vías, influyendo en los niveles hormonales y el estado de los receptores. Estudios en ratas ya han demostrado que aumenta la génesis de tumores en mamas⁵⁸. En un análisis colaborativo de 53 estudios epidemiológicos, el riesgo relativo de cáncer de mama fue de 1,32 para mujeres con una ingesta de 35 a 44 grs de alcohol diario. El riesgo aumenta en un 9 por 100 por cada bebida alcohólica adicional que contenga de 10 a 12 grs de alcohol (una copa más) y un 45 por 100 cuando se toman de dos a cinco copas al día⁵⁹.

Los gramos de alcohol se calculan (grado alcohólico por ml por 0,79/100). De un 4 por 100 a un 10 por 100 de los cánceres de mama de los países desarrollados se pueden atribuir al alcohol. El vino, el licor o la cerveza influyen de la misma forma en el riesgo del cáncer de mama⁶⁰, y sólo depende de la graduación y cantidad de etilalcohol.

⁵⁸ R. G. Dumitrescu y P. G. Shields, «The etiology of alcohol-induced breast cancer», *Alcohol*, 35 (3), abril de 2005, págs. 213-225.

⁵⁹ N. Hamajima, K. Hirose, K. Tajima, T. Rohan, E. E. Calle *et al.*, «Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease», *Br J Cancer*, 87 (11), 18 de noviembre de 2002, págs. 1234-1245.

⁶⁰ Y. Li, D. Baer, G. D. Friedman, N. Udaltsova, V. Shim, A. L. Klatsky, «Wine, liquor, beer and risk of breast cancer in a large population», *Eur J Cancer*, 45 (5), 2009, págs. 843-850.

Tabaquismo

Hasta hace poco la relación entre el tabaquismo y el cáncer de mama tenía resultados poco consistentes. Pero en el año 2005 se publicó un estudio prospectivo, el Iowa Women's Health Study⁶¹, en el que se observó que la exposición al tabaco antes del primer embarazo incrementa el riesgo de cáncer de mama. El riesgo aumenta cuanto más jóvenes hayan empezado a fumar. Fumar más de 11 paquetes al año, empezar a fumar antes de los 20 años y fumar cinco o más años antes del primer embarazo produce un incremento del riesgo de 13 a 29 por 100 más que en las que nunca han fumado⁶². En un estudio realizado entre mujeres de 65 a 79 años en el estado de Washington, las mujeres que fumaban todavía o que habían fumado más de 11 paquetes al año tenían un riesgo del 30 al 40 por 100 más elevado de padecer cáncer que las que nunca habían fumado⁶³.

Trabajo nocturno

El trabajo nocturno o los turnos de noche rompen el ritmo de secreción de la melatonina. Una revisión sistemática de la literatura en *Medline* desde enero de 1960 hasta enero de 2005, ha podido constatar que en la tripulación de líneas aéreas y en las tra-

⁶¹ J. E. Olson *et al.*, «Pregnancy exposure to cigarette smoking and subsequent risk of postmenopausal breast cancer», *Mayo Clin Proc*, 80 (11), noviembre de 2005, págs. 1423-1428.

⁶² P. Reynolds *et al.*, «Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California Teachers Study», *J Natl Cancer Inst*, 96 (1), 7 de febrero de 2004, págs. 29-37.

⁶³ C. I. Li, K. E. Malone y J. R. Daling, «The relationship between various measures of cigarette smoking and risk of breast cancer among older women 65-79 years of age (United States)», *Cancer Causes Control*, 16 (8), octubre de 2005, págs. 975-985.

bajadoras con turnos de noche se incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama⁶⁴. En estos resultados se ha encontrado un incremento de riesgo del 48 por 100 entre las trabajadoras que están expuestas a la luz artificial durante las horas nocturnas.

Factores de la dieta

A pesar de las recomendaciones del pasado, algunos autores no han encontrado una clara relación entre la ingesta de grasas y el riesgo de cáncer de mama (Smith-Warner, 2001). Tampoco se ha encontrado relación entre la glicemia aumentada, la ingesta de fibra y de frutas y verduras y la disminución o el aumento de riesgo de cáncer de mama. Aunque existen informaciones contradictorias, ya que el incremento de grasas en la ingesta está relacionado con la obesidad en las mujeres y ésta sí es un factor de riesgo para el cáncer, por la multiplicación del efecto de los estrógenos en la célula grasa. Para otros autores como Cummings, el ejercicio regular, la pérdida de peso, dieta con bajo contenido en grasa y la ingesta moderada de alcohol se asocian con un riesgo disminuido de cáncer de mama⁶⁵.

Ocupaciones con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama

Los cánceres de mama relacionados con la ocupación sólo han podido ser estudiados en los países nórdicos, que tienen registros de morbilidad y mortalidad y de ocupación

⁶⁴ S. P. Megdal, C. H. Kroenke, F. Laden, E. Pukkala y E. S. Schernhammer, «Night work and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis», *Eur J Cancer*, 41 (13), septiembre de 2005, págs. 2023-2032.

⁶⁵ S. R. Cummings, J. S. Lee, L. Y. Lui, K. Stone, B. M. Ljung y J. A. Cauleys, «Sex hormones, risk factors, and risk of estrogen receptor-positive breast cancer in older women: a long-term prospective study», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 14 (5), mayo de 2005, págs. 1047-1051.

durante toda la vida profesional. La excelente tesis doctoral de la doctora Marina Pollán, y su consiguiente libro editado por el Instituto de Salud Carlos III⁶⁶, nos abre un abanico de profesiones que tienen una incidencia aumentada de cáncer de mama entre mujeres y hombres. Entre las profesiones con más riesgo están las de profesionales que trabajan con ondas electromagnéticas y una serie de profesionales como las de sanidad, farmacéuticas, peluqueras, artistas, literatas y trabajadoras sociales, que unen entre sus condiciones de trabajo el estrés físico y mental y la exposición a sustancias químicas y/o radiaciones. Existen evidencias de incremento de riesgo de cáncer de mama y exposición laboral a radiaciones electromagnéticas. Está ya claramente aceptado el incremento de riesgo de cáncer de mama entre las mujeres que han estado expuestas a radiaciones ionizantes, en particular alrededor del momento de la pubertad, incluso cuando la exposición ha sido en bajas dosis. Existen muchas sustancias químicas que imitan en los seres vivos el efecto de los estrógenos. Los componentes alquifenólicos y el bisfenol A también se han relacionado con el cáncer de mama.

Sabemos que el estrés físico y mental es un factor de riesgo para el déficit de fase luteínica y, por lo tanto, serán causa de exceso de estrógenos durante la vida reproductiva. Se acompañará de menstruaciones con cantidad abundante y ciclos menstruales cortos. Pero hasta ahora no hemos encontrado estudios que relacionen este patrón hormonal con la ocupación y con la incidencia de cáncer de mama. La información del cáncer relacionado con la profesión debería hacernos explorar nuevas vías de investigación y prevención.

⁶⁶ M. Pollán Santamaría, *Ocupación, exposición laboral a radiaciones electromagnéticas y cáncer de mama*, Madrid, Instituto de Salud Carlos III, 2001.

RIESGOS AMBIENTALES
PARA EL CÁNCER DE MAMA

Xenoestrógenos

La posibilidad de que la bioacumulación de los estrógenos ambientales (xenoestrógenos) pueda ser causa de cáncer de mama ya fue planteada por estudios epidemiológicos basados en exposiciones ocupacionales o ambientales⁶⁷. Los xenoestrógenos pueden ser la causa de la creciente y alta incidencia de cáncer de mama con receptores estrogénicos positivos⁶⁸.

En Cánada, un reciente estudio⁶⁹ relaciona la presencia de dioxinas ambientales y dimetilsulfato con la aparición de cáncer de mama, en relación con la distancia de las industrias que emiten las dioxinas. La susceptibilidad es mayor cuanto menor es la edad de las mujeres, y hay mayor susceptibilidad en menores de 30 años. La probabilidad de que un efecto adverso a partir de una exposición precoz, intermitente y simultánea a dioxinas y dimetilsulfato se manifieste como cáncer de mama después de un periodo de latencia como mínimo de 26 años, está en función de la edad de la primera ex-

⁶⁷ M. Unger, H. Kiaer, M. Blichert-Toft, J. Olsen y J. Clausen, «Organochlorine compounds in human breast fat from deceased with and without breast cancer and in a biopsy material from newly diagnosed patients undergoing breast surgery», *Environ Res*, 34, 1984, págs. 24-28.

⁶⁸ S. Dey, A. S. Soliman y S. D. Merajver, «Xenoestrogens may be the cause of high and increasing rates of hormone receptor positive breast cancer in the world», *Med Hypotheses*, 72 (6), junio de 2009, págs. 652-656.

⁶⁹ J. Argo, «Chronic diseases and early exposure to airborne mixtures: Part III. Potential origin of pre-menopausal breast cancers», *J Expo Sci Environ Epidemiol*, 1 de abril de 2009.

posición, el tipo de fuente de emisión y la distancia de la fuente emisora.

Una revisión de la literatura científica⁷⁰ muestra que varios factores ambientales están implicados en el aumento de riesgo de cáncer de mama, incluyendo hormonas y disruptores endocrinos, químicos orgánicos y subproductos de la combustión de los vehículos y de la industria, así como radiaciones ionizantes y no ionizantes.

Organoclorados

Los productos organoclorados tienen una larga vida media que puede llegar a los 40 años en el cuerpo humano, especialmente en el tejido adiposo, suero y leche. El DDT y su metabolito el DDE tienden a persistir mucho más tiempo en el cuerpo, y estos insecticidas presentan propiedades estrogénicas y actúan como disruptores endocrinos. El DDT fue prohibido en 1972 y, en España, en 1977, pero su uso no acabó hasta años más tarde, y aún se utiliza en países africanos. Dada su persistencia, puede volver a entrar en la cadena alimentaria humana, a través de comida de origen animal, del agua y del polvo en el suelo. Leon Bradlow publicó en 1995 que muchos productos organoclorados, como el DDT, atrazina, hexacloruro de benceno, PCBs y endosulfan I y II, estimulaban la producción de un metabolito de los estrógenos, la 16 alfa hidroxiestrona, que es un potente agente que produce tumores y altera genes. Estudios del grupo de Nicolás Olea en Granada han señalado la relación entre organoclorados y cáncer de mama⁷¹. Examinando

⁷⁰ J. Gray, N. Evans, B. Taylor, J. Rizzo y M. Walker, «State of the evidence: the connection between breast cancer and the environment», *Int J Occup Environ Health*, 15 (1), febrero-marzo de 2009, págs. 43-78.

⁷¹ J. M. Ibarluzea *et al.*, «Breast cancer risk and the combined effect of environmental estrogens», *Cancer Causes and Control*, 15, 2004, páginas 591-600.

el efecto combinado de los estrógenos ambientales medidos como sobrecarga total efectiva de estrógenos (TEXB-alfa) se demostró un incremento del riesgo de cáncer de mama entre las mujeres más delgadas, en especial en el grupo de mujeres después de la menopausia, con niveles más elevados de pesticidas, en especial el aldrin y el lindano. En un estudio publicado en 2005⁷² que analizaba los niveles de DDT y sus metabolitos en la población de las Islas Canarias, se encontraron unos niveles más altos que en la población peninsular, y las mujeres tenían niveles más altos de insecticidas organoclorados que los hombres. Las Islas Canarias es uno de los lugares de España en que hay mayor incidencia y mortalidad por cáncer de mama.

Tanto los pesticidas, como los PCBs y otros subproductos derivados de los plásticos y de la combustión de gasolina, así como algunos fármacos, actúan como xenoestrógenos⁷³, y son potenciales estimulantes de cambios tumorales en las mamas.

Parabenes

Los parabenes son derivados del 4-hidroxibenzoato y son ampliamente usados como preservantes en comida, productos cosméticos y preparaciones farmacéuticas. Los

⁷² M. Zumbado, M. Goethals, E. E. Álvarez-León, O. P. Luzardo, F. Cabrera, L. Serra-Majem y L. Domínguez-Boada, «Inadvertent exposure to organochlorine pesticides DDT and derivatives in people from the Canary Islands (Spain)», *Sci Total Environ*, 339 (1-3), 1 de marzo de 2005, págs. 49-62.

⁷³ G. R. Nahem *et al.*, «Female reproductive organs and breast cancer mortality in New Jersey counties and the relationship with certain environmental variables», *Prev Med*, 14, 1985, págs. 620-635; D. L. Davis *et al.*, «Rethinking breast cancer risk and the environment: the case for the precautionary principle», *Environ Health Perspect*, 106, 1998, págs. 523-529; y E. J. Sternglas *et al.*, «A response to comments on "Breast cancer: evidence for relation to fission products in the diet"», *Int J Health Serv*, 25 (3), 1995, págs. 481-488.

metil-, etil-, propil- y butilparaben fueron todos estrogénicos en ensayos in vitro realizados en 1998⁷⁴. Cuando se administraron por vía oral a ratas no provocaron efectos estrogénicos biológicos, pero cuando se administraron a través de la piel provocaron hipertrofia uterina en ratas. Los parabenes estimulan la proliferación de células mamarias con cáncer, específicamente el receptor estrogénico⁷⁵. La actividad de los parabenes depende de la longitud de sus cadenas y las ramificaciones del grupo alquil. El grupo de la doctora Philippa Darbre, del Reino Unido, demostró en el año 2004 que los parabenes se acumulan intactos en el cuerpo a largo plazo, aunque la dosis usada haya sido baja, y los encontró en muestras de 20 tumores de mama⁷⁶.

Aunque han aparecido informes publicados sin autor⁷⁷, que pretenden demostrar que no hay relación entre los parabenes y el cáncer de mama, las afirmaciones no se basan en evidencias en humanos y se contradicen con las investigaciones de la doctora Philippa Darbre. En una reciente revisión⁷⁸ del tema, Darbre señala la absorción sistémica de los esteres

⁷⁴ E. J. Routledge, J. Parker, J. Odum, J. Ashby y J. P. Sumpter, «Some alkyl hydroxy benzoate preservatives (parabens) are estrogenic», *Toxicol Appl Pharmacol*, 153, 1998, págs. 12-19.

⁷⁵ J. R. Byford, L. E. Shaw, M. G. Drew, G. S. Pope, M. J. Sauer y P. D. Darbre, «Oestrogenic activity of parabens in MCF7 human breast cancer cells», *J Steroid Biochem Mol Biol*, 80 (1), febrero de 2002, páginas 49-60.

⁷⁶ P. D. Darbre, A. Aljarrah, W. R. Miller, N. G. Coldham, M. J. Sauer y G. S. Pope, «Concentrations of parabens in human breast tumours», *J Appl Toxicol*, 24, 2004, págs. 5-13.

⁷⁷ «[No authors listed] Final amended report on the safety assessment of Methylparaben, Ethylparaben, Propylparaben, Isopropylparaben, Butylparaben, Isobutylparaben, and Benzylparaben as used in cosmetic products», *Int J Toxicol*, 27, suplemento 4, 2008, págs. 1-82.

⁷⁸ «Darbre Ph and Harvey Ph. Paraben esters: review of recent studies of endocrine toxicity, absorption, esterase and human exposure and discussion of potential human health risks», *J Appl Toxicol*, 28, 2008, págs. 561-578.

de parabén a través de la piel intacta y demuestra en humanos y en animales el efecto agonista de los estrógenos, la actividad antagonista de los andrógenos y también que poseen actividad genotóxica, además de sumar los efectos estrogénicos con los estrógenos ambientales, los bisfenoles A y los estrógenos de la dieta⁷⁹.

Los autores proponen que, dadas la evidencia actual y la controversia sobre la recomendación de la continuación de su uso, ya que está extendido en la mayoría de cosméticos, se impulse una investigación decidida desde salud pública y los cosméticos puedan ser estudiados en animales, antes de su comercialización, para testar su efecto potencial sobre el cáncer de mama.

FACTORES DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER DE MAMA

Ejercicio físico

El ejercicio físico moderado y constante a lo largo del año disminuye el riesgo de cáncer de mama. En un estudio realizado entre 4.538 mujeres con cáncer de mama (blancas y afroamericanas) y 4.649 controles⁸⁰, se ha observado que el riesgo de cáncer invasivo de mama fue aproximadamente un 20 por 100 menor entre las mujeres que realizaban más de una hora y media de ejercicio físico por semana (andar, aeróbic, bicicleta o nadar), comparado con las que hacían vida sedentaria. Este riesgo disminuyó por igual en mujeres blancas o negras, y entre personas con historia familiar. En

⁷⁹ P. D. Darbre, «Environmental estrogens, cosmetics and breast cancer», *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 20, 2006, págs. 121-143.

⁸⁰ L. Bernstein *et al.*, «Lifetime recreational exercise activity and breast cancer risk among black women and white women», *J Natl Cancer Inst*, 97 (22), 16 de noviembre de 2005, págs. 1671-1679.

un estudio prospectivo realizado en Cánada⁸¹, se ha comprobado que una actividad moderada y vigorosa durante el tiempo de ocio disminuye el riesgo de muerte por cáncer de mama.

Una moderada actividad de ocio se asoció con una mejor supervivencia después de haber padecido una primera manifestación de la enfermedad.

Sueño prolongado

Existen evidencias en los laboratorios del sueño de que la duración del sueño se asocia con diferencias en la secreción hormonal, sobre todo de la melatonina. La melatonina es sintetizada en la glándula pineal y liberada durante el sueño si hay oscuridad total. Su producción es controlada por un ritmo circadiano interno y suprimida por la luz; además esta hormona tiene propiedades anticarcinogénicas. En un estudio que está siguiendo a mujeres de Finlandia desde 1958, se evaluó mediante un cuestionario la duración del sueño y su calidad. Los resultados apoyan la hipótesis de que las personas que duermen más de ocho horas diarias presentan un riesgo disminuido de cáncer de mama⁸².

La mayoría de estos nuevos factores de riesgo y los de protección son ampliamente desconocidos por los profesionales de la medicina, por los de salud pública y por la población en general. Existe la tendencia a creer que todas las causas son genéticas, cuando en este apartado he querido demostrar

⁸¹ C. Friedenreich, J. Gregory, K. Kopciuk, J. Mackey y K. Courneya, «Prospective cohort study of lifetime physical activity and breast cancer survival», *Int J Cancer*, 124, 2009, págs. 1954-1962.

⁸² P. K. Verkasalo, K. Lillberg, R. G. Stevens, C. Hublin, M. Partinen, M. Koskenvuo y J. Kaprio, «Sleep duration and breast cancer: a prospective cohort study», *Cancer Res*, 65 (20), 15 de octubre de 2005, págs. 9595-9600.

que, incluso en el caso de tendencias familiares, éstas se ven incrementadas por estrógenos ambientales o por la introducción de fármacos como los anticonceptivos hormonales y la terapia hormonal de la menopausia. En muchos casos, he detallado las matizaciones según etnia, clase social y ocupación, que van a ayudar en el futuro a identificar grupos de riesgo, más que a considerar que a «todas las mujeres» les van a afectar los mismos riesgos de la misma manera. El cáncer de mama es la primera causa de muerte prematura entre mujeres de los países desarrollados y la causa principal de pérdida de calidad de vida, ya que, aunque existe una buena supervivencia, el número de mujeres que ha tenido que hacerse cirugía, radioterapia y quimioterapia es cada vez mayor. Sólo las mujeres que lo han vivido pueden contar su angustia, como tan bien hace María Ángeles Durán, pero su prevención real está velada por las relaciones de poder. Un espeso entramado de relaciones de poder que minimiza la acción de las hormonas que se administran a través de diversos fármacos y cosméticos, o las que penetran a través de la contaminación del ambiente o de los espacios laborales, con la eterna excusa de que todavía no hay demostración fehaciente del efecto en humanos, cuando no hay más ciego que el que no quiere ver. En esta invisibilidad consentida, son las mujeres que enfermarán de cáncer de mama las que van a pagar la desidia por no hacer visibles los factores de riesgo que ya son evidentes. Por eso, y a pesar de que pueda parecer farragoso, he querido relatar la evidencia que tenemos en estos momentos y que permitirá desarrollar estrategias de prevención primarias y eficaces. Por ahora sólo la revista *Mujeres y Salud*⁸³ nos ha permitido divulgar entre las lectoras y suscriptoras la información no sesgada a medida que la vamos destilando de la literatura científica.

⁸³ *Mujeres y Salud*, <http://mys.matriz.net.caps@pangea.org>.

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:
PRIMERA CAUSA DE MUERTE ENTRE MUJERES,
Y TODAVÍA RIESGO INVISIBLE

La prevalencia de enfermedad coronaria (EC) es superior en varones respecto a mujeres en todos los grupos de edad⁸⁴. Este hecho ha supuesto la consideración de que la EC es una patología masculina. Sin embargo, la mayor esperanza de vida de las mujeres y, por lo tanto, su mayor presencia en los grupos de edad más longevos, determina que, en el número absoluto de pacientes con EC, la presencia de mujeres sea mayor. No debemos olvidar que, globalmente hablando, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres a partir de los 70 años⁸⁵ en España, y la primera causa de muerte en mujeres de todas las edades en Estados Unidos. Si sabemos que la primera causa de muerte entre las mujeres es la cardiovascular, ¿qué esperamos para realizar una buena prevención en etapas jóvenes de la vida? ¿Conocemos realmente sus riesgos?

La intervención y el esfuerzo terapéutico sobre la EC en las mujeres es menor que en los hombres en las diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad. En prevención primaria, el control de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) es menor, lo que determina que cuando se produce un evento coronario agudo (angina inestable o IAM), las mujeres lleguen en peores condiciones al centro hospitalario⁸⁶.

⁸⁴ Lerner *et al.*, «Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population», *Am Heart J*, 111 (2), 1986, págs. 383-390.

⁸⁵ INE, www.ine.es.

⁸⁶ Hochman *et al.*, «Sex, clinical presentation and outcome in patients with acute coronary syndromes», *N England J Med*, 341, 1999, págs. 226-232; y Vaccarino *et al.*, «Sex-based differences in early

Presentan, además, mayor edad, mayor comorbilidad general y, en particular, mayor presencia de determinados FRCV, como la hipertrigliceridemia, la diabetes Mellitus y la insuficiencia cardíaca congestiva de causa hipertensiva⁸⁷, los cuales presentan también un mayor riesgo relativo de enfermedad coronaria en mujeres. A pesar de todo ello, en muchos estudios se aprecia todavía una infrarrepresentación de mujeres: en la prevención primaria de EC, el papel del ácido acetilsalicílico todavía no ha sido bien establecido en mujeres⁸⁸. Por ejemplo, la recomendación de usar aspirina en dosis bajas como prevención primaria del infarto de miocardio no había sido estudiado en mujeres hasta hace muy poco y ahora sabemos que, mientras entre los hombres su utilización puede prevenir un 32 por 100 de infartos en todos los grupos de edad analizados, entre las mujeres ese papel preventivo no ha sido significativo (excepto en el subgrupo de mayores de 65 años) y, sin embargo, su utilización antes de esa edad ha provocado un incremento de hemorragias gastrointestinales.

En los estudios sobre FRCV, se incluyen factores clásicamente «masculinos» como el tabaquismo o el consumo de alcohol, con más frecuencia que factores que parecen tener más peso en las mujeres; es el caso de los estudios que consideran la obesidad, el hipotiroidismo o nuevos factores como la proteína C reactiva⁸⁹. En los últimos años se han in-

mortality after myocardial infarction», *N England J Med*, 31, 1999, págs. 217-225.

⁸⁷ Barrett-Connor *et al.*, «Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men?», *JAMA*, 265, 1991, págs. 627-631; y M. A. Austil, «Epidemiology of hypertriglyceridemia and cardiovascular disease», *Am J Cardiol*, 83, 1999, págs. 13F-16F.

⁸⁸ Kjeldsen *et al.*, «Influence of gender and age on preventing cardiovascular disease by antihypertensive treatment and AAS. The HOT Study», *J Hypertens*, 18, 2000, págs. 629-642.

⁸⁹ Ridker *et al.*, «Comparison of C-reactive protein and LDL cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events», *N Engl J Med*, 347, 2002, págs. 1557-1565.

cluido también como factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, en mujeres después de la menopausia, haber padecido ataques de pánico⁹⁰, haber presentado prehipertensión en edades anteriores a la menopausia⁹¹ y los antecedentes personales de hipertensión.

Efectivamente, las mujeres presentan peor supervivencia ante un evento coronario agudo⁹². Esto se explica en parte por la mayor comorbilidad a la que nos referiremos más adelante, pero también está documentado ampliamente un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Otra explicación clásica atribuye el exceso de mortalidad a la mayor edad de las mujeres sin profundizar más en el tema. Se ha comprobado que las personas de mayor edad de ambos sexos presentan peor pronóstico, y se ha confirmado también como especialmente letal la combinación de sexo femenino y mayor edad. Estos dos factores determinan que el grupo de mujeres mayores sea un grupo especialmente vulnerable⁹³.

Sin embargo, en la prevención secundaria ante la enfermedad coronaria ya establecida se utilizan menos los fármacos aconsejados (aspirina y betabloqueantes) respecto a los varones⁹⁴ y persiste el sesgo también en la prevención se-

⁹⁰ J. W. Smoller, M. H. Pollack, S. Wassertheil-Smoller, R. D. Jackson, A. Oberman, N. D. Wong y D. Sheps, «Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study», *Arch Gen Psychiatry*, 64 (10), octubre de 2007, págs. 1153-1160.

⁹¹ Hsia J. Pro, «Should aspirin be used in all women older than 65 years to prevent stroke?», *Prev Cardiol*, 10, núm. 4, otoño de 2007, págs. 6-11.

⁹² Jaume Marrugat *et al.*, «Mortality differences between men and women following first myocardial infarction», *JAMA*, 280 (16), 1998, págs. 1405-1409.

⁹³ Rosa María Lidon *et al.*, «Infarto agudo de miocardio: diferencias de tratamiento en la mujer anciana», *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 32, 1997, págs. 325-330.

⁹⁴ Dudley *et al.*, «Age and sex-related bias in the management of heart disease in a district general Hospital», *Age Ageing*, 31, 2002, págs. 37-42.

cundaria de FRCV como en la dislipemia⁹⁵. Asimismo, en terapéuticas concretas, la industria farmacéutica ha seguido presentando datos globales (hombres y mujeres juntos), aunque hay algunos estudios en los que se ha buscado ver el efecto diferencial de algunos fármacos según el sexo de los pacientes, como es el caso de la digoxina en la insuficiencia cardíaca, donde se ha encontrado, por cierto, mayor mortalidad en las mujeres tratadas con este medicamento respecto al placebo⁹⁶.

Finalmente, en prevención terciaria, el acceso a los programas de rehabilitación cardiovascular es menor en las mujeres. La conjunción sexo/edad vuelve a determinar que el grupo peor tratado sea el de las mujeres mayores⁹⁷.

Afortunadamente, esta infrarrepresentación ha empezado a ser compensada en el año 2007 con la publicación en *Circulation* de una «Guía basada en la evidencia para la prevención de enfermedades cardiovasculares en mujeres», dirigida a los profesionales de atención primaria y basada en una sistemática revisión de las investigaciones científicas de la más alta calidad, que cubre tanto la prevención primaria como secundaria de las enfermedades cardiovasculares.

⁹⁵ Hippisley-Cox *et al.*, «Sex inequalities in ischemic heart disease in general practice: cross sectional survey», *BMJ*, 322, 2001, pág. 832; y R. di Cecco *et al.*, «Is there a clinically significant gender bias in post-myocardial infarction pharmacological management in the older (>60) population of a primary care practice?», *BMC Fam Pract*, 3, 2002, pág. 8.

⁹⁶ Saif Rathore *et al.*, «Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure», *N Engl J Med*, 347, 2002, págs. 1403-1444.

⁹⁷ Lisa Benz *et al.*, «Why are women missing from outpatient cardiac rehabilitation programs? A review of multilevel factors affecting referral, enrollment and completion», *J Women Health Gen Based Med*, 11, 2002, págs. 773-791.

RIESGOS CARDIOVASCULARES EMERGENTES

Prediabetes y diabetes

La diabetes es uno de los principales riesgos para la salud cardiovascular entre las mujeres y por ello su detección precoz y su corrección se han incluido en esta nueva guía de prevención cardiovascular específica para mujeres.

La diabetes aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y de mortalidad por cualquier causa, pero además recientes estudios han demostrado que los niveles basales de glucosa aumentados o los niveles alterados de glucosa durante el día son un factor de riesgo para la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la población general especialmente entre mujeres. Estos estudios también reflejan que el riesgo de muerte por otras causas es el doble entre las personas diabéticas y hasta un 60 más en las personas con prediabetes, comparado con el riesgo de las personas que tienen un metabolismo de la glucosa normal.

El editorial del *Annals of Internal Medicine* del 7 de agosto de 2007 advertía del elevado riesgo de las mujeres diabéticas a morir por alguna enfermedad cardíaca (infarto de miocardio, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular)⁹⁸. Además, señalaba que mientras la mortalidad entre varones diabéticos tiende a disminuir, no está siendo así entre las mujeres; todo lo contrario, se está incrementando. La doctora Nanette Wenger apunta que evidentemente las mujeres diabéticas no se están beneficiando de la tendencia favorable a la supervivencia por enfermedad cardiovascular que se ha ido produciendo en los varones

⁹⁸ Nannette K. Werger, «Heightened cardiovascular risk in diabetic women: Can the tide be turned?», *Ann Intern Med*, 18 de junio de 2007.

desde el año 2000, por lo que pide un cambio de estrategia más decidida hacia el tratamiento cardiovascular de estas mujeres.

Hiperfosfatemia y deficiencia de vitamina D

En un estudio realizado durante 16,1 años, se descubrieron asociaciones importantes entre los niveles de fósforo sérico y la incidencia de la enfermedad cardiovascular; sin embargo, no se pudo encontrar la relación entre el exceso de fósforo y el incremento de enfermedad cardiovascular. Pero un reciente estudio de Wang y colaboradores⁹⁹ ha encontrado la causa, ya que ha correlacionado los niveles bajos de vitamina D con la mayor incidencia de enfermedad cardiovascular. En concreto, los niveles bajos de 25 OH D3 (el calcidiol) estaban correlacionados con el aumento de la incidencia y, cuanto más bajos eran los niveles, el incremento era mayor. Recordemos que los niveles bajos de vitamina D son más frecuentes entre mujeres. Los autores sugieren que la corrección de las deficiencias de vitamina D podría contribuir a la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Anticonceptivos hormonales

Desde la primera generación de anticonceptivos hormonales se conoce la relación de éstos con el aumento de las dislipemias (elevación de las grasas que circulan por la sangre). La primera vez que alguien señaló la asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la trombosis coronaria fue

⁹⁹ R. Dhingra, L. M. Sullivan, C. S. Fox, T. J. Wang, R. B. D'Agostino, J. M. Gaziano y R. S. Vasan, «Relations of serum phosphorus and calcium levels to the incidence of cardiovascular disease in the community», *Arch Intern Med*, 167 (9), mayo de 2007, págs. 879-885.

ya en 1963. Por otra parte, los anticonceptivos hormonales de tercera generación que contienen otros progestágenos (gestodene o desogestrel), disponibles desde 1980, se han asociado con el aumento al doble de trombosis venosa. En 2001 se pudo establecer, además, un incremento de riesgo de infarto de miocardio entre las mujeres que tomaban anticonceptivos de segunda y tercera generación, con un riesgo mayor entre las consumidoras de anticonceptivos de segunda generación. La base de estos anticonceptivos es el levonorgestrel, que también constituye, por cierto, la base hormonal del Lybrel, el anticonceptivo que pretende abolir la menstruación durante meses.

Terapia hormonal sustitutiva en la posmenopausia

El estudio Hers (1998)¹⁰⁰ ya demostró que la administración de terapia hormonal sustitutiva (THS) en mujeres que padecían enfermedades coronarias incrementaba la incidencia de otros episodios de infarto, así como la mortalidad. Durante 2007, un análisis secundario del Women's Health Initiative (WHI)¹⁰¹ ha demostrado que hay una relación entre la administración de THS y el riesgo de padecer accidente vascular cerebral tanto por edad como por el tiempo posterior a la menopausia. Esto es muy importante señalarlo porque, como se recordará, durante muchos años el gran argumento para prescribir tratamiento hormonal en la posmenopausia fue que protegía a la mujer de padecer enfermedades cardíacas.

¹⁰⁰ S. Hulley, D. Grady, T. Bush, C. Furberg, D. Herrington, B. Riggs y E. Vittinghoff, «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, *JAMA*, 280 (7), 19 de agosto de 1998, págs. 605-613.

¹⁰¹ S. Shapiro, «Recent epidemiological evidence relevant to the clinical management of the menopause», *Climateric*, 10, Suppl 2, octubre de 2007, págs. 2-15.

Rabia y hostilidad

Está demostrado que tener rabia o manifestar actitudes hostiles incrementa la presencia de síntomas cardiovasculares en mujeres, aunque no existan lesiones en las coronarias que se puedan mostrar por angiografía. En estudios previos realizados en varones, los rasgos psicosociales de rabia y hostilidad podrían ser predictivos de una enfermedad coronaria, sobre todo en los casos en que la rabia se expresa hacia el exterior. En estudios realizados entre mujeres, las expresiones de rabia hacia el exterior se asocian con lesiones de las coronarias que se pueden observar en angiografías, aunque entre las mujeres es posible que los síntomas de rabia y hostilidad incrementen el dolor torácico, en ausencia de angina de pecho, y sin que existan lesiones en las coronarias. Se ha de tener en cuenta esta relación con las formas de expresión de los síntomas agresivos, para evaluar los síntomas cardiovasculares entre mujeres¹⁰².

*La proteína C y el colesterol LDL*¹⁰³

Cuando estos dos factores predictivos, la proteína reactiva y las lipoproteínas de baja densidad (LDL), son elevados, indican riesgo cardiovascular. Sin embargo, aunque las LDL (el colesterol malo) es un buen indicador de riesgo cardiovascular, a veces la trombosis arterial se presenta sin aumento de éste. Por otra parte, un estudio realizado entre 27.939 mujeres, aparentemen-

¹⁰² David Krantz, Marian Olson *et al.*, «Anger, hostility and cardiac symptoms in women suspected coronary artery disease: the Women's Ischemia-Syndrome Evaluation (WISE) study», *Journal of Women's Health*, 15, 2006, págs. 1214-1223.

¹⁰³ V. Regitz-Zagrosek, E. Lehmkuhl y S. Mahmoodzadeh, «Gender aspects of the role of the metabolic syndrome as a risk factor for cardiovascular disease», *Gend Med*, 4, 2007, Suppl B: S 162-177.

te sanas, seguidas durante ocho años, ha demostrado que el nivel de proteína C reactiva es un predictor de enfermedades cardiovasculares mucho más fuerte que el nivel de colesterol LDL¹⁰⁴. Y otro estudio, el Women's Health Study, ha confirmado que varios marcadores de la inflamación, entre los que se incluye la PCR, tienen efectivamente valor de pronóstico para la detección de problemas como el infarto de miocardio, el accidente vascular cerebral, la muerte súbita por causas cardíacas y la enfermedad arterial periférica.

*Preeclampsia y enfermedad cardíaca,
una asociación bidireccional*

Hace tiempo que se sabe que tener alguno de estos factores de riesgo cardiovascular antes del embarazo constituye un riesgo, a su vez, de padecer eclampsia gravídica (crisis hipertensiva en el momento del parto). Pero un estudio¹⁰⁵ realizado en 3.500 mujeres, en el que se analizaron los factores de riesgo cardiovascular antes de quedar embarazadas y se observaron los resultados durante el parto cuatro años después, ha reflejado que las mujeres con la tensión arterial más elevada antes del embarazo tuvieron siete veces más riesgo de padecer preeclampsia que las demás, y dos veces mayor las que presentaron un alto índice de masa corporal, mayor circunferencia de cintura o altos niveles de colesterol LDL.

Por otra parte, a la inversa, hay un estudio que demuestra que las mujeres que han padecido una preeclampsia durante el

¹⁰⁴ Paul Ridker, N. Rifai, Lynda Rose, Julie Buring y Nancy Cook, «Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first vascular events», *N Engl J Med*, 347, 2002, págs. 1557-1565.

¹⁰⁵ E. B. Magnussen, L. J. Vatten, T. I. Lund-Nilsen, K. A. Salvesen, G. Davey Smith y P. R. Romundstad, «Pregpregnancy cardiovascular risk factors as predictors of pre-eclampsia: population based cohort study», *BMJ*, 335 (7627), 10 de noviembre de 2007, pág. 978.

parto corrían mayor riesgo que las demás de padecer hipertensión, enfermedad cardíaca isquémica, accidente vascular cerebral y trombosis venosa de 5 a 14 años más tarde¹⁰⁶.

La doble jornada, factor de riesgo cardiovascular

El estrés laboral puede ser un factor de riesgo cardiovascular, como hemos descrito en el capítulo anterior. Desde los trabajos pioneros en la última década del siglo xx de la profesora Marianne Frankenhauser y el profesor Ulf Lundberg, ya era conocida la participación de las condiciones de trabajo laboral y doméstico en la génesis de la hipertensión y de alteraciones en el ritmo cardíaco.

En un reciente estudio de la universidad canadiense de Laval publicado en *JAMA*¹⁰⁷, se señala que las personas que han sufrido un infarto de miocardio tienen el doble de riesgo de volver a repetir un accidente cardiovascular si están inmersas en un estrés laboral crónico.

Las malas relaciones personales también pueden enfermar el corazón

Las tensiones que se generan en una mala relación con las personas más cercanas en la convivencia pueden incrementar en un 40 por 100 el riesgo de accidentes cardiovasculares, entre las personas que no habían padecido antes infarto. Así lo demuestra un estudio realizado entre 9.011 per-

¹⁰⁶ I. Craici, S. Wagner, V.D. Garovic, «Preeclampsia and future cardiovascular risk: formal risk factor or failed stress test?», *Theor Adv Cardiovasc Dis*, 2 (4), agosto de 2008, págs. 249-259.

¹⁰⁷ C. Aboa-Eboulé *et al.*, «Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events», *JAMA*, 298 (149), 10 de octubre de 2007, págs. 1652-1660.

sonas de Inglaterra publicado en *Archives of Internal Medicine*¹⁰⁸. Tener una relación estrecha con otra persona que aporta, sobre todo, sentimientos negativos, hostilidad y enfados puede desembocar en infarto. Este aspecto de la convivencia pesa más en el riesgo de accidentes cardiovasculares que el hecho de que la persona en sí sea pesimista y dada a conflictos. La alteración crónica de las hormonas relacionadas con el estrés, como la adrenalina y la noradrenalina, constituye la base neuroendocrina de por qué se incrementa el riesgo cardiovascular.

Todos estos nuevos riesgos cardiovasculares permanecían invisibles y sobre ellos no se están desarrollando estrategias de prevención.

Otros tipos de cáncer

Otros tipos de cáncer que pueden causar muerte prematura están relacionados con la contaminación ambiental, como los linfomas no hodkinianos o algunos tipos de cáncer de colon. En este caso se aconsejaba comer mucha fibra para la prevención, pero se ha demostrado que esta medida es contraproducente, porque existen asociaciones con la ingesta de insecticidas organoclorados en la alimentación al mismo tiempo que la presencia de niveles bajos de vitamina D y calcio. En el cáncer de pulmón su relación con el tabaquismo está bien establecida, aunque también con la presencia de dioxinas ambientales. En los países nórdicos, donde el consumo de tabaco ha disminuido en varones pero no en mujeres, se han hecho cálculos de que en veinte años la mortalidad por cáncer de pulmón entre mujeres superará a la de los

¹⁰⁸ R. De Vogli, T. Chandola y M. G. Marmot, «Negative aspects of close relationships and heart disease», *Arch Intern Med*, 167 (18), 8 de octubre de 2007, págs. 1951-1957.

varones¹⁰⁹, ya que con el mismo nivel de tabaquismo, el riesgo relativo de mortalidad es mayor entre mujeres¹¹⁰.

Hemos constatado en todo el capítulo la gran cantidad de factores sociales y medioambientales que son factores de riesgo para la mortalidad prematura, por lo que nos preguntamos también, con Miquel Porta, si para prevenirla tendríamos que intervenir en el modelo económico que los causa y crear modelos de desarrollo sostenibles no sólo con el medio ambiente sino con la vida humana.

Para controlar (atenuar... eliminar...?) la contaminación por compuestos tóxicos persistentes necesitamos más creatividad; al servicio de otros valores, de otras formas de entender la salud pública, la cultura, la riqueza, la vida. ¿Para qué la creatividad? La dependencia económica y cultural que nuestra sociedad tiene de ciertas industrias debe disminuir, para que ganen peso nuevas empresas que generen más beneficio social y ambiental. Los grandes determinantes de nuestra salud son sociales y ambientales: ¿podemos crear modelos de negocio que actúen sobre estos determinantes y rindan más beneficios sociales y empresariales? Las causas de las enfermedades son sociales y ambientales: ¿es imposible hacer negocios decentes actuando sobre esas causas? La respuesta a la crisis del sector de la salud no puede consistir sólo en atender a más pacientes que sufren las enfermedades que el propio modelo económico causa¹¹¹.

¹⁰⁹ H. Skuladottir *et al.*, «Incidence of lung cancer in Denmark: historical and actual status», *Lung Cancer*, 27 (2), febrero de 2000, págs. 107-118.

¹¹⁰ R. E. Harris, «Race and sex differences in lung cancer risk associated with cigarette smoking», *Int J Epidemiol*, 22 (4), agosto de 1993, págs. 592-599.

¹¹¹ Miquel Porta, Elisa Puigdomènech y Ferran Ballester (eds.), *Nuestra contaminación interna*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2009, pág. 237.

Inferiores

La devaluación cultural es también importante como una de las influencias que hace enfermar a las mujeres. Todos los grupos sociales trabajan por medio de una gran variedad de discursos que hacen parecer como naturales las desigualdades y las diferencias de género. Las mujeres tienen que crear su identidad —su sentido de sí mismas— dentro del marco de las definiciones de lo que es ser mujer, a veces conflictivas y construidas culturalmente. Pueden haber sido reverenciadas como madres o como guardianas de la moralidad, o pueden ser vistas como «enfermizas», neuróticas, manchadas o simple y fundamentalmente menos valiosas que el hombre. El mensaje dominante es que las mujeres no son sólo diferentes, sino física, psicológica y socialmente inferiores. En un mundo definido por y para los hombres, las mujeres son «el otro». Bajo estas circunstancias no es sorprendente que muchas encuentren difícil desarrollar las sensaciones de competencia y autoestima asociadas con una salud mental positiva¹.

¹ Lesley Doyal, *What makes women sick. Gender and the political economy of health*, Londres, Macmillan Press, 1995.

CAPÍTULO 8

Naturalizando las diferencias como inferioridad

La naturalización es uno de los instrumentos del poder de todos los tiempos para justificar lo injustificable. A los grupos dominados siempre se les han atribuido características naturales —genéticas y biológicas— peyorativas: escasa inteligencia, propensión al crimen, inestabilidad emocional que no los hace fiables para asuntos serios, etc. Bajo tales criterios son excluidos de ciertos estudios, profesiones, puestos de gestión, de modo que siempre se encuentren en posición desventajosa y además no puedan hacer nada para cambiarla. El resultado es un estado de indefensión psicológica, de síntomas semejantes a los de la depresión individual, en este caso colectiva, pero que se ha aprendido por vía histórica².

Como muy bien apunta la profesora Victoria Sau, decir que la mujer es inferior y darle carta de naturaleza ha consti-

² Victoria Sau, *Segundas reflexiones feministas para el siglo XXI*, Madrid, Horas y Horas, 2008, pág. 81.

tuido desde hace siglos un estado de indefensión aprendida colectivamente, que conduce a tener las alas cortadas para iniciar un cambio o simplemente una aclaración veraz, que pudiera dejar los términos en su lugar. El hombre no es superior a la mujer por su «naturaleza» sino porque ha poseído las estructuras de dominio, el dinero y el poder, ni la mujer es inferior al hombre por «su naturaleza». Hemos analizado hasta aquí que las características naturales que se han utilizado casi siempre para descalificar a la mujer constituyen muchas veces carencias o alteraciones de su organismo, y que, en cambio, posee aptitudes aún por explorar en profundidad, que la hacen un ser diferente al hombre y diferente a otras mujeres.

Es muy difícil estudiar las diferencias sin caer en un reduccionismo, porque es muy difícil estudiar a mujeres y hombres, su salud y sus enfermedades, sin tener en cuenta cómo los ha definido la religión, la política y su entorno social, y sin tener en cuenta la jerarquía dentro de los grupos a que pertenecen, aislándolos de su entorno histórico que tiene normas y valores diferentes para mujeres y hombres. Lo mismo afirman Vianello y Caramazza³, cuando hablan de las circunstancias materiales de la evolución de la especie humana, que ha tenido que afrontar a lo largo de miles de años, modificando su estructura mental y cerebral, sus características hormonales, que han acabado formando parte de su herencia genética. En las especies animales superiores, los sistemas neuronales crean y codifican un mapa del entorno, dentro del que se mueve el ser vivo al entrar en contacto con el espacio exterior. La interacción entre las situaciones externas y los cambios adaptativos de los organismos vivos es posible en parte por la actividad hormonal, que incide en la conducta y que puede cambiar incluso morfología y anatomía (por ejemplo, cambios en el tamaño de los maxilares por reducir la función de masticación y de trituración

³ Mino Vianello y Elena Caramazza, *Género, espacio, y poder*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2002.

de comida, que ya comemos muy preparada y cocinada, o cambios en el tamaño de las mamas que ya no utilizamos para amamantar largos periodos de tiempo). El cuerpo y el espacio crecen juntos y, por lo tanto, los criterios de qué es normal y qué patológico, qué es natural de una genética propia o de una genética adaptada al espacio material en el que nos ha tocado vivir, son criterios en constante transición, que han evolucionado según las relaciones de poder y dominio, y deberemos ser muy cautas para desenmascarar cada afirmación que realice cada ciencia. La medicina no se escapa de estos sesgos patriarcales y culturales, y en su lenguaje y en sus análisis cae en sesgos conscientes o inconscientes para definir qué es normal o patológico en las mujeres y en los hombres.

¿LO NORMAL ES LO FRECUENTE?

Aunque no existe una norma de la vida en «sí misma», existen en cambio normas que se nos imponen a lo largo de la vida. Se pueden dar muchos significados a la «vida normal»⁴.

En medicina existen muchas normas que se imponen como criterios de normalidad, en especial en el terreno del lenguaje simbólico, que englobaría a mi entender todos los signos que se pueden observar en la clínica, los síntomas que nos refieren las y los pacientes, y las exploraciones que podamos realizar para «ver más» y entender mejor lo que está pasando en aquel organismo. Exploraciones que han dado un salto cualitativo en los últimos treinta años, con la posibilidad de hacer análisis de elementos contenidos en la sangre, desde su morfología hasta el contenido de minerales, hormo-

⁴ Geneviève Morel, «La vie normale. Reflexions sur la folie au 21^{ème} siècle», *Savoirs et clinique*, Lille, 2008-2009, <http://www.savoirs-et-clinique.eu>.

nas, vitaminas, tóxicos y contaminantes ambientales y drogas, que pueden ser determinadas en cantidades infinitesimales, de ver partes del cuerpo en su funcionamiento, como analizan las ecografías, las resonancias magnéticas y el SPECT (tomografía por emisión de positrones), y de visualizar las biopsias de tejidos con microscopios electrónicos. Podemos ver mucho más, pero todavía cuesta entender y encontrar un sentido a lo que se ve. Incluso biopsias musculares que en su detalle se describen con alteraciones en muchas partes del funcionamiento celular se informan como «normales» por la extrema dificultad de entender lo que está pasando en realidad.

Hasta fines del siglo XVIII, lo normal permanecía implícito en el pensamiento médico, y sin gran contenido: simple punto de referencia para situar y explicar la enfermedad. Se convierte para el siglo XIX en una figura en pleno relieve. A partir de él la experiencia de la enfermedad tratará de ilustrarse y el conocimiento fisiológico, en otro tiempo saber marginal para el médico y puramente teórico, va a instalarse (...) en el corazón mismo de toda reflexión médica (...). Cuando se hable de la vida de los grupos y de las sociedades, de la vida de la raza, o incluso de la «vida psicológica», no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino en la bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico (...). Si las ciencias del hombre han aparecido en el prolongamiento natural de las ciencias de la vida, no es porque ellas estaban biológicamente subtensas sino médicamente: se encuentra en su estructura de origen una reflexión sobre el hombre enfermo, y no sobre la vida en general, una reflexión presa en un problema de división más que en un trabajo de unificación e íntegramente ordenado para el emparejamiento de lo positivo y de lo negativo⁵.

⁵ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI de España, 1999 (original de 1963), pág. 62.

Si con dificultad podemos entender las enfermedades, ¿cómo podemos entender el funcionamiento de un organismo vivo, de lo que significa la vida en general? La medicina definió lo normal como ausencia de lo patológico, pero dado que no había podido empezar entendiendo la fisiología del cuerpo y de la mente, por carecer de medios para hacerlo, definió la salud como ausencia de enfermedad, y más adelante la OMS, como ya hemos explicado, la definió como «un estado de bienestar biológico, psicológico y social» que en la práctica cotidiana no ayuda mucho a avanzar, porque si ésta fuera realmente la definición de salud, todas y todos podríamos considerarnos enfermas y enfermos, ya que no alcanzamos a tener ese estado de bienestar maravilloso descrito. ¿Y por ello no somos normales?

¿Qué puede significar el término normal? El *Diccionario de la lengua española* (Espasa-Calpe, 2005) define el término *normal* con varias acepciones: 1) que es general o mayoritario o que es u ocurre siempre o habitualmente, por lo que no produce extrañeza; 2) como sinónimo de lógico; 3) que sirve de norma o regla; 4) que por su naturaleza, forma o magnitud se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano. Pero existen otras acepciones: *normal* se opone a lo anormal (al que se opone a las normas); *normal* en el sentido de banal u ordinario; *normal* en el sentido de hiperrígido e hipernormativo. Lacan decía que cada uno es normal en su estructura. A buen seguro que es más fácil definir qué es patológico que normal, pero si nos mantenemos en el campo de la biología, nos podemos interrogar si para nosotros la medicina debería considerar normal lo que ocurre mayoritariamente, «por lo que no produce extrañeza», o deberíamos considerar normal lo que es frecuente o incluso banal u ordinario. Y debemos reflexionar sobre ello, porque es muy fácil definir como normales analíticas, exploraciones, radiografías o electrocardiogramas simplemente por que no existe un gran tumor o una fractura abierta, y no se ha procedido a analizar los cambios mínimos en las estructuras o los resultados bioquímicos con una mirada fisiopatológica y no limitándose a mirar la co-

lumna de la derecha en que están impresos los valores límites de las analíticas.

La superficialidad en atender la diferencia entre lo normal y lo patológico y el desconocimiento de la ciencia de la diferencia, unido a la relación de poder que se establece en el acto médico y que analizaré más a fondo en el capítulo de las microviolencias, hacen que muchas veces, más que buscar los entresijos de la «verdad biológica» dentro de los resultados, el profesional de la medicina dicte la «norma» como sentencia. «Usted no tiene nada», y a continuación se instituye en poderoso o poderosa profesional que dicta las normas de cómo hay que vivir. Y al decirle a una paciente que «no tiene nada» se contradice con lo que sabe del organismo, del cuerpo de la persona con la que está hablando, ya que si no tuviera *nada*, no estaría allí, y al decir *nada* se refiere a nada patológico, vuelve a utilizar la omnipotencia como arma, ya que no puede saber realmente qué está pasando en lo más íntimo de las células de su cuerpo y de su cerebro. Seguramente esta omnipotencia sigue a la idea de que la medicina está en condiciones de definir cómo ha de ser el hombre «modelo» y, por lo tanto, que el saber del médico o la médica puede dictar normas de cómo se ha de vivir. Como analiza Michel Foucault:

La medicina no debe ser sólo el «corpus» de las técnicas de la curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del hombre saludable, es decir, a la vez una experiencia del hombre no enfermo y una definición del hombre modelo. En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que la funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad en la cual él vive⁶.

⁶ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI de España, 1999, pág. 61.

Y esta normatividad que se ejerce durante toda la vida y que actualmente se dilata a la salud pública que dicta las normas de cuáles serán los hábitos saludables, y de quién, cuándo y cómo se ha de vacunar, se inicia en etapas tempranas de la vida, con el intento de encontrar el prototipo de normalidad ya desde la escuela.

Cuando Foucault analiza el poder psiquiátrico destinado a la infancia dice:

la difusión de este poder psiquiátrico debe buscarse por el lado de los pares hospital-escuela, institución sanitaria (institución pedagógica, modelo de salud)-sistema de aprendizaje. Y querría poner de relieve (...) una de esas frases breves y fulgurantes como son del gusto de Canguilhem. Éste ha escrito en efecto: «Normal es el término mediante el cual el siglo XIX designará el prototipo escolar y el estado de salud orgánica.» Creo, en definitiva, que esa difusión del poder psiquiátrico se hizo por el lado de la elaboración del concepto de «normal»⁷.

Se califica la locura infantil no por la búsqueda de sus causas en la primera infancia, de su biografía y de su historia, sino por la psiquiatrización del niño para tratar de diferenciarlo del niño o la niña retrasado/a o idiota. A los niños y niñas, como a las mujeres, el patrón de «normalidad» se les atribuye en función de lo que se considera normal en el patrón del hombre como modelo de lo que es saludable, pero como hombres hay de muchos tipos, alturas, pesos y morfología, el acuerdo de normalidad o parámetro de referencia ha derivado a características masculinas muy precisas. En estos momentos, el umbral de toxicidad de sustancias químicas en los seres humanos se ha valorado entre varones de veinte años del ejército de Estados Unidos, jóvenes

⁷ Michel Foucault, *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France 1973-1974*, Madrid, Akal, 2005, pág. 200.

y con escasa grasa, cuando ya sabemos a estas alturas que los productos tóxicos en su mayoría se acumulan en las células grasas.

El introducir estos modelos de salud en la vida adulta y en la escuela no siempre ha conducido a crear actitudes más saludables en la vida de la infancia ni en la vida adulta. La normativización de la salud como la protocolización de las historias clínicas y de los métodos de exploración hace que muchas personas «no entren en el modelo» o «no entren en el protocolo», tanto por sexo, como por origen racial o por diferencias morfológicas dentro del mismo sexo. Si el patrón de normalidad está tan sesgado, ¿qué podemos considerar normal?

«MI MARIDO ME PEGA LO NORMAL»

Cuando el médico forense Miguel Lorente escribió el libro con este título⁸, hizo historia, porque no hay frase que más mujeres puedan entender. Relata un caso vivido en su práctica profesional, en el que estando de guardia un sábado por la noche tuvo que atender a una mujer con el brazo roto después de una paliza, y al ser preguntada por el forense si recibía malos tratos con frecuencia, la mujer contestó: «No, mi marido me pega lo normal, lo que ocurre es que hoy se ha pasado.» ¿Qué era lo normal para ella? ¿Una paliza cada sábado noche después de pasar por el bar a tomar vino o unas copas? ¿Es normal algo que es frecuente?

¿Lo normal es lo frecuente?

Porque si es así podríamos decir que es normal que las mujeres del África subsahariana o las de los campos de Chiapas tengan una anemia con menos de un millón de glóbulos

⁸ Miguel Lorente, *Mi marido me pega lo normal*, ed. actualizada, Barcelona, Planeta, 2009.

rojos que las europeas. O que es normal que existan malos tratos en las relaciones de pareja, pues forman parte de su intimidad. O que es normal que las mujeres tengan trastornos de la menstruación. O que es normal que se presenten casos de cáncer de tiroides y linfomas en la población cercana a Chernobil después de la explosión de la central nuclear. O que es normal que al envejecer tengamos que tener dolor en manos y pies, aunque sea un síntoma frecuente.

Lo frecuente nos da una idea de los problemas o de las soluciones que se presentan en una población determinada, pero está lejos de definir lo que creemos que tendría que ser normal, aunque durante años ha supuesto una fórmula para que muchas mujeres y algunos hombres se resignaran al sufrimiento y al dolor. Decir que es normal lo frecuente es predicar la resignación, el silencio, e impedir que se investiguen soluciones paliativas a lo que suponga malestar.

¿LO NATURAL ES NORMAL?

Mientras que el hombre sirve como modelo para el cuerpo humano por antonomasia, a la mujer se le adjudica una identificación con la naturaleza derivada de su capacidad reproductora. Esta identificación cuerpo femenino = naturaleza y, en general, mujer = naturaleza estudiada por muchas autoras hace que muchas mujeres califiquen los trastornos asociados al ciclo como «naturales», y por tanto «inevitables» (...). La inevitabilidad, la «naturalización», la no posibilidad de control, la espontaneidad de los procesos al margen de la voluntad, la tabuización y, unido a todo esto, la negatividad sobre los mismos son sentimientos generalizados dentro del colectivo de mujeres. Sau insiste mucho en la idea de la influencia de lo cultural sobre la vivencia de la regla afirmando que «es desde la cultura desde donde se hacen tabú ciertas cosas de la naturaleza». Tabuar es diferenciar, separar por

ejemplo lo sano de lo enfermo, lo amistoso de lo peligroso, lo santo y puro de lo sucio e impuro⁹.

Como he analizado en el capítulo de la morbilidad relacionada con la menstruación, este concepto de tabú ha llegado a extremos de invisibilizar los trastornos de la menstruación, con la idea de que son «naturales» y no tienen tratamiento, por lo que es mejor invisibilizarlos antes de intentar encontrar la verdad de lo que está pasando en este organismo.

Si frecuente no es natural ni normal, ¿cómo es posible que en excelentes tratados de medicina y de hematología se pueda afirmar, en las páginas introductorias al texto, que «las mujeres “sanas” tienen bajas las reservas de hierro», sin ninguna cita bibliográfica, ni evidencia que lo avale, cuando a continuación para cada afirmación que se hace, para cualquier otro aspecto, existe una cita bibliográfica con un estudio que apoya la sentencia? No hemos encontrado ninguna otra cita de este tipo dirigida a una diferencia biológica masculina y, en cambio, ¿es normal que las mujeres tengan carencia de hierro?

¿Es normal que la mayoría de mujeres en África subsahariana sean anémicas?

¿Es normal que la mayoría de mujeres jóvenes en el mundo denominado desarrollado tengan carencias profundas de la reserva de hierro? ¿Es normal que no se traten las insuficiencias leves de tiroides, que dan clínica y son de predominio en mujeres, sin ninguna razón científica de peso, ya que se ha comprobado que el no tratar producirá graves deficiencias en la calidad de vida?

⁹ Mari Luz Esteban, *Re-producción del cuerpo femenino*, Donostia, Tercera Prensa, 2001, pág. 110.

MINIMIZAR LOS DATOS DE LABORATORIO PARA NATURALIZAR LA INFERIORIDAD

Es necesario mantener e incrementar la investigación sobre las características de los sexos y su relación con la salud, pero manteniendo la alerta sobre el uso que se hace de los resultados. Existen riesgos de que visibilizar las diferencias biológicas de las mujeres sea utilizado para mantener y apuntalar el discurso que naturaliza las desigualdades sociales, al asignar de forma natural diferente valor a los dos sexos, lo que, históricamente, ha servido para mantener la relación jerárquica entre ellos¹⁰.

Uno de los avances más importantes en los últimos treinta años en la investigación del organismo humano ha sido el de poder identificar, por medio de los denominados «análisis de sangre», determinados elementos químicos, minerales, hormonas y sus metabolitos. A través del lenguaje simbólico de los números cuantitativos, el cuerpo nos habla si sabemos interpretarlo adecuadamente, en paralelo al lenguaje de los síntomas. Pero no podemos encontrar el sentido de este nuevo lenguaje si pretendemos encasillarlo en determinados grupos nosológicos y no entendemos qué nos intenta decir el cuerpo, ya que las analíticas están bioquímicamente relacionadas con el funcionamiento de todos los órganos y sistemas. Es uno de los lenguajes del organismo que puede ser minimizado o maximizado en función de determinados intereses culturales, de organización sanitaria y de relaciones de poder

¹⁰ Ana Delgado, «Buscando las diferencias. ¿Mejoraremos la igualdad?», en Consuelo Miqueo, M.^a José Barral y Carmen Magallón (eds.), *Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*, GENCIBER, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2008, págs. 689-692.

en el acto médico. Como describiremos en el capítulo de las microviolencias en el acto médico, existe un determinado placer (casi sádico) en poder decirle a una determinada mujer que «no tiene nada» cuando ha insistido en que le hicieran unas determinadas analíticas porque su malestar estaba aumentando.

¿Cómo se determinaron los patrones de normalidad de los análisis clínicos? Los patrones de «normalidad» en los parámetros de análisis bioquímicos u hormonales se construyeron determinando la media de los valores encontrados en una población dada, con un método estadístico que permite analizar el valor máximo y mínimo más frecuente. Estos valores se determinaron en principio en los centros hospitalarios, que, como ya hemos dicho, es donde se construye la ciencia médica de finales del siglo xx, tanto entre los pacientes como entre el personal sanitario (médicos/as, enfermeras/os), con la suposición imaginaria de que se trataba de población sana del modelo saludable del que nos habla Foucault. Por lo tanto, y dado que la mayoría de esta población estudiada estuvo formada por hombres considerados como patrón de la «normalidad», y con la presunción de que las mujeres eran iguales, se construyeron los primeros valores que se consideraron «normales». Pero, además, en función de la patología que presentaban predominantemente los hombres, se construyó un conjunto de analíticas sobre los trastornos de hígado, riñón y alteraciones de los lípidos, y con este conjunto se analizó a las personas que demandaban ayuda por cualquier causa, o constituyeron los parámetros de vigilancia de salud en poblaciones laborales.

Se vigilaba la salud masculina, pero ¿qué pasaba con las mujeres estudiadas? Que la mayoría de las que acudían por estar muy cansadas o presentar dolor en alguna parte del cuerpo daban «normales» en los análisis bioquímicos predeterminados, por lo que se ha considerado durante mucho tiempo que, dado que no «tienen» problemas biológicos, su malestar se debe a problemas psicológicos, con el reduccionismo etiológico que supone hacer atribuciones cuando hay carencia de investigación.

¿Qué parámetros deberíamos evaluar en el caso de querer estudiar la salud de las mujeres? Pues los que se desprenden de los capítulos de morbilidad diferencial y de los riesgos invisibles que matan. Podrían ser los mismos que ya se analizan ahora para el sexo masculino, porque las mujeres también pueden presentar alteraciones de hígado y de los lípidos aunque con distinta frecuencia que entre los hombres. Pero, además, se deberían incorporar los parámetros relacionados con el número de hematíes y su eficacia en el transporte de oxígeno, como la hemoglobina y el volumen corpuscular medio, y los parámetros relacionados con el reparto del hierro a los tejidos (saturación de transferrina y ferritina), que son los encargados de mantener las pilas de la energía celular cargadas en todas las células del cuerpo incluidas las del cerebro y que si están muy alterados en mujeres nos indican pérdida abundante de sangre a cualquier edad. Y como ya conocemos la alta frecuencia de trastornos de la glándula tiroidea y del metabolismo del calcio y de la vitamina D entre mujeres, estos parámetros también deberían ser incluidos.

El primer paso sería verlos, visibilizar sus niveles, y el segundo paso sería valorarlos, y aquí nace el problema de la naturalización de la inferioridad, ya que se ha confundido lo frecuente con lo natural, y cuando los parámetros bioquímicos se han valorado con resultados de «normalidad» diferente para mujeres y hombres, sólo por su frecuencia, confundiendo una vez más lo frecuente con lo normal.

El proceso que se ha seguido para analizar los datos de análisis clínicos y para «normalizarlos» ha variado ligeramente en la era de la «alta tecnología», y los criterios de valoración vienen incluidos en los paquetes de sustancias químicas que la industria suministra a los laboratorios de análisis clínicos y que se han realizado en teoría con voluntarios y algunas voluntarias aparentemente sanos, escasos en número (a veces no superan las veinte personas en algunas técnicas), que han sido reclutados por la misma industria que ha fabricado la técnica analítica. ¿Tenían alguna clínica los voluntarios? ¿Se encon-

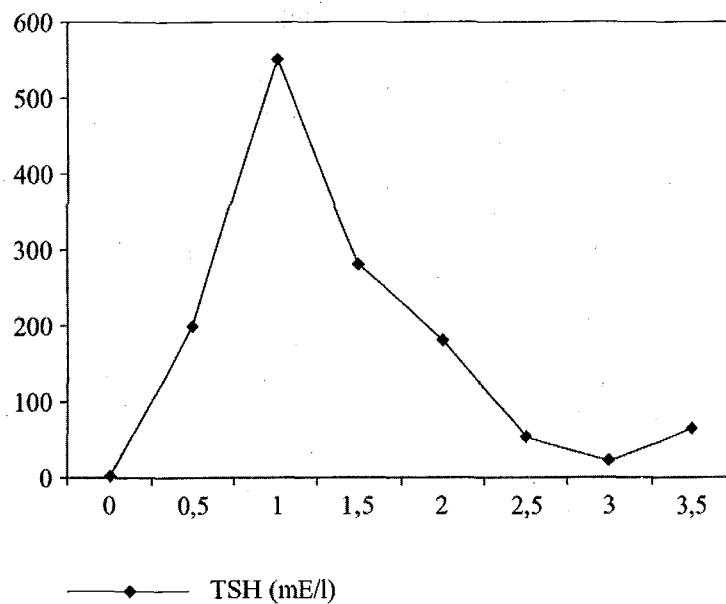
traban bien? ¿Cómo estaba su médula ósea? ¿Cómo tenían su calidad de vida? Se desconocen las respuestas.

Ya he descrito la necesidad de que la salud se relacione con la calidad de vida o con algunos parámetros de funcionamiento del organismo para determinar la aproximación a la situación metabólica más favorable. Pero por ahora, y salvo algunas excepciones, como los trabajos de nuestro grupo (CAPS), los análisis clínicos no se han valorado en función de la calidad de vida. La epidemiología ha venido a veces en ayuda de este agujero negro de la medicina y ha estudiado poblaciones laborales, que no son por lo tanto pacientes que demandan asistencia sanitaria, y nos ha permitido aclarar un nuevo concepto de «normalidad» estadística de población. No siempre la media de los parámetros más frecuentes se acerca a la verdad de lo que ocurre, sino que existe el concepto de la moda como el parámetro más frecuente en una población que no siempre está en el punto medio, cosa que muchos profesionales de la medicina de mediana edad creen, por la escasa formación en estadística que tuvimos durante la carrera universitaria. Un ejemplo fácil de entender es la valoración de la Hormona Estimulante del Tiroides (TSH), que ya en los primeros estudios de Turnbridge en 1978 en el País de Gales, con técnicas de determinación que podríamos denominar muy primitivas, concluyeron que la mayoría de la población sana tenía una moda alrededor de la unidad, y treinta años después Schaaf en Alemania, con población laboral y con técnicas de determinación más modernas, encontró la misma consecuencia, y es que la moda de la TSH está alrededor de la unidad, lo que se ha comprobado también con voluntarios sanos, por lo que las cifras normales de TSH oscilarían en la actualidad entre 0,3-2,5 UI/L, tanto para mujeres como para hombres. Pero, dado que es una patología muy frecuente entre mujeres que puede llegar a afectar a una de cada cuatro, algunos endocrinólogos en España han «decidido» no tratar a nadie hasta que la TSH sea mayor de 10. ¿En función de qué ciencia? ¿Por qué precisamente en una patología de predominio femenino?

¿Por qué condenar a las mujeres a un hipotiroidismo crónico que siempre da cansancio y dolor muscular generalizado, y que produce depresión por déficit de serotonina, cuando se puede tratar de forma mil veces más económica y eficiente que con la administración de antidepresivos? Los hombres que padecen hipotiroidismo también han sido sesgados por este peculiar sistema de decidir cuándo el médico va a tratar una determinada patología, y a base de ampliar el margen con el que los profesionales consideran qué es normal y qué es patológico.

FIGURA 5

La moda de TSH. Distribución de la TSH en el estudio de población laboral 6.884 (6.539 hombres y 345 mujeres)



Fuente: L. Schaaf, J. Trojan, T. E. Helton, K. H. Usadel y J. A. Magner, «Serum thyrotropin (TSH) heterogeneity in euthyroid subjects and patients with subclinical hypothyroidism: the core fucose content of TSH-releasing hormone-released TSH is altered, but not the net charge of TSH», *J Endocrinol*, 144 (3), marzo de 1995, págs. 561-571.

Otro ejemplo que sirve para ilustrar este baile de los límites de los valores normales, de la mediana y de la moda, lo constituye uno de los parámetros para medir las reservas de hierro en el organismo. El parámetro que se denomina ferritina es una proteína que contiene en su interior moléculas de hierro, y sus niveles se correlacionan de forma estable con los niveles de la médula ósea que dan permiso a una normal producción de glóbulos rojos. En los últimos libros de texto de medicina interna ya se publica que los valores normales de ferritina para conseguir una buena eritropoyesis, o sea, una buena formación de glóbulos rojos, oscila entre 50 y 250 ng /ml¹¹, aunque los valores considerados como normales en la clínica habitual presentan una gran dispersión de resultados en su valoración, con tendencia a inferiorizarlos para toda la población, pero en especial para las mujeres.

El solapamiento de lo masculino con lo genéricamente humano tal como se define en un contexto histórico determinado es particularmente insidioso y susceptible de diversas interpretaciones (...). Ahora bien, el insidioso solapamiento tiene otra cara. Si se dice que lo masculino se solapa con lo genéricamente humano, se puede decir también que lo genéricamente humano se solapa con lo masculino (...). Y ante las universalidades sustitutorias, se requiere, si han de dejar de ser tales, un distanciamiento crítico que revele que una particularidad no examinada se cuela como universal en virtud del solapamiento a que nos hemos referido (...) un mecanismo crítico que va en sentido distinto a la lógica de la vindicación: la crítica del androcentrismo¹².

¹¹ *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 16.^a ed., 2005, páginas 586-592.

¹² Celia Amorós, *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2005, pág. 330.

Estas universalidades sustitutorias que señalaban los parámetros analíticos de los hombres como los valores «normales» entre las mujeres han sufrido un sesgo de género cuando, después de considerar al hombre como patrón, han introducido las diferencias entre mujeres y hombres en la valoración. Muchos parámetros bioquímicos relacionados con la energía, la fatiga y la calidad de vida, que han supuesto una gran innovación en los últimos diez años, ya que permiten detectar precozmente cambios sutiles en el sistema endocrinológico, inmunológico o hematológico, han sufrido un sesgo de género en su valoración y se consideran «normales» en las mujeres con cifras más bajas que en los varones, normalizándose de este modo la inferioridad.

LOS VALORES DE REFERENCIA.

LOS VALORES «NORMALES». LOS VALORES ÓPTIMOS

Muchos analistas conscientes de la dificultad que suponía hablar de parámetros de «normalidad» utilizan eufemismos y, en lugar de hablar de normalidad, indican al lado de los resultados de cada persona una valoración que titulan como «valores de referencia», según la población atendida en estos centros. Los valores de referencia indican límites de valoración en la población asistida en determinadas clínicas o laboratorios, por lo tanto sus datos se refieren a la población asistida o a los datos que, como hemos dicho antes, les indica la industria que les suministra los reactivos analíticos. Los expertos en farmacia y determinaciones analíticas nos dicen que los valores de referencia se tendrían que hacer teniendo en cuenta los caracteres biológicos, la edad y el sexo. Diferenciar por sexos y segmentar por edades. Además, si se quieren referir a población, se habrían de tener en cuenta muestras representativas. Si la distribución de los resultados sigue una distribución gaussiana, se toma la media, más o menos dos desviaciones estándar, lo que engloba el 95 por 100

de la población. Si la distribución de la muestra no es gaussiana, sino asimétrica, como el ejemplo de la TSH, se indican los extremos y se espera que el profesional que ha de interpretarla conozca cuál es la moda de una determinada analítica. Lo que en la tabla que se adjunta serían los valores de las personas que aparentemente no presentan ninguna enfermedad. Los denominados valores normales. Valores normales se refieren a la población normal, con buena calidad de vida y buenas funciones vitales. Se han de evaluar en función de los tests de calidad de vida. Los valores de referencia son costosos de conseguir en población sana y costosos de determinar. Por eso se usan datos de la bibliografía o del fabricante de los reactivos, que puede que haya subvencionado o no un estudio fiable, pero que no tendrá en cuenta calidad de vida, porque todavía no se exige como control.

Existen laboratorios de análisis clínicos que usan valores de referencia de hace 20 años. Pero el problema es que los

TABLA 2

PARÁMETRO	VALORES DE REFERENCIA	NORMALES	ÓPTIMOS
Hemáties	H: 4,2 mill-5,3 mill M: 3,8 mill-5 mill	H y M: 4,3-5,3 mill	4,5-5,3 mill
Hemoglobina	H: 13-16 mg/l M: 11-14 mg/l	H y M: 13-16 mg/l	14-16 mg/l
Ferritina	H: 20-200 ng/ml M: 5-120 ng/ml	H y M: 50-300 ng/ml	100-200 ng/ml
Saturación de transferrina	H: 25-55% M: 15-50%	H y M: 25-55%	35-50%
TSH (Hormona Tireotropa)	H y M: 0,4-5 μ U/ml	H y M: 0,3-2,5 μ U/ml	1 μ U/ml

valores de referencia no sirven para decir si un determinado resultado en las analíticas es normal o patológico. Y este concepto confunde habitualmente a los profesionales sanitarios que deben interpretarlos, ya que los valores de referencia se confunden con los valores normales, sin que las dos valoraciones se hayan relacionado con el estado de salud ni con la calidad de vida¹³. ¿Es normal que una mujer presente un millón menos de glóbulos rojos que el hombre? ¿O tan sólo es frecuente? ¿Podemos considerarlo como una anemia leve y por lo tanto iniciar un tratamiento?

Si tenemos en cuenta los valores de referencia que se adjuntan en la tabla, una mujer que presente una cifra de hematíes de 3,8 millones, y su profesional no entienda que estos valores significan patología, va a ser considerada «normal» en este aspecto. De hecho esta diferencia, en este caso, esta inferioridad se ha considerado normal, y por ello se ha considerado «normal» que las mujeres posean de medio a un millón menos de hematíes que los varones.

Otros parámetros relacionados con el metabolismo de los glóbulos rojos, como los niveles de hemoglobina, el volumen corpuscular medio o las reservas de hierro (ferritina), también presentaban diferencias ostensibles según el sexo de las personas analizadas. ¿Lo que era normal para un hombre no lo era para una mujer? Estas diferencias no se han estudiado con métodos rigurosos y epidemiológicos de forma sistemática, sino que se aceptó la existencia de diferencias en el metabolismo del hierro y glóbulos rojos, con un silogismo que puede ser falso: dado que las mujeres tienen la menstruación, es «natural» que tengan menos glóbulos rojos porque pierden sangre cada mes. De hecho, se ha normalizado la inferioridad.

¹³ D. H. Rushton, R. Dover, A. W. Sainsbury, M. J. Norris, J. J. Gilkes e I. D. Ramsay, «Iron deficiency is neglected in women's health», *BMJ*, 325 (7373), 2002, pág. 1176.

Un claro ejemplo es la valoración del indicador de la reserva de hierro, la ferritina¹⁴. Los valores normales de la ferritina (de 50 a 200 ng/ml) se correlacionan con el hierro almacenado en la médula ósea¹⁵, pero los valores de referencia de la ferritina, en diversos laboratorios de análisis clínicos, son absolutamente dispersos según los diversos laboratorios de análisis clínicos, sean hospitalarios o ambulatorios. No se ha valorado la relación que existe entre los niveles de ferritina y la capacidad vital, el cansancio, la energía corporal, el dolor muscular generalizado y la ansiedad, ni con la calidad de vida. Además, cuando los resultados de referencia se expresan de forma diferente entre mujeres y hombres, se asigna a los hombres los valores de referencia que son más elevados. Se ha aceptado como «normalidad» la inferioridad de estos parámetros en las mujeres en edad reproductiva o premenopáusicas, como consta en muchos documentos de valores de referencia. Por lo tanto, la mayoría de mujeres con deficiencia de reservas de hierro no son tratadas adecuadamente, ya que no se diagnostica una carencia, sino que se considera «normal» que sea carente, con la persistencia durante toda la vida del cansancio y el dolor muscular que conlleva esta carencia (véase capítulo 6).

Esta primera observación de la dispersión de resultados en unos parámetros que están frecuentemente alterados en el sexo femenino durante la edad reproductiva, así como el hecho de reducir la inferioridad a normalidad, constituyen sesgos de género que la medicina debería abordar, adecuando los límites de los valores normales o valores de referencia a parámetros clínicos de salud y calidad de vida. De lo contrario, se generarán desigualdades en salud, en lugar de hacer que las nuevas innovaciones en la tecnología de los instrumentos de diagnóstico sirvan para mejorar la igualdad de las condiciones biológicas de salud.

¹⁴ M. R. Naghii y A. I. Fouladi, «Correct assesment of iron depletion and iron deficiency anemia», *Nutr Health*, 18 (2), 2006, págs. 133-139.

¹⁵ R. S. Hillman y C. A. Finch, *Red Cell Manual*, 7.^a ed., Filadelfia, Davis, 1996, págs. 20-26.

Que la existencia precede a la esencia, como reza el conocido postulado existencialista, significa que los seres humanos no pueden vivir su relación con características adscriptivas que presuntamente les definirían —lo que ahora llamamos «identidades», tanto de género, como nacionalistas, culturales, etc.— sino en la forma de la desidentificación, la transcendencia, la permanente reinterpretación. Existimos, pues, nuestras «identidades», las somos en la forma de no serlas, ya que el ser humano es lo que no es y no es lo que es: en tanto que proyecto, nunca se le adhieren características dadas, ni biológica ni discursivamente producidas, sin que medie un elemento crítico-problemático implicado en la forma misma en que son apropiadas y vividas (...) las identidades, cuando van íntimamente unidas a un proyecto emancipatorio, no se ontologizan ni se reifican, sino que, podríamos decir, se vuelven funcionales para la propia lucha emancipatoria en cuyo proceso, a su vez, se transforman y se redefinen permanentemente¹⁶.

Este trabajo de verificación que puede parecer farragoso para el público profano es imprescindible realizarlo en el futuro para cada uno de los parámetros analíticos que utilizamos actualmente en la clínica diaria y en los trabajos de investigación en salud pública, si queremos entender uno de los lenguajes simbólicos que nuestro cuerpo nos ofrece, si queremos entender parte de nuestra identidad biológica y si queremos poder proyectar lo que todavía no somos, como dice Celia Amorós. Porque si no reificamos ni ontologizamos los valores normales, ni mucho menos los de referencia, que no tienen relación ni con la energía ni con lo patológico, quizás podremos conseguir que las nuevas tecnologías analíticas que nos permiten analizar aspectos cada día más sutiles de nuestro organismo se conviertan en aliados en la «propia

¹⁶ Celia Amorós, *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*, 3.^a ed., Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2008, pág. 361.

lucha emancipatoria» para la que todas las mujeres precisan el máximo de energía, por lo que propongo trabajar en una nueva valoración que sería la de *valores óptimos*. Los valores que nos permitan el máximo de calidad de vida, el máximo de energía y vitalidad en los años que podamos vivir. Los valores que seguramente tendremos que redefinir permanentemente, como dice Amorós, en otros niveles, pero que necesitaremos si queremos tener una salud que supere los términos de «ir tirando», para conseguir los de una salud para disfrutar. Porque para eso tenemos la vida, para disfrutarla cada minuto, y no para seguir los dictados de los que quieren decir cómo hemos de vivirla.

De esta reflexión, muy centrada en los análisis clínicos, se desprende la necesidad de una nueva mirada sobre el contenido de la medicina. Una mirada no androcéntrica, una mirada sobre las diferencias sin desvalorizarlas. Una mirada sobre el organismo humano, que con estas y otras exploraciones analice el funcionamiento y pueda imaginar lo que ocurre en su interior, en el cruce del lenguaje simbólico y de la realidad de su funcionamiento.

La mirada médica que hemos visto posarse en regiones de dos dimensiones, la de los tejidos y la de los síntomas, deberá, para conciliarlos, desplazarse a lo largo de una tercera dimensión. De este modo se definirá el volumen anatómico (...) entre el volumen patológico o más bien constituye lo patológico como volumen; es la profundidad espacialmente discursiva del mal (...) a partir de la anatomía patológica (...) lo médico y lo patológico se pertenecen, desde el interior, en la plenitud del organismo¹⁷.

Y yo añado la dimensión del funcionamiento hormonal y bioquímico, el funcionamiento del órgano con la ecografía o la

¹⁷ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI de España, 1999, págs. 194-195.

RNM. Vemos el cuerpo en tres dimensiones pero vivo y en funcionamiento, todo un lenguaje simbólico que se nos había hurtado, que no habíamos visto y que rompe con imaginaciones falsas para acercarnos al mundo de lo real dentro del organismo.

La descripción de la anatomía patológica, como método de análisis del cuerpo humano, alegra sobremanera a Foucault porque lo ve como una manifestación de la verdad, «el espacio discursivo del cadáver: el interior revelado»¹⁸, después de años de oscurantismo o de interpretaciones falsas sobre la locura y sobre el funcionamiento del cuerpo en la histeria. Yo también me alegré al descubrir las posibilidades diagnósticas sobre la morbilidad diferencial que me ofrecían los nuevos métodos analíticos, pero una vez más he tenido que reconocer que mientras la valoración la continúe haciendo una ciencia androcéntrica, que no ha tenido en cuenta como seres para estudiar a mujeres, infancia, emigrantes o personas mayores, los avances tecnológicos sólo están sirviendo para normalizar la inferioridad y para ocultar la verdad.

VALORACIÓN DE LAS DIFERENCIAS COMO MINUSVALÍAS Y NO COMO CONSECUENCIA DE LA DISCRIMINACIÓN

La primera discriminación en el estudio de las diferencias entre mujeres y hombres ha sido la metodología sesgada al establecerlas a partir de una completa desigualdad de los organismos al hacer comparaciones y, en segundo lugar, como hemos visto, confundir lo frecuente en un sexo como si fuera lo normal. En los dos casos se naturaliza la inferioridad del sexo femenino bajo la capa de normalidad, por ser tan frecuentes las anemias, los hipotiroidismos y la misma violencia. Recordemos «mi marido me pega lo normal» y hagamos una transposición: «La medicina me discrimina

¹⁸ *Ibid.*, pág. 275.

con lo normal.» ¿Y qué ocurre con los estudios de la capacidad cognitiva? ¿Qué pasa cuando la psicología investiga sin la biología?

La tesis doctoral de María Jayme¹⁹ explora las diferencias de sexo en procesos atencionales, con diferentes métodos, para analizar la sensibilidad perceptiva y criterio de decisión, a través de los cuales se pueden explorar diferencias individuales en seguridad y confianza en la propia decisión e índices de rendimiento como porcentajes de aciertos u omisiones. Relata sus resultados textualmente:

Partiendo de que entre los sujetos de la muestra no existían diferencias de sexo (ni en inteligencia general ni en capacidades específicas como verbal, numérica, espacial o abstracta), del estudio de los resultados en pruebas atencionales clásicas (de vigilancia y de atención selectiva), cronométricas y de rotación mental, observamos que en conjunto las mujeres eran más lentas (en términos de velocidad de respuesta) y menos precisas (en términos de rendimiento medio, con un porcentaje superior de falsas alarmas) que los hombres, siendo la diferencia estadísticamente significativa en las pruebas atencionales y creemos que en función de las operaciones cognitivas implicadas en la realización de las tareas (es decir, a mayor nivel de complejidad de la tarea mayor probabilidad de diferencias de sexo en los resultados). La mayor lentitud femenina a nuestro juicio se sustenta posiblemente en diferencias en el tipo de estrategias cognitivas aplicadas a la resolución de tareas, en esas variables de naturaleza motivacional relacionadas con la cautela femenina.

La autora, sorprendida quizás por sus propios resultados, intenta encontrar una explicación psicológica e introduce la «cautela femenina» como un nuevo elemento que en reali-

¹⁹ María Jayme y Victoria Sau, *Psicología diferencial del sexo y el género*, 2.^a ed., Barcelona, Icaria, 2004, págs. 240-241.

dad no formaba parte del análisis, pero dado que en ningún momento se plantea que el pensamiento y la psicología se piensan y se sienten en un organismo, intenta encontrar razones para entender esta aparente lentitud de reacciones entre las mujeres, y busca razonamientos que la justifiquen, ya que, a su modo de ver, «no existían diferencias de sexo en la muestra», pues había analizado su «capacidad de inteligencia general y sus capacidades específicas». Si tenían iguales capacidades pero los resultados de las pruebas de atención eran desiguales, la autora se pregunta por qué y se da una respuesta psicológica y psicologizadora que sesga aún más el proceso:

Las diferencias se deberían (...) al tipo de procesamiento realizado por hombres y mujeres, a la naturaleza de las estrategias utilizadas para resolver las tareas, a diferencias en los procesos de respuesta versus los procesos de evaluación de estímulos y, especialmente, a factores inherentes a los propios sujetos que se sustentarían en aspectos socio-culturales, tales como confianza en las propias capacidades para realizar las tareas, expectativas de éxito y seguridad en las respuestas dadas, relacionada esta última con la cautela al responder. Todos estos aspectos colocarían a las mujeres en una situación de inferioridad respecto a los hombres en el rendimiento cognitivo en general.

Creo que en lugar de aceptar una situación «natural» de inferioridad en cuanto al rendimiento cognitivo de las mujeres, tendríamos que analizar si existen «factores inherentes» a las propias sujetas que no fueran sólo si tienen confianza en sí mismas o expectativas de éxito o sensación de seguridad, y tal como he descrito en los capítulos 5 y 6, las alteraciones biológicas o las carencias que pueden afectar a la capacidad de atención y de memoria son múltiples y de predominio entre las mujeres. La más frecuente y que puede afectar a las capacidades cognitivas depende de la fase del ciclo

menstrual y no hemos encontrado estudios o investigaciones de psicología que tengan en cuenta la fase del ciclo menstrual o los niveles de anemia, ferropenia, hormonas tiroideas o carencias de otros minerales al comparar mujeres y hombres.

He intentado detallar de forma exhaustiva hasta qué punto las carencias fisiopatológicas pueden afectar a los procesos cognitivos, y la lectora o el lector que me haya seguido hasta aquí entenderá el porqué de la minuciosidad en la descripción de una clínica que, además de ser invisible, con este mismo desconocimiento contribuye a que se considere inferiores a las mismas mujeres, cuando lo que es inferior es la ciencia que pretende decidir desde las relaciones de poder masculinas dominantes.

Por el contrario, he demostrado con múltiples evidencias que la depleción de la reserva de hierro en el organismo afecta especialmente al sistema nervioso central y a las zonas del cerebro relacionadas con la memoria, la capacidad de concentración y la ansiedad. Esto afecta a lo largo de la vida de las mujeres a más del 75 por 100 y en mayor grado a mujeres por debajo de los 25 años, edad en que se hacen los trabajos que comparan niveles de inteligencia entre jóvenes estudiantes. Con elevados niveles de ansiedad es muy difícil que se pueda tener «confianza y seguridad» en las propias decisiones, porque no se piensa igual si hay anemia, ferropenia o hipotiroidismo. Patologías que, a pesar de ser frecuentes, no son inherentes a las sujetas en estudio, y que además podrían ser corregidas fácilmente con la terapia adecuada, en lugar de aceptar con facilidad que las mujeres pueden estar en inferioridad a los hombres en los procesos cognitivos, sólo por problemas culturales que las hacen más cautelosas y menos decididas.

La autora, María Jayme, afirma también que es probable que los estereotipos de género se hayan introducido en la subjetividad de mujeres y hombres al enfrentarse a cualquier tarea, en especial si las mujeres llegan a creer que «de verdad» no están preparadas para leer mapas o pensar en rota-

ciones en el espacio, que afecten a su capacidad de realización. Pero se queda en el terreno de la psicología cuando se refiere a:

la experiencia previa, bajo la forma de sencillos juegos en la infancia, ciertas variables de personalidad, los intereses fruto de la tipificación sexual (...). Posiblemente todo ello interacciona para producir un resultado que permanece, sin embargo, como un enigma al que contribuyen ciertas diferencias de sexo biológicas que apuntan, según los últimos datos, a la propia organización cerebral de hombres y mujeres. El sentido último de las diferencias queda pues sin ser revelado, reclamando de este modo más investigación.

Y en este último punto estoy de acuerdo totalmente. Más investigación, desde las primeras fases del desarrollo infantil y con conocimiento profundo y tratamiento adecuado de las carencias metabólicas y endocrinas, ya que no podemos obviar que éstas también afectan al desarrollo del cerebro infantil, mucho más vulnerable que el de los adultos a los tóxicos ambientales y domésticos, a la desnutrición y a la influencia de sus hormonas tiroideas y suprarrenales. Más investigación multidisciplinar en la que investiguen al mismo tiempo profesionales de la medicina, de la psicología, de la enfermería y del trabajo social, con mente abierta, vitalidad y energía cargada, para llegar al fondo de la verdad que es, sin hacer atribuciones imaginarias de lo que no es.

CAPÍTULO 9

Reduccionismo de la etiología

Hipótesis: la crisis se inició y la era aún apenas esbozada de la antipsiquiatría comenzó cuando se tuvo la sospecha, y muy pronto la certeza, de que Charcot producía efectivamente la crisis de histeria que describía. Tenemos aquí, en parte, el equivalente del descubrimiento hecho por Pasteur en el sentido de que el médico transmitía las enfermedades que supuestamente debía combatir. Me parece, en todo caso, que todas las grandes sacudidas que estremecieron la psiquiatría desde fines del siglo XIX pusieron esencialmente en cuestión el poder del médico. Su poder y el efecto que producía en el enfermo, más que su saber y la verdad de lo que decía sobre la enfermedad. Digamos con mayor precisión que, de Bernheim a Laing o Basaglia, lo que se puso en entredicho fue la implicación del poder del médico en la verdad de lo que éste decía y, a la inversa, la posibilidad de que esa verdad fuera fabricada y comprometida por su poder¹.

¹ Michel Foucault, *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*, Madrid, Akal, 2005, pág. 335.

REDUCIENDO ETIOLOGÍAS
PERDEMOS DE VISTA LA COMPLEJIDAD

No somos personas *generizadas* un día y *organismos sexuados* al día siguiente, sino que somos las dos cosas simultáneamente, y este hecho hace que para cada problema de salud tengamos posibilidades diferenciadas².

En el momento del diagnóstico médico, cuando se trata de buscar la causa o las causas de la enfermedad de una persona concreta, o en el diagnóstico epidemiológico, cuando se trata de buscar las causas de la salud o la enfermedad de las poblaciones, es cuando es más difícil ceñirse a los datos y no actuar con prepotencia, como si de antemano el profesional «ya supiera la verdad». En relación con el diagnóstico médico dirigido a las mujeres, muchas veces se ha actuado más con suposiciones que con datos certeros y con diagnósticos más o menos probables, y como ya he descrito hasta estas páginas, haciendo invisible unos problemas y magnificando otros. El hecho de que la ciencia médica haya nacido sesgada respecto a la posibilidad de diagnosticar qué les ocurre a las mujeres o el porqué de su malestar, es fundamentalmente por que ha nacido androcéntrica y ha tendido a considerar como inferiores o menos importantes los problemas de salud de las mujeres.

Pero las formas en que se ejercen estos sesgos en el diagnóstico son complejas, ya que será necesario investigar en cada caso concreto, o en cada análisis de la salud de la población, qué etiologías existen que dependen del género o qué etiologías dependen de la posesión de un orga-

² Nancy Krieger, «Gender, sexes and health: what are the connections and why does it matter?», *Int J Epidemiol*, 32, 2003, págs. 652-657.

nismo sexuado. Si estamos de acuerdo en que las causas de la enfermedad o de las disfunciones de un organismo son biológicas, psicológicas, sociales, laborales, culturales y medioambientales, podríamos convenir en que reducir todo el malestar a una etiología biológica, o psicológica o social, es un reduccionismo etiológico que conlleva además a inferiorizar a las mujeres que son diagnosticadas con esta miopía de elementos.

Es muy posible que en cada caso concreto, y en momentos determinados de la vida de cada persona, en las distorsiones de su salud pesen más las condiciones sociales de sus vidas, y en otros momentos pesen más los condicionantes biológicos, pero es un reduccionismo que impide la valoración correcta de cada mujer si a cualquier tipo de demanda le atribuimos una etiología psicológica, que acabamos tratando con medicación psicofarmacológica, o sea, psiquiátrica. De una forma simbólica, y no como en la época en que el profesional de la medicina transmitía las infecciones porque no se lavaba las manos cuando pasaba de un paciente a otro, el médico o médica puede transmitir la idea de que todo lo que le pasa a la paciente es debido a una depresión.

Es el poder del momento del diagnóstico, el poder del momento que algunas personas han vivido como el momento de la sentencia, el que tiene una gran efecto sobre la mente y el cuerpo. Y este momento está a veces alejado de la verdad porque los sesgos en la forma de investigar, y la docencia que han recibido los profesionales de la medicina y de la psiquiatría, los sesgos que han hecho a las mujeres invisibles para la ciencia, las han convertido en elementos inferiores en el campo de la investigación. A continuación voy a enumerar y describir los diversos tipos de reduccionismo en el diagnóstico que conducen a minimizar la mayoría de las patologías de las mujeres y a que el diagnóstico sanitario no refleje la verdad de lo que está ocurriendo.

REDUCCIONISMO AL CONSIDERAR QUE LOS PROBLEMAS
DE SALUD DE LAS MUJERES SON SIMILARES
A LOS DE LOS HOMBRES³

Hasta el año 1993 la mayoría de los programas de investigación que se realizaban en relación con las enfermedades cardiovasculares, enfermedades cancerosas o enfermedades laborales se realizaron sólo teniendo en cuenta hombres, sin incluir ninguna mujer entre los sujetos investigados. Sea para el estudio del tabaquismo, de los lípidos, de las enfermedades profesionales o de los fármacos que puedan ser usados en el tratamiento de los infartos de miocardio, las arritmias o los procesos cancerosos, habían sido estudiados sólo hombres dentro de la cohorte de estudio. Por lo tanto, el primer dato es que las mujeres durante años fueron excluidas de los ensayos clínicos. Muchos de estos ensayos se habían realizado sólo entre hombres con la suposición no comprobada de que los resultados se podían aplicar automáticamente a las mujeres y que, en cambio, sólo los hombres corrían unos determinados riesgos, por lo que era prioritario estudiarlos como grupo. En realidad, sólo a los varones en edad productiva, «los productores», porque el mismo esmero investigador no se aplicó ni con los niños varones, ni con los ancianos mayores de 60 años. De este modo nadie se pudo dar cuenta *a priori* de que los síntomas de infarto de miocardio de las mujeres eran diferentes a los de los hombres, con mayor dolor retroesternal y dolor en la boca del estómago y en las mandíbulas que en el brazo izquierdo, que es el tipo de infarto que mayoritariamente presentan los hombres. El reduccionismo ha consistido en pensar que era posible extrapolar los resultados obtenidos en hombres a las mujeres.

³ M.^a Teresa Ruiz y Lois Verbrugge, «A two way view of gender bias in medicine», *J Epidemiol Comm Health*, 51, 1997, págs. 106-109.

REDUCCIONISMO AL CREER QUE LAS MUJERES
ESTÁN PROTEGIDAS POR SUS DIFERENCIAS

La cardióloga americana Bernardine Healy⁴ en el año 1991 analizó la mala praxis de los servicios de cardiología al no realizar las mismas técnicas diagnósticas y las mismas exploraciones a mujeres y a hombres. Como consecuencia de no utilizarlas en mujeres que tenían igual patología de coronarias que los hombres, pero a las que se mandó a casa sin realizar la intervención quirúrgica de coronarias que estaba protocolizada, algunas mujeres murieron y otras presentaron un infarto de miocardio en el año siguiente, mientras que los hombres operados no presentaron complicaciones en la mayoría de casos. La doctora Healy analizó precisamente de dónde nacía este posible sesgo inconsciente, y comprobó que en la discusión de los trabajos que analizaban esta práctica errónea los especialistas se justificaban diciendo que creían que las mujeres estaban «protegidas de forma natural por sus hormonas» y «no podían sufrir infartos» como los hombres. Se realizó en este caso una inferencia rápida no basada tampoco en estudios fisiopatológicos sino en la «creencia», y decimos creencia con todo el contenido ideológico que supone esta palabra, de que las mujeres tenían unas hormonas denominadas estrógenos que las protegían, recordando sólo una parte del capítulo correspondiente a la fisiología, ya que los estrógenos son trombogénicos, como se ha comprobado posteriormente con los anticonceptivos hormonales y la terapia hormonal de la menopausia. Este reduccionismo está haciendo invisibles los factores de riesgo cardiovasculares entre las mujeres.

⁴ Bernardine Healy, «The Yentl Syndrome», *New Engl J Med*, 325, 1991, págs. 274-276.

REDUCCIONISMO DE LAS DIFERENCIAS
AL SER VISTAS LAS MUJERES COMO NO-HOMBRES

Las mujeres han permanecido invisibles como seres diferentes en la biología, en la psicología. No se ha incluido en las investigaciones sobre salud, sobre patologías o sobre fármacos qué influencia tienen la cultura, las relaciones de poder y los estereotipos de género en la salud. Por ejemplo, no se ha incluido en los trabajos de investigación sobre las causas de enfermar ni la violencia de género que, ampliamente extendida en las capas más profundas de las relaciones humanas tanto domésticas como laborales, a niveles de ocio o de convivencia humana, está produciendo graves consecuencias de salud psicológica y física; ni tampoco el impacto sobre la salud de su papel de cuidadoras que han mantenido las mujeres como un formato socialmente determinado: casi el 75 por 100 de los cuidados no remunerados en el hogar está proporcionado por los parientes próximos y, de éstos, las dos terceras partes son mujeres, y este papel de cuidadoras tiene un impacto en las trayectorias y en las carreras profesionales de las mujeres porque limita su evolución personal y condiciona incluso el trabajo que aceptan y realizan⁵. Como afirma María Ángeles Durán⁶, «de cada mil amas de casa, ciento sesenta y dos cuidan por lo menos a un minusválido o enfermo grave durante alguna época del año». Difícilmente se incluyen las condiciones de trabajo, salarios, precariedad laboral o promoción en los estudios de

⁵ María del Mar García Calvente, I. Mateo Rodríguez y A. P. Eguiguren, «The system of informal caregiving as inequality», *Gaceta Sanitaria*, 18, mayo de 2004, Suppl. 1, págs. 132-139.

⁶ María Ángeles Durán, *De puertas adentro*, Madrid, Instituto de la Mujer, Serie Estudios, núm. 12, 1987, pág. 93.

salud, y estas condiciones son muy diferentes en mujeres que en hombres, condicionando situaciones de estrés latentes o manifiestas.

Un problema también observado que sesga e impide la visibilidad de los problemas de género en las investigaciones de salud pública es precisamente no incluir en las encuestas preguntas o cuestiones relativas a las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres y también a las diferencias de sobrecarga diaria con los hombres, la doble jornada y las tareas concretas que realizan en el ámbito doméstico. Si los estudios que se hacen en salud pública sólo se basan en las necesidades y problemas de algunos grupos que son los habitualmente más favorecidos, las políticas que se realicen sobre estos datos, aunque aparentemente parecieran dirigidas a toda la población, acabarían mejorando la salud de los grupos más favorecidos e incrementando las desigualdades. Cuando se introdujo el abordaje de género en las encuestas de salud de población —y en este abordaje Carme Borrell e Izabella Rohlfs⁷ son pioneras en España—, no sólo se analizaron los datos de salud separados por sexo para saber qué problemas ocurren a mujeres y hombres de forma diferente, sino que la variable género significó también analizar de forma crítica cuáles son las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres que sean consecuencia de las relaciones de subordinación, dominio y poder. Ser mujer no es tan sólo no ser hombre⁸.

⁷ Izabella Rohlfs *et al.*, «La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud», *Gaceta Sanitaria*, 14 (2), 2000, págs. 146-155.

⁸ Suzanne R. Kunkel y Robert C. Atchley, «Why gender matters: being female is not the same as not being male», *Am J Prev Med*, 12 (5), 1996, págs. 294-295.

REDUCCIONISMO ETIOLÓGICO SOCIOCULTURAL

Tal como he ido describiendo, existe un amplio abanico de interacciones entre condiciones biológicas, psicológicas, sociales y medioambientales que interactúan de forma diferente en hombres y mujeres. Hemos definido el término de *morbilidad diferencial*⁹ para objetivar estas condiciones. Definimos la morbilidad femenina diferencial como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino.

Puede ser causada por las *diferencias biológicas* con el sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos. También entran en esta definición las enfermedades que, sin ser específicas del sexo femenino, se presentan con una *mayor frecuencia* (alta prevalencia) y son causa de enfermedad, discapacidad o muerte prematura, más entre las mujeres que entre los hombres, como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinológicas y la ansiedad y depresión.

Existen también *factores de riesgo diferenciales* que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes Mellitus u obesidad. Lois Verbrugge en 1989¹⁰

⁹ Carme Valls-Llobet, Marta Banque, Julia Ojuel y Merce Fuentes, «Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres», *Anuario de Psicología*, vol. 39, núm. 1, abril de 2008, págs. 9-22.

¹⁰ Lois Verbrugge, «The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality», *J Health Soc Behav*, 30, 1989, págs. 282-304.

señalaba que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno, la falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias.

la cultura biomédica en la que en general nos hemos formado es biologicista, esencialista, naturalizadora, en cuanto que sustenta la definición de los síntomas y malestares en la biología (una determinada interpretación de la biología) y jerarquiza lo social y lo cultural a lo biológico/psicológico. Esto, en el caso de las diferencias entre hombre y mujeres, facilita que se puedan justificar las desigualdades sociales a partir de una biología y una psicología definida como diferenciales¹¹.

Creo que cuando la profesora Esteban hace esta afirmación se refiere al reduccionismo psicológico o al reduccionismo reproductivo que ha impedido investigar de forma clara «otra determinada interpretación de la biología». Las enfermedades que son predominantes en el sexo femenino, lo que denominamos morbilidad diferencial, es la asignatura pendiente para la medicina, tanto para la atención primaria como para la atención hospitalaria, y tal como he descrito en el capítulo de riesgos invisibles, también pueden ser causadas por la contaminación ambiental o laboral.

¹¹ Mari Luz Esteban, *Introducción a la antropología de la salud*, Bilbao, OSALDE, 2007, pág. 79.

REDUCCIONISMO REPRODUCTIVO

La noción de que existen diferencias intrínsecas entre los dos sexos ha conducido a la consideración de que la salud de las mujeres es sólo una salud reproductiva y muchos profesionales sanitarios y muchas de las políticas que se establecen en los países en relación con la salud de las mujeres se centran sobre todo en vincular la salud con el embarazo, la anticoncepción, la planificación familiar y recientemente con la menopausia. Se visibilizan precisamente los problemas relacionados con su misión reproductiva, pero se acaban invisibilizando otros problemas también relacionados con la salud reproductiva, como puede ser la misma menstruación, que todavía es un tema tabú para la asistencia primaria y permanece invisible para la investigación científica. Este reduccionismo hacia la salud reproductiva ha tenido como consecuencia la organización de servicios asistenciales con unidades que atienden «exclusivamente los problemas de las mujeres» o «unidades de atención a la mujer», segregadas de las unidades de atención primaria o del sistema de atención de un hospital, olvidando la similaridad de problemas de salud entre mujeres y hombres, y obstaculizando la introducción real de una mirada de género no sesgada en la atención primaria, en la medicina interna o en las especialidades médicas. De hecho, resulta una paradoja porque, analizándolas de forma separada, se las introduce en un gueto que impide precisamente la visibilidad de la morbilidad que presentan y la atención correcta a los problemas que pueden ser comunes a toda la población, como serían la hipertensión, la diabetes, etc., que por no ser consideradas enfermedades «de las mujeres», pero ser mucho más frecuentes entre ellas, serían mucho menos visibles en estas denominadas Unidades de Atención a la Mujer.

REDUCCIONISMO PSICOLÓGICO Y/O PSIQUIÁTRICO

Se supone que existen diagnósticos diferentes con más prevalencia entre mujeres que entre hombres, sin que hayan sido probados (por ejemplo, se afirma que las mujeres son más depresivas o más ansiosas, o que sienten subjetivamente mucho más dolor), cuando quizás se podrían obtener diagnósticos más rigurosos si se usaran métodos más adecuados a los problemas o se interpretaran de forma distinta los resultados analíticos que se obtienen en los laboratorios (por ejemplo, muchas enfermedades endocrinológicas subclínicas y clínicas causan síntomas parecidos a los cuadros ansiosos depresivos e interfieren incluso en los tratamientos que se administran en forma de psicofármacos a estas pacientes). Dada la importancia de este reduccionismo, lo describiré más a fondo al final de este capítulo. Pero hay que dejar constancia del esfuerzo de muchas psicólogas, en especial dentro del campo de la psicología social, para de-construir desde una perspectiva feminista muchas de las afirmaciones que se han hecho desde una ciencia y unas pruebas y cuestionarios contruidos con una mirada androcéntrica. Al respecto, la profesora Teresa Cabruja afirma que es necesario:

deconstruir las naturalizaciones y dualismos e incorporar un análisis de género (a la psicología) comprometido éticamente y políticamente con una genealogía de la epistemología y los movimientos feministas, ya sea para los estudios sobre las subjetividades, las sexualidades y las otredades, donde el heterosexismo y el etnocentrismo, con todas sus intersecciones, especialmente en el contexto de la globalización, dificulten que cuando el «género entre por la puerta... del aula, del despacho, de casa o salga a la calle, el compromiso político con las relaciones de poder no salte por la ventana», contribuyendo, además, a romper

uno más de los dualismos, el de profesionalismo/despoli-
tización¹².

A buen seguro que el trabajo de deconstrucción de todos los diagnósticos que han contribuido a inferiorizar a las mujeres lo habremos de realizar equipos multidisciplinarios con psicólogas, médicas, diplomadas de enfermería y trabajadoras sociales.

REDUCCIONISMO ALTERNATIVO

El malestar creciente de un gran número de mujeres y algunos hombres, y en especial el dolor y las contracturas que tienen por ahora un pobre tratamiento en medicina occidental, así como las enfermedades alérgicas y las disfunciones digestivas, han hecho emerger gran número de medicinas alternativas que buscan paliar estos problemas de salud. El naturismo, la homeopatía, la acupuntura o la osteopatía son métodos alternativos, que si tienen como fin servir de ayuda en una lectura del cuerpo humano más energética, pueden colaborar a mejorías parciales, pero que si intentan encontrar, como los otros reduccionismos, la causa única del malestar y prometen arreglarlo «todo», negando cualquier otro tipo de posibilidad terapéutica, acaban produciendo efectos negativos en las personas que las siguen. Dada la complejidad del organismo humano y las diversas lecturas —energéticas, bioquímicas, hormonales y orgánicas— que podemos hacer de él, creo que será siempre un fracaso intentar soluciones aisladas que lo resuelven «todo», aunque sea con la mayor buena voluntad e intento de ayuda a los y las pacientes. En algunos casos hemos podido observar pretendidas dietas depurativas o desintoxicantes que acaban produciendo avita-

¹² Teresa Cabruja, «¿Quién teme a la psicología feminista?», *Proposições*, vol. 19, núm. 2 (56), 2008, págs. 25-46.

minosis graves (escorbuto, beriberi, etc.) con la intención de dejarlas libres de sustancias que las habían contaminado. En este campo, que no está cubierto por la sanidad pública, existen pocas posibilidades de seguir una evaluación continuada de la eficacia de las técnicas, que muchas veces suponen un gasto alternativo fuerte para las pacientes y no siempre con buenos resultados, en especial en los casos en que seguir una determinada terapia suponga casi adscribirse a una secta, excluyendo cualquier otra posibilidad.

REDUCCIONISMO DE LA DISCRIMINACIÓN

En una primera aproximación social a los problemas de salud de hombres y mujeres se podría atribuir su etiología a situaciones relacionadas sólo con la discriminación, pero una aproximación más profunda ha señalado la influencia de la pobreza, la clase social, las demandas de trabajo, la influencia del medio ambiente, la exposición a sustancias contaminantes y la distribución gubernamental de los servicios sociales, en especial sobre los problemas de salud de las mujeres, porque son un colectivo que está muy afectado por una desigual distribución de las cargas familiares (cuidado de personas mayores, personas enfermas y niños y niñas) y de la riqueza.

El modelo de atributos ambientales y personales incluye cuatro categorías: clase social, cultura y etnicidad, añadidos a los factores individuales. En relación con los factores individuales, los riesgos de conducta potencialmente modificables como el tabaco o el alcohol, la cantidad de actividad física y los hábitos dietéticos, así como otros factores no modificables como la edad, el género o el bagaje genético, pueden aparecer como factores que contribuyen a los porcentajes de enfermedad o salud. Pero estas cuatro áreas de influencia no son independientes entre sí y pueden conducir a resultados confusos. Por

ejemplo, la pobreza, las escasas posibilidades de acceso a la cultura, la violencia y el acceso a la actividad física tienen una especificidad de género. Muchas veces lo que se atribuye a la raza o al género se debería atribuir al estatus socioeconómico cuando los efectos de los dos factores están adecuadamente separados¹³.

Otro factor que no se había tenido en cuenta es la discriminación que supone tener algún tipo de incapacidad física o psíquica o pertenecer a una etnia que no sea la dominante en una determinada población. Precisamente en este campo, la doctora Nancy Krieger¹⁴ ha desarrollado un cuestionario para evaluar la discriminación percibida por los emigrantes o por las etnias que conviven en condiciones de discriminación.

REDUCCIONISMO SOCIOLOGICO Y DE LAS CONDUCTAS DE LOS PROFESIONALES

La influencia de las conductas médicas en las estadísticas epidemiológicas es probablemente más grande que todo el sistema social combinado. Son los profesionales de la salud los que con su trabajo diario contribuyen a componer pieza a pieza las estadísticas de la morbilidad de una población, con los diagnósticos a los que llegan en cada caso concreto. Según su actitud, su atención, su formación, su tiempo y la retribución de su actividad profesional, las estadísticas que se podrán elaborar tenderán a acercarse a «la verdad» de lo que esté ocurriendo o se separará de la realidad sesgándola. He comprobado cómo en

¹³ J. B. McKinlay, S. McKinlay y S. Crawford, «Does variability in physician behavior explain any of the gender difference in cardiovascular disease», en N. S. Czajkowski, D. Robin-Hill y T. P. Clarkson (eds.), *Women, behavior, and cardiovascular disease*, Washington D.C., U.S. DHHS, Public Health Service, NIH Publications, 1994, págs. 223-252.

¹⁴ Nancy Krieger, *Social Science & Medicine*, 61, 2005, págs. 1576-1596.

los centros de atención primaria se tiende a considerar que la ansiedad y la depresión son los principales diagnósticos de las mujeres a los que se llega a partir del trabajo estadístico. Una vez realizado un curso de formación sobre morbilidad diferencial, voluntario para los profesionales del centro que lo deseen, los diagnósticos cambian y se acercan más a los descritos en los capítulos precedentes.

La comprensión epidemiológica es incompleta si la influencia del sistema social en el ámbito estadístico no está apropiadamente reconocida. Al tradicional triunvirato de agente, huésped y medio ambiente, una cuarta influencia puede ahora ser añadida desde la perspectiva de género que es la contribución desde el sistema social: cómo pueden influir en la salud las políticas de pago o reembolso de los gobiernos de la actividad sanitaria, las prioridades organizativas y la variable de conducta de los proveedores de la salud¹⁵.

La profunda influencia de la conducta del proveedor de salud en las estadísticas de diagnósticos está bien ilustrada si consideramos las grandes diferencias de género aceptadas en las enfermedades cardiovasculares (CVD). Siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa de muerte entre las mujeres, por encima del cáncer de mama, no son detectadas a tiempo porque no han sido incluidas en los objetivos de pago del proveedor de salud, que es el que marca los objetivos de la asistencia sanitaria.

Las mujeres tienen una prevalencia más baja de cardiopatía isquémica, pero con una mayor mortalidad en los seis meses posteriores. Los datos del Framingham Heart Study ajustados por edad indican que las mujeres sufren un 33 por 100

¹⁵ J. B. Mckinlay, «Some contribution from the social system to gender inequalities in heart disease», *J Health Soc Behav*, 37, 1996, págs. 1-26.

más de infartos de miocardio «silenciosos» que los hombres (34 por 100 para las mujeres comparado con el 26 por 100 para los hombres). Y en la franja de edad de 45 a 60 años, las mujeres tienen el doble de infartos de miocardio «silenciosos» que los hombres. Los investigadores del Copenhagen City Heart Study (en una investigación entre 20.000 mujeres y hombres que ha durado unos 20 años) han señalado que cuando se estima el número de infartos «silenciosos» añadido al número de casos de infarto de miocardio agudos, hay coincidencia entre hombres y mujeres. Sin embargo, la falta de atención específica a los factores de riesgo que matan, como hemos analizado en el capítulo de riesgos invisibles, contribuye a un reduccionismo de las etiologías.

Parece que tanto las circunstancias sociales como los procesos biofisiológicos contribuyen a las frecuencias y a las estadísticas observadas. Una rígida adherencia a una con exclusión de la otra es de un provincianismo destructivo. Además, esta aproximación tiene como resultado una incompleta y a veces poco rigurosa explicación de los fenómenos. Esta rigidez ha conducido a una investigación mal enfocada, a unas evaluaciones inapropiadas y a unas intervenciones mal concebidas relacionadas con la enfermedad. Como resultado, el reduccionismo sociológico entre sociólogos y trabajadores de salud pública se ha convertido en tan destructivamente miope como lo ha sido el reduccionismo biofisiológico entre los científicos de ciencias biológicas y naturales¹⁶.

He enumerado hasta aquí nueve causas de reduccionismo que contribuyen a la inferioridad de las mujeres en la medicina, ya que los profesionales sanitarios no han sido formados ni advertidos de la posibilidad de que sus diagnósticos se vean sesgados por alguno de ellos, y también ha costado,

¹⁶ J. B. Mckinlay, art. cit.

aunque menos, que la epidemiología incluyera la perspectiva de género en su metodología. Cuando una mujer se acerca al profesional de la medicina con la demanda de que está terriblemente cansada o con la queja de «que le duele todo», y solicitando cada día análisis y pruebas para «que le encuentren» lo que le pasa, es una reducción que, sin levantarse de la silla, sin explorar y con una analítica a la medida de las patologías del hombre, el profesional conteste: «Señora, usted no tiene NADA.» Porque, en este momento, la paciente queda reducida a la NADA, al *Homo sacer* de Agamben, quien, como está condenado a morir, no tiene ningún derecho a vivir, y en este momento su inferioridad es tan manifiesta que está psicológicamente «preparada» para ser manipulada y controlada, como veremos en el capítulo de las microviolencias en el acto médico. En especial, cuando se ponen en marcha dos reduccionismos que contribuyen a la indefensión de las mujeres: la violencia de género y la psicofarmacolización de la salud mental.

VIOLENCIA DE GÉNERO. VIOLENCIA Y GÉNERO

La violencia es, sin duda, un rasgo de nuestro peor orden, una manera por la cual se expone nuestra vulnerabilidad humana hacia otros humanos de forma más terrorífica, una manera por la cual somos entregados, sin control, a la voluntad de otro, la manera por la cual la vida misma puede ser borrada por la voluntad de otro¹⁷.

Desde el año 1999 hasta 2009, en España han muerto más de 500 mujeres víctimas de violencia de género¹⁸. Las Comunidades Autónomas con más asesinatos han sido An-

¹⁷ Judith Butler, *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2006, pág. 42.

¹⁸ Informe Fundación Mujeres, julio de 2003.

Galicia y Cataluña. Las denuncias por malos tratos se han duplicado en los últimos diez años y la mitad de ellas han sido a través de los servicios de asistencia sanitaria, porque ha habido una concienciación progresiva de los profesionales de la medicina del delito que supone, así como una acción de formación continuada por parte de los gobiernos autonómicos, además del debate social que ha supuesto la ley contra la violencia de género. La media de años de malos tratos que recibieron las mujeres que denuncian es de 7,5, lo que supone una grave amenaza para la salud física y mental de quienes la sufren¹⁹.

Pero la detección precoz en los servicios sanitarios de atención primaria es una asignatura pendiente, a pesar del desarrollo de instrumentos de cribaje validados y eficaces para detectar la violencia contra las mujeres²⁰. Se necesitarán estudios a largo plazo del impacto de las actividades de prevención de la violencia en la clínica que presentan las mujeres en atención primaria, así como cambios en la formación y desarrollo curricular de los profesionales de atención primaria, que deberán estar atentos a la detección precoz de la violencia de género²¹. Además, como señala la profesora Teresa Cabruja, «los distintos movimientos y estudios feministas han mostrado que la cuestión central es entender que la violencia doméstica constituye una ex-

¹⁹ Izabella Rohlfis y Carme Valls-Llobet, «Actuar contra la violencia de género. Un reto para la salud pública», *Gaceta Sanitaria*, 17, 2003, págs. 263-265.

²⁰ J. Brown *et al.*, «Application of the woman abuse screening tool (WAST) and WAST-Short in the family practice setting», *J Fam Pract*, 49, 2000, págs. 896-903; K. Sherin *et al.*, «HITS a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting», *Fam Med*, 18, 1998, págs. 651-653; y K. Fedhaus *et al.*, «Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department», *JAMA*, 277, 1997, págs. 1357-1361.

²¹ L. M. Candib, «Primary violence prevention: taking a deeper look», *J Fam Pract*, 49 (10), 2000, págs. 904-906.

tensión o continuación de una violencia cultural hacia las mujeres, puesto que tratamos justamente de política, de relaciones de poder, libertad, sumisión y autoridad en la violencia de género»²².

Por otra parte, se estima que una de cada cuatro mujeres en Estados Unidos ha sido acosada sexualmente en la infancia, y que una de cada cinco ha sobrevivido a ataques sexuales. La prevalencia de abusos sexuales en mujeres que acuden a centros de atención primaria se ha evaluado entre un 17 y un 46 por 100 en las que habían sufrido algún tipo de victimización sexual en algún momento de sus vidas, entre un 13 y un 29 por 100 en las que habían sido violadas o habían sufrido intentos de violación, y entre un 16 y un 40 por 100 en las que habían sufrido abusos en la infancia. Las pacientes de atención primaria que habían sufrido abusos sexuales tenían más síntomas psicósomáticos, psiquiátricos y menor nivel de calidad de vida relacionada con la salud, que se relaciona de forma lineal con la gravedad de los abusos recibidos²³, y, como veremos más adelante, son más susceptibles de padecer abusos en su vida posterior.

Sin embargo, estoy de acuerdo con Amelia Valcárcel cuando hace el diagnóstico: «El viejo sistema de poder está ilegalizado, pero no ha caído. En muchas mentes masculinas sigue funcionando como algo que es de sentido común. Como perciben que los tiempos son distintos, se retraen y supongo que piensan que es políticamente correcto no demostrar lo que en el fondo se cree, pero lo creen; creen en su

²² Teresa Cabruja, «Violencia doméstica: sexo y género en las teorías psicosociales sobre la violencia. Hacia otras propuestas de comprensión e intervención», *Intervención psicosocial*, vol. 13, núm. 2, 2004, págs. 141-153.

²³ L. M. Dickinson *et al.*, «Health-Related Quality of Life and Symptom Profiles of Female Survivors of Sexual Abuses», *Arch Fam Med*, 8, 1999, págs. 35-43.

superioridad y en su derecho a la violencia.» Y avanza la posibilidad de lo que denomina la «violencia igualitaria», y que tiene que ver con el mantenimiento del sistema de la fraternidad, que están ejerciendo a veces de forma inconsciente algunas redes de varones homosexuales. «La fraternidad es un conjunto de iguales violentos, potencialmente violentos, acostumbrada a que la violencia pueda ser invocada como *ultima ratio*. Esto es, si somos iguales y porque lo somos, a término cada individualidad se prueba en la violencia con que sea capaz de mantenerse. Te golpeo porque eres mi igual»²⁴. La igualdad y la libertad conseguida se pueden volver en contra de las mismas mujeres de forma sutil, ya que este golpear casi nunca es físico, sino que la violencia se ejerce con la palabra, en los medios de comunicación, en las relaciones cotidianas, en las relaciones que se establecen «al margen» de las mujeres en los negocios, en las empresas, en los partidos políticos, en los sindicatos y toda organización ciudadana. Amelia Valcárcel pone el dedo en la llaga cuando apunta: «A caballo entre la vieja violencia, la asumida por la inferioridad, y la nueva, la provocada por la igualdad, lo que resalta es que las víctimas no cambian.» Y dado que la violencia en sus múltiples formas, «las múltiples violencias de género que se producen diariamente»²⁵ (como dicen Barbara Biglia y Conchi San Martín), ha sido los tentáculos con los que se ha ejercido el poder y el dominio hacia las mujeres, debería ser erradicada por medio de otros múltiples relatos y estrategias que permitan hacerla visible para poder denunciarla y ponerle límites en las prácticas profesionales de la medicina.

²⁴ Amelia Valcárcel, *Feminismo en el mundo global*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2008, pág. 270.

²⁵ Barbara Biglia y Conchi San Martín (coords.), *Estado de Wonderbra. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género*, Barcelona, Editorial Virus, 2007.

LA SALUD MENTAL «VERSUS» DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

En múltiples artículos y tratados de medicina, cuando se habla de salud mental, se habla de enfermedad, de depresión o ansiedad, y se considera en la práctica profesional que la introducción en la subjetividad de los mecanismos de poder, la creencia de que la mujer es inferior y que su valor es nada, conduce naturalmente a la enfermedad mental. Incluso se valoran los problemas psicológicos como «determinantes» del malestar y la sintomatología de las mujeres. Los condicionantes de género pueden ser considerados un riesgo para la salud mental, pero hay muchos riesgos en la vida que no determinan si todavía tenemos un espacio de libertad y una posibilidad con recursos para ejercer la voluntad.

El género es un factor de riesgo para la presentación de sintomatología depresiva²⁶ en todos los grupos de edad y controlando por diversos factores de riesgo²⁷, con una ratio de riesgo mujer/varón de 2:1²⁸. Se considera una de las principales causas de discapacidad en las mujeres. En estudios realizados en nuestro medio sobre población anciana, se han encontrado síntomas de depresión mayor en el 19,6 por 100 de los varones y en el 46 por 100 de las mujeres. Según sus autoras, los factores de riesgo estudiados no justifican esta diferencia de prevalencia y sugieren la importancia de la de-

²⁶ W. W. Zung *et al.*, «Prevalence of depressive symptoms in primary care», *J Fam Pract*, 37 (4), octubre de 1993, págs. 337-344.

²⁷ J. Angst *et al.*, «Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European depres I and II studies», *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 252 (5), octubre de 2002, págs. 201-209.

²⁸ R. C. Kessler, «Epidemiology of women and depression», *Journal of Affective Disorders*, 74 (1), marzo de 2003, págs. 5-13.

finición cultural de los roles de género como posible explicación²⁹.

Precisamente los últimos estudios sobre las causas de esta diferencia apuntan a la necesidad de estudiar el efecto conjunto de las características biológicas y de las experiencias vividas por razón de género. Cada vez se conocen más los efectos de la doble jornada laboral y doméstica. Las mujeres con una posición baja en las escalas de ocupación, que tienen un bajo control sobre el trabajo doméstico y bajo control en el trabajo asalariado, se encuentran con mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad³⁰.

Dentro de las «obligaciones de género» destaca por su coste en salud el papel de las mujeres como cuidadoras. El cuidado de las personas enfermas de la casa recae en la mayoría de los casos sobre las mujeres y es una de las obligaciones domésticas que menos se comparten. En el Nurses' Health Study, se observó que las mujeres que dedicaban mayor tiempo al cuidado de parientes discapacitados tenían el doble de sintomatología ansiosa o depresiva. Cuando el cuidado era hacia el esposo enfermo, los síntomas aumentaban seis veces³¹.

De las manifestaciones depresivas en las mujeres, queremos señalar, por su especificidad, la depresión posparto, con una prevalencia estimada de un 15 por 100³². Diversos factores se han implicado en su patogénesis, pero entre ellos

²⁹ M. V. Zunzunegui *et al.*, «Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly», *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33 (5), mayo de 1998, págs. 195-205.

³⁰ J. M. Griffin *et al.*, «The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?», *Social Science & Medicine*, 54 (5), marzo de 2002, págs. 783-798.

³¹ C. Cannuscio *et al.*, «Reverberations of family illness: A longitudinal assessment of informal caregiving and mental health status in the Nurses' Health Study», *Am J Public Health*, 92 (8), 2002, págs. 1305-1311.

³² J. L. Cox *et al.*, «A controlled study of onset, duration and prevalence of postnatal depression», *Br J Psychiatry*, 163, 1993, págs. 27-31.

destacan los antecedentes de depresión, un puntaje alto en la escala de acontecimientos vitales y la falta de apoyo social expresada por una mala relación con la pareja³³. Otras manifestaciones de malestar psicológico son también más prevalentes en mujeres. En una zona urbana del Estado español, se ha estimado en un 25 por 100 la prevalencia de patología mental en mujeres de 18 a 70 años; las principales patologías fueron la depresión (17 por 100), las fobias simples (15 por 100), la agorafobia (13 por 100) y las fobias sociales (9 por 100)³⁴. En la presentación de síntomas de salud mental alteradas como la ansiedad, pérdida de memoria, dificultad de concentración, síntomas depresivos e intentos de suicidio, se ha relacionado en los últimos dos años las relaciones de pareja peligrosas, la violencia física y mental entre la pareja, y el alcoholismo de la pareja que favorece la victimización de las mujeres.

Los numerosos trabajos de la investigadora Lucía Artazcoz (2004)³⁵ han puesto de manifiesto también el riesgo para la salud mental, en concreto la depresión, que representa el trabajo de las amas de casa, sin remuneración, sin reconocimiento y sin satisfacción, y además el riesgo de ansiedad que genera la doble o triple jornada en las mujeres que realizan un trabajo remunerado. Aunque tanto Lucía Artazcoz como Ana Muñoz están de acuerdo en el factor positivo del trabajo remunerado en las mejores condiciones de salud mental³⁶.

³³ M. Eberhard-Gran, «Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (6), diciembre de 2002, págs. 426-433.

³⁴ A. Arillo *et al.*, «Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana», *Atención Primaria*, 21 (5), 31 de marzo de 1998, págs. 265-269.

³⁵ Lucía Artazcoz, Liliana Artieda, Carme Borrell, Imma Cortés, Joan Benach y Vega García, «Combining job and family demands and being healthy», *European Journal of Public Health*, 14, 2004, págs. 43-48.

³⁶ Ana Muñoz Eguileta, «Efectos beneficiosos del trabajo en la salud mental de la mujer», en Consuelo Miqueo, M.^a José Barral y Carmen Ma-

Los trastornos de la alimentación, anorexia, bulimia y las formas mixtas, son también más prevalentes en mujeres. Los últimos estudios alertan del aumento de casos especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes. La prevalencia en estos grupos oscila entre el 1 y el 4 por 100, con una razón mujer/varón de 10-20:1³⁷, aunque las actitudes anoréxicas que no cumplen todos los criterios de enfermedad son mucho más altas. Las pacientes con trastornos de la alimentación puntúan en las escalas de feminidad con los ítems más altos³⁸. Pocas patologías tienen de manera más evidente la marca de la presión cultural sobre el ideal de mujer. Nadie duda de la importancia de los mensajes de los medios de comunicación sobre el desarrollo de esta epidemia, que provocan un choque entre la exigencia de perfección sobre el físico femenino, según determinados patrones estéticos, y la percepción de una realidad siempre alejada de este ideal.

PSIQUIATRIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL. SEPARACIÓN CUERPO-MENTE

La separación del cuerpo y la mente ha sido una de las dicotomías clásicas, que ha favorecido no entender nada de lo que ocurre en los seres humanos en relación con la salud. Además de que la tradición filosófica aristotélica condenaba a las mujeres a ser sólo cuerpo porque la mente era la de los hom-

gallón (eds.), *Estudios Iberoamericanos de Género en Ciencia, Tecnología y Salud: GENCIBER*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2008, págs. 739-745.

³⁷ M. I. Gil Canalda *et al.*, «Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I)», *Atención Primaria*, 31 (3), 28 de febrero de 2003, págs. 178-180.

³⁸ R. Behar *et al.*, «Identidad de género y trastornos de la alimentación», *Revista Médica de Chile*, 129 (9), septiembre de 2001, págs. 1003-1011.

bres (ricos, sabios y patricios), cuando se empezó a estudiar la conducta humana, los impulsos sexuales y los estados de ánimo, se creyó que el cuerpo iba por un lado y la mente por el otro. Como si no pensáramos con un cuerpo, como si nuestra mente pudiera funcionar fuera del organismo. Creo que esta separación es la que todavía justifica que se inicie ya en la primera visita médica para cualquier malestar crónico el tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos si el paciente es una mujer, ya que sus síntomas se consideran «psicosomáticos». En lugar de empezar con la escucha y la palabra, que sería el trabajo de los profesionales de la psicología, se empieza por un fármaco y la distorsión y el reduccionismo está servido. Es muy interesante el análisis que realiza la médica-psicoanalista Sara Velasco³⁹ sobre fórmulas de intervención bio-psico-social con perspectiva de género, en su último libro *Sexos, género y salud*, donde presenta resultados de la reducción de consultas en personas hiperfrecuentadoras con métodos de intervención específicos.

Los psicofármacos son los primeros fármacos que incrementan la factura farmacéutica del Estado español desde el año 2003. En Cataluña, se calcula en 315 millones de euros la factura farmacéutica en psicofármacos durante el año 2008. Más del 85 por 100 de los psicofármacos son administrados a mujeres en España, sobrepasando en mucho la evidencia científica de que padecen ansiedad y depresión el doble de mujeres que de hombres. Por cada diez personas que toman psicofármacos, 8,5 son mujeres y 1,5 son hombres. ¿Existe más depresión y ansiedad en España entre mujeres o existe una cierta inclinación a ayudar a soportar la dureza de las discriminaciones y del papel de eternas cuidadoras a las mujeres haciendo acallar sus quejas y demandas con psicofármacos? En cuatro centros de salud de Madrid, un 24 por 100 de mujeres tomaba antidepresivos y un 30 por 100

³⁹ Sara Velasco, *Sexos, género y salud*, Madrid, Minerva, 2009.

tranquilizantes⁴⁰. La falta de diagnósticos adecuados, la falta de servicios sociales adecuados o el papel de habituales cuidadoras no se puede confundir sistemáticamente con ansiedad. Asimismo, el hecho de que muchos de los procesos que cursan con dolor o con cansancio (los dos primeros motivos de consulta entre mujeres) sean poco diagnosticados por falta de protocolos o de recursos, facilita un exceso de tratamientos con ansiolíticos o antidepresivos con el deseo de mejorar la sintomatología, sin conseguirlo de forma eficaz, con un exceso de diagnósticos de depresión en atención primaria⁴¹. La mayoría de personas diagnosticadas de fibromialgia son tratadas con varios antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos a la vez, y en ocasiones acompañados de parches de morfina. Y empieza a ser frecuente que esta prescripción se haga frente a cualquier presentación de dolor generalizado que se atribuye a fibromialgia, aunque no cumpla los criterios diagnósticos. Si el dolor se puede presentar en un 32 por 100 de la población femenina y un 15 por 100 de la masculina, ¿hemos de dar psicofármacos a un tercio de la población femenina? Ésta es una forma más del reduccionismo psiquiátrico sin base científica. El malestar oculta los condicionantes de género incardinados en el organismo, y la fibromialgia y la fatiga crónica ocultan lo que es. El reduccionismo está servido y va a ser muy difícil de desenmascarar sin cambios profundos en la investigación médica, la docencia y la práctica asistencial.

⁴⁰ Sonsoles Pérez Cuadrado *et al.*, «Consumo de psicofármacos y disfunción familiar», *Atención Primaria*, 41 (3), marzo de 2009, páginas 153-157.

⁴¹ Alex J. Mitchell, Amol Vaze y Sanjay Rao, «Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis», *Lancet*, 374, 2009, págs. 609-619.

CAPÍTULO 10

La victimización y fragmentación de las mujeres. Del «estar» enfermas al «ser» enfermas

Afirmar hoy que más que «mi cuerpo me pertenece», «mi cuerpo es un campo de batalla», supone con toda probabilidad una asección pesimista, incluso alarmista. Es, sobre todo, una manera de hacer visible la violencia banalizada contra las mujeres en la así llama «sociedad occidental». De traducir la relación conflictiva, y casi punitiva, que las mujeres mantienen cada vez más y cada vez más jóvenes, con su cuerpo, en un contexto sociocultural que recalca a diario el discurso único sobre la «feminidad», la belleza, la felicidad... y que constituye una auténtica propaganda económica y cultural que nos oprime cada día más¹.

En perseguirme, mundo, ¿qué interesas?
¿En qué te ofendo, cuando sólo intento

¹ Colectivo Ma Colère, *Mi cuerpo es un campo de batalla*, Valencia, Ediciones La Burbuja, 2009.

Poner bellezas en mi entendimiento
Y no mi entendimiento en bellezas?².

No es sólo que todas y cada una de las teorizaciones y prácticas de los diversos movimientos sociales tengan un reflejo en los cuerpos, sino que en realidad no hay acción política que no sea sustancialmente una acción corporal³.

EL PROCESO DE VICTIMIZACIÓN

Cuando las mujeres «se creen» inferiores, cuando la inferioridad se introduce en la subjetividad, y los mandatos de género sobre ser madres, ser perfectas, seguir el modelo de las mejores, son la guía de sus conductas, se inicia la angustia y la sensación de culpa⁴. El proceso de victimización empieza, a mi entender, cuando se ha creído el proceso de culpabilización, el proceso de hacer sentir a la mujer culpable de cualquiera de los males que puedan ocurrir a la humanidad, y haber introducido en la subjetividad ser la causa de los males que les ocurren a algunos hombres. Esta culpabilización, que está totalmente provocada por estereotipos culturales de género, se introduce en su interior y acaba sintiendo la culpa que otros le han dicho que tiene como si realmente fuera suya.

Si en casi todas las religiones y desde casi todas las filosofías se ha considerado a la mujer como lo inferior frente a lo superior, el cuerpo frente a la mente, lo natural pero ausente de cultura, durante más de 4.000 años, no es de extra-

² Sor Juana Inés de la Cruz, *Obras completas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1995, vol. I, pág. 277.

³ Mari Luz Esteban, *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Barcelona, Bellaterra, 2004.

⁴ M.^a Asunción González de Chávez (ed.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, Madrid, Siglo XXI, 1999.

ñar que esta ideología dominante la haga sentir tan poco valiosa que llegue a considerar que es «natural» que la traten mal, como inferior, y que no se consideren sus ideas y proyectos como de igual valor que los del hombre.

La culpabilización se introduce desde la infancia, así como la victimización, empezando por el lenguaje. Palabras explícitas que las hacen callar, las ignoran o las comparan ofensivamente con los varones... O lenguaje no verbal, igualmente violento, que reproduce actitudes de sumisión y sometimiento que han visto en sus madres o en las mujeres de su entorno. Sus actitudes de resignación o de silencio frente a los insultos más o menos explícitos que les dirigen hacen que desde muy niñas muchas mujeres aprendan a no defenderse. Y si no te defiendes cuando te atacan, seguro que acabas siendo víctima del ataque. Dice Judith Butler: «Si el lenguaje puede preservar el cuerpo, puede también amenazar su existencia»⁵. Y tanto el lenguaje verbal como el no verbal, las historias y los mitos que nos han contado, los cuentos infantiles llenos de miedo y de misoginia, las novelas y películas leídas y vistas, constituyen un lastre de palabras que «amenazan la existencia» de millones de mujeres, que creen lo que oyen y lo que ven como si fuera verdad, cuando sólo es la fuerza poderosa de la ideología dominante.

El proceso de victimización es complejo porque intenta reducir a la otra persona a la nada, a que sienta profundamente que no vale nada por ella misma. Para ello se han puesto en práctica diversas estrategias, desde hacer que las mujeres dependan de la mirada del otro, hasta convertir su cuerpo en un campo de batalla en el que se sienta fragmentada y dividida. Después, los procesos sociales y la biopolítica acabarán introduciéndose en su subjetividad, por lo que puede pasar de estar enferma a convertirse en enferma, víctima de algo real o imaginario, que en su interior se convier-

⁵ Judith Butler, *Lenguaje, poder e identidad*, Madrid, Síntesis, 1997, pág. 22.

te en real. El proceso de victimización culmina cuando el cuerpo de las mujeres se convierte en objeto de mercado y de manipulación, por medio de la cosmética, la cirugía estética y la medicalización de todos los procesos de su cuerpo, de los fisiológicos, como la menopausia o el parto, y de los mentales, ya que a veces incluso el duelo de una pérdida o el de una separación es medicalizado. Como si no sentir nada fuese la panacea de la felicidad. Sumisas, obedientes, «femeninas» y sin sensaciones ni sentimientos parece ser el objetivo del ideal androcéntrico, que es superior, y que las prefiere víctimas a seres humanos, con capacidad de sentir y de amar.

LA DEPENDENCIA DE LA MIRADA DEL OTRO

Desde la infancia el cuerpo de las mujeres se convierte prioritariamente en un objeto para la mirada del otro, de cuya evaluación dependen el reconocimiento personal y social. Es por ello por lo que la apariencia ligada al atractivo se convierte en fuente de conflictos de imagen y del desarrollo de estrategias, como el ejercicio, las dietas o la cosmética, para convertir el cuerpo en un objeto de deseo, lo más cercano posible al ideal de atractivo definido para cada sexo⁶.

El cuerpo de las mujeres, su imagen corporal, ha movili-zado a finales del siglo xx a toda una industria de la manipulación, cosmética, peluquería, moda y recientemente cirugía estética, industria que ha crecido en los países industrializados de un modo progresivo y que intenta a través de los medios de comunicación crear una dependencia de las per-

⁶ Rosa Pastor, «Cuerpo y género: representación e imagen corporal», en Ester Barberà e Isabel Martínez Benlloch (coords.), *Psicología y Género*, Madrid, Pearson Educación, 2004, pág. 225.

sonas hacia la imagen corporal, para aparentar vitalidad, más que para estar vitales. Ingentes cantidades de dinero se están destinando a la creación de imagen para conseguir que los cuerpos sean mirados, pero no necesariamente tocados. Cuando a veces he preguntado a alguna mujer que deseaba operarse las mamas si no le preocupaba si después de la intervención quirúrgica podía sentir menos placer en la piel de los pezones, me ha contestado que no deseaba operarse para ser tocada ni para mantener relaciones sexuales. Su placer era tener un cuerpo para «ser mirado», y esta desviación de la capacidad de sentir placer ha sido bien aprovechada por alguna corporación para realizar excelentes campañas de marketing y vender hipotéticos cambios de imagen que hagan a las mujeres «más femeninas».

La mujer, a finales del siglo xx, se encuentra en una encrucijada discursiva (...) mientras el cuerpo femenino resulta abyecto porque es natural, la feminidad resulta atrayente porque encarna lo artificial, así, el arte finisecular intentará transformar el cuerpo natural de la mujer en una imagen artificial de sí misma⁷.

La cirugía estética constituye una de las industrias con un crecimiento más potente, que parece no haber sentido la crisis económica y que hace líder a España en este tipo de industria en el mercado europeo. Aproximadamente unas 900 personas son operadas diariamente de cirugía estética, en clínicas privadas, un 85 por 100 son mujeres y un 15 por 100 hombres, que acuden «voluntaria y libremente» a los centros de estética. Este negocio realiza unas 330.000 intervenciones anuales, con un crecimiento del 15 por 100 anual. Una de las industrias más productivas del país. Si se calcula que el gasto medio que realiza cada paciente es de unos 3.000 euros —que

⁷ Isabel Clúa, «Género, cuerpo y performatividad», en Meri Torras (ed.), *Cuerpos e identidad I*, Barcelona, UAB, 2007.

es una aproximación a la baja—, se podrá observar que este gasto (¿sanitario?) supone unos 990 millones de euros anuales, por lo que ya influye en el PIB como un factor de crecimiento económico.

... ¿Existen diferencias entre el tipo de intervenciones que se practican mujeres y hombres?

Pues podemos decir que sí. Las mujeres demandan intervenciones para aumentar el tamaño de las mamas, intervenciones de nariz, liposucciones, cirugía de párpados e intervenciones para reducir el tamaño de las mamas. Los hombres demandan más y, por este orden, intervenciones contra la calvicie, liposucción de abdomen, intervenciones de nariz, cirugía de párpados e intervenciones de las orejas (pabellón auditivo grande o demasiado separado). Estas escalofriantes cifras se dan diariamente en España, incrementadas por desplazamientos de personas de Europa y el norte de África.

Aquí se pone de manifiesto la constitución de cuerpos dóciles y el ejercicio de las micropolíticas de poder, que se dan en un cuerpo intervenido quirúrgicamente con apariencia de plena libertad, como si su identidad o el ser ellas mismas o ellos mismos dependiera de una nariz más o menos grande o de unas mamas demasiado pequeñas. Pero ¿demasiado para quién?, ¿quién tiene la potencia política necesaria para la construcción de la identidad de cada mujer y de cada hombre? La profesora Teresa Cabruja nos aclara la conjunción de discursos para conseguir cuerpos dóciles:

Se da un desplazamiento en la comprensión del *self* en vez de partir del determinismo, el biologismo, la percepción o las pulsiones, a lo relacional, lo narrativo y lo situacional. Lo que he intentado mostrar en mis trabajos es la «dimensión política de las construcciones identitarias». Sí, en cambio, se atribuyen a esencias intemporales y no se incorporan las dimensiones económicas y socio-culturales y se da una regularización de las identidades, un control de la sexualidad, dentro de lo que para Foucault constituiría una disciplinarización y regulación de

los cuerpos. Una producción de cuerpos dóciles y de micropolíticas de poder, a partir de la interconexión de discursos de distinto tipo: médicos, legales, psicológicos u otros, disponibles culturalmente sobre la sexualidad, el cuerpo, el género y demás objetos del discurso⁸.

El cuerpo de las mujeres ha sufrido muchos procesos a lo largo de la historia y ha sido considerado de muy diversas formas. Siempre ha sido un *cuerpo regido por normas* que no han decidido las mujeres, cuerpo que es la mirada y decisión del Otro, quien las normativiza, quien les dice cómo han de ser, cómo han de vestir, cómo han de estar. Este proceso conduce a muchas mujeres al *extrañamiento de su propio cuerpo*, como si ya no fuera suyo, porque muchos intereses están decidiendo en él. El cuerpo, su cuerpo, como *cuerpo reproductivo*, capaz de «dar» hijos, capaz de crear y capaz de someterse a las leyes de la reproducción, toda su vida. Cuerpo destinado a las tareas del cuidado de toda la familia, de los mayores y de las/os discapacitadas/os y enfermas/os, un *cuerpo para curar y cuidar*, que acaba enfermando de tanto encargarse de los demás. Un *cuerpo sexuado* para que dé placer por las noches y un *cuerpo asexuado* para las que no quieren que su cuerpo sea tocado, ni desean tener el placer de que otras personas las abracen y las besen.

Frente a la manipulación del cuerpo de las mujeres, el de los hombres tampoco se escapa a las reglas del patriarcado, que requiere del varón un *cuerpo para competir*, entrenado en el campo de la guerra, de la caza o del deporte, un *cuerpo símbolo del poder personal*. Un cuerpo que esté lleno de *autocontrol*, que no se libere ni exprese sentimientos, y que demuestre en todo momento que está lleno de *potencia y fortaleza*. Un cuerpo, en definitiva, al que se le compara la fuer-

⁸ Teresa Cabruja, «Subjetividad, discurso y relaciones de poder», en Meri Torras (ed.), *Cuerpo e identidad I*, Barcelona, UAB, 2007.

za de sus genitales con la fuerza de una espada triunfadora, como símbolo de la virilidad.

La definición de feminidad y masculinidad por parte de la ideología patriarcal pesa como una losa sobre el cuerpo dependiente de la mirada del Otro, y no lo deja desarrollarse en libertad, por lo que la identidad de las mujeres, ligadas a tan múltiples roles, que tienen que cumplir de forma perfecta, estará unida para siempre a la sensación de culpa, ya que nadie podría nunca cubrirlos todos sin fallar en algo. En realidad, podrá ser mucho más mujer cuantas más faltas tenga, ya que los roles predeterminados la convertirán quizás en madre perfecta y abnegada esposa, hija o cuidadora, pero por este camino no podrá saber nunca qué es ser mujer.

CUANDO EL CUERPO ES UN CAMPO DE BATALLA

Cada día, por todas partes, millones de mujeres se libran a actos de autodestrucción, controlados o no, ritualizados y rutinarios. Nos privamos en silencio, padecemos hambre, ayunamos y hacemos ejercicio a ultranza, alian-do el bienestar emocional con un ideal que está fuera de nuestro alcance (...). ¿De dónde proceden esos sentimientos de disociación, esa lucha, ese dolor? Creo que se apoyan sobre experiencias de vida personales que han ocasionado una repulsión hacia una misma y hacia el propio cuerpo. Al mismo tiempo, creo que esas experiencias personales en cuestión tienen un sentido político profundo. Esos sentimientos proceden, en mi opinión, de una proyección colectiva de las taras de nuestra sociedad sobre el cuerpo de las mujeres y se arraigan en una tentativa secular de controlar y de colonizar a las mujeres. Nuestros sentimientos colectivos de repulsión, de vergüenza y de alienación, son las consecuencias de una guerra —un conflicto llevado a cabo en el territorio de nuestros cuerpos. Ese conflicto, que se despliega en el terreno de lo que nos define como mujeres, se desarrolla a través de la regulación, el control, la supresión y la ocu-

pación de prácticamente todos los aspectos de nuestro ser físico —sexualidad, vestimenta, apariencia, comportamiento, fuerza, salud, reproducción, silueta, tamaño, expresión y movimiento. Los efectos de esa guerra sobre nuestros cuerpos, nuestros pensamientos y nuestros estados de ánimo son similares a los efectos de la violencia sobre el terreno de cualquier otra guerra: sufrimiento, caos, hambruna, mutilación, devastación e incluso muerte⁹.

Aunque la cita es larga, creo que Carla Rice aclara con la fuerza de la palabra de la que ha sufrido en su propia carne la violencia que se ejerce desde tantos elementos del poder. Poder que fragmenta los cuerpos, para convertirlos en más dóciles, tanto en la publicidad como en la vida cotidiana. Ya no es una mujer quien vende un coche, sino una forma que insinúa un glúteo, unos labios o un pecho. Un cuerpo dividido y troceado es más fácil de manipular. Hay muchos significados y símbolos distintos del cuerpo de las mujeres, que han ido sometiendo la libertad de las mujeres, y que les impiden poder imaginarse a ellas mismas de otras formas, o mejor dicho, sin normas. Como *cuerpo reproductivo*, con útero y ovarios que permiten la re-producción, que dan vida, frente a la potencia viril simbolizada en el pene. Como *cuerpo productivo*, que cuida de la casa y de las personas y su crecimiento, frente al cuerpo guerrero y cazador de los hombres dedicado al espacio público (negocios, deporte, política y competencia). Como *cuerpo sexual*, que es objeto del deseo sexual del *Otro*, y que si no lo satisface es considerado como frígido o asexuado, y si expresa alguna actividad sexual con iniciativa es considerado como hipersexuado o calificado con groserías. En todo caso, un cuerpo que no puede desarrollar el propio deseo. Y, por último, como *cuerpo*

⁹ Carla Rice, «Out from under occupation. Transforming our relationships with our bodies», *Journal Canadian Women Studies/Les Cahiers de la Femme*, vol. 14, núm. 13, julio de 1994.

para «otros», con una imagen ideal estética impuesta que fragmenta el cuerpo en cara, mamas, caderas y glúteos.

«El cuerpo humano y más el de las mujeres es el lugar donde se enfrentan, no las guerras de identidad, sino las guerras de las ideas»¹⁰, como nos dice la catedrática de Filosofía de la Universidad de Zaragoza M.^a Teresa González Cortés, que en su libro *Los viajes de Jano* afirma que las mujeres están más cerca de ser consideradas objetos que de ser consideradas personas (sujetos). Se confunde a las mujeres con los objetos mismos y su cuerpo sirve para estimular el consumo (ropa, cosméticos, coches, bebidas, alimentos, etc.), y se potencia el *voyeurismo*, por el que las mujeres sólo son visibles para ser miradas (no para ser tocadas).

Las mujeres que aceptan ser imagen no se sienten como víctimas, sino como si hubieran escogido «libremente» este camino, y sufren un proceso de desidentidad que las lleva a no saber quiénes son, como hemos visto en el mundo de las modelos de moda. Llegan a tener una relación imaginaria con ellas mismas, con su pareja como observador, nos define la profesora González Cortés, y a padecer el síndrome de las princesas, por el que desean ser reconocidas como un tesoro, como un ser deseable, envidiado y codiciado. Sus vidas están basadas en el egocentrismo y la pasividad. Sus actos, sus movimientos, dependen de las miradas ajenas, de un espectador que las mire y las repase con la mirada. Seres que dependen de su imagen, pero que no viven por ellas mismas, sino dependientes de la mirada del otro. En ocasiones convertirse en enfermas puede ser también una imagen que compense situaciones penosas que no se han atrevido a reflejar a través de la palabra, por lo que desean compensar contradicciones con la mirada compasiva de los demás.

¹⁰ M.^a Teresa González Cortés, *Los viajes de Jano. Historias del cuerpo*, Barcelona, Icaria, 2007.

En el cuerpo de las mujeres como campo de batalla se concentran muchas otras agresiones que ya hemos descrito a lo largo del libro, como los abortos selectivos o feminicidios, la mutilación genital de 70 millones de mujeres, los asesinatos de mujeres como los de Ciudad Juárez, el tráfico internacional de mujeres y niñas, la prostitución obligada, los malos tratos físicos y psíquicos, las violaciones, la cirugía estética, los cuerpos borrados por la burka y los cuerpos enfermos por la anorexia, la bulimia y la depresión.

Estos cuerpos fragmentados hacen imposible a veces la elaboración de historias clínicas médicas que expresen sus síntomas en forma de relato. Los síntomas se expresan de forma fragmentada, abigarrados, todos al mismo tiempo. «Me duele todo», seguramente hasta le duele el alma, pero no sabe ni cómo decirlo. Es muy difícil poder saber qué parte del cuerpo fue la primera donde se inició el dolor, hasta que poco a poco, con paciencia y con rigor, entre el médico o médica y la paciente, se establece la relación de confianza necesaria para hacer un relato de su vida, de sus síntomas y de su dolor. Para unir lo fragmentado, hemos de incorporar la salud laboral en el relato, la salud doméstica y las situaciones de estrés. Los síntomas del malestar, el dolor y la fatiga pueden expresar muchos conflictos y manifestarse con contracturas diversas y dolores erráticos que aparentemente no tienen explicación. Como dice la psicóloga Regina Bayo: «Cuando no es posible decir, hay un cuerpo para contar»¹¹. Incluso la anorexia y la bulimia nos están contando una historia de sufrimiento escondido, que se manifiesta no comiendo o vomitando, rechazando normas y controles, aunque algunas terapias busquen normativizarlas como solución. La fragmentación de los cuerpos y los conflictos vividos sin encontrar unos caminos de progresión, aunque no sean de so-

¹¹ «Cuando no hay palabras para decirlo, hay un cuerpo para expresarlo», *Mujeres y Salud*, núm. 10, 2002, págs. 14-16.

lución, es una forma más de convertir a las mujeres en víctimas de sus cuerpos y sus vidas en un infierno.

EL PAPEL DE LA BIOPOLÍTICA EN LA VICTIMIZACIÓN

Los conceptos de biopolítica y de biopoder fueron acuñados por Michel Foucault y significan las diversas formas en que los Estados modernos —y yo añado los supuestos descubrimientos científicos— y las formas de actuar sobre el cuerpo a partir de la ingeniería genética y de los fármacos que inciden en el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales, acaban sometiendo a los individuos para convertirlos en «cuerpos dóciles», controlando a la población mediante la regulación corporal y otras disciplinas científicas. Las mismas especialidades como la biogenética, la biotecnología y la biología molecular, que constituyen las denominadas ciencias de la vida y que se han desarrollado enormemente en los últimos veinte años, pueden ser usadas a favor de la vida y de la calidad, o como forma de control de la población si no se utilizan con el auxilio de la bioética. Muchas veces los gobiernos toman decisiones en políticas públicas que acaban por poner a las mujeres bajo mayor control y a ser victimizadas, como ocurre con el control y examen que los farmacéuticos en Cataluña han de hacer a la mujer que solicite la venta de la píldora del día siguiente o poscoital sin receta, ignorándose por parte de las políticas públicas los procesos mentales que conducen a tomar las decisiones con libertad. «Los gobiernos pueden equivocarse. Y el mayor mal de un gobierno, lo que hace que sea malo, no reside en la maldad del príncipe, sino en su ignorancia»¹². Y en la actual biopolítica médica, el mayor enemigo es ignorar la experien-

¹² Michel Foucault, *Nacimiento de la Biopolítica. Curso del Collège de France (1978-1979)*, Madrid, Akal, 2009, pág. 30.

cia de los que trabajan en la clínica diaria y la de los expertos que investigan en cualquier campo. Éste va a ser el mayor mal del futuro y el que va a producir más víctimas: el de la ignorancia.

Desde la Segunda Guerra Mundial se han producido grandes transformaciones sociales que se han centrado en cambios de conducta y en manipulaciones de lo imaginario y de lo simbólico en relación con el cuerpo humano: el aumento del consumo de masas y del valor positivo del deporte y del ocio, con el desarrollo de una cultura hedonista que acentúa la importancia de la estética, el placer corporal, la comercialización de la sexualidad, la promoción del cuerpo bello, joven y sano y el consumo de drogas y alcohol para aguantar las horas de movimientos repetitivos en las discotecas y fiestas que duran más de ocho horas de «trabajo» continuado con sus cuerpos. En palabras de Patricia Soley-Beltrán¹³, existen muchas situaciones en que los cuerpos son manipulados por nuevas realidades sociales, informaciones que crean alarma desde los medios de comunicación y políticas públicas que se aplican parcialmente sin visión global de los problemas, que constituyen la actual biopolítica, como el envejecimiento de la población, la pandemia del SIDA, la «política de la ansiedad» que constantemente identifica amenazas que afectan al cuerpo con el fin de atemorizar a la población, tales como la guerra nuclear o la guerra química, la destrucción del hábitat, los anuncios de futuras epidemias de virus de gripes mortales, la gripe aviar y la que estamos viviendo con la gripe nueva, N1H1, benigna pero que está haciendo estragos en la moral de la población.

El cuerpo se configura como la intersección entre el espacio interior y exterior, la intersección de lo físico, lo simbólico, lo material y los condicionantes externos. Como dice Foucault, es el *locus* a través del que se ejercen las relaciones

¹³ Patricia Soley-Beltrán, «Una introducción a la sociología del cuerpo», en Meri Torras (ed.), *Cuerpo e identidad I*, Barcelona, UAB, 2007.

de poder, y las significaciones patriarcales de lo que es femi-
nidad y masculinidad que han escondido por ahora el ver-
dadero significado del cuerpo a las mujeres y a los hombres.

DEL ESTAR ENFERMAS AL SER ENFERMAS

A veces tengo la sensación de que los enfermos somos sólo encarnaciones de las enfermedades y ésa es una sensación muy angustiosa. Servimos de incubadoras, de portadores para que la enfermedad se desarrolle en nosotros, y lo único que nos diferencia de otros enfermos es la rutina sanitaria en el momento del proceso en que cada uno de nosotros nos encontramos. Yo *soy/estoy* muy parecida a Clara, mi vecina de cama, Clara es parecida a Juan, Juan es parecido a Francisco; Francisco es parecido a Susana¹⁴.

Estar enfermas podría casi decirse que es un estado «natural», es raro el ser humano que no ha estado nunca enfermo, que no se ha encontrado mal en algún momento de su vida. Existen muchos tipos de enfermedades, y unas más que otras imprimen carácter, golpean más íntimamente. El cáncer o las enfermedades crónicas con dolor o con parálisis, en las que no se ve una esperanza de alivio al final del túnel, son unas de ellas. La esperanza de pequeños o grandes alivios, o la esperanza de curación, hace que frente a la enfermedad se desarrollen diversas estrategias. Estrategias en positivo como ha sido la de María Ángeles Durán, que en su *Diario de batalla* decidió contarnos día a día sus experiencias, sensaciones y sentimientos. Convirtió su angustia en palabra y nos ha dado testimonio con lucidez y valentía de un episodio de su vida que podía haber permanecido oculto, como el de miles de mujeres que lo han padecido. O como el

¹⁴ María Ángeles Durán, *Diario de batalla*, Madrid, Aguilar, 2003, pág. 224.

testimonio de Susan Sontag frente a la misma enfermedad, quien hasta el último minuto de su vida y aun a costa de la paz y armonía en sus relaciones, luchó por un minuto más de existencia; lucha no siempre placentera para las personas que rodean a las luchadoras, como relata su hijo¹⁵.

Otras desarrollan estrategias en negativo, y su posición es introducir la enfermedad hasta sus entrañas, convertir su ser en la vida en ser-enfermas, en definirse a sí mismas como una enfermedad. No *tener* una enfermedad, sino *ser* una enfermedad. Se definen a sí mismas como enfermas, y no por su nombre y su trabajo o su esperanza. Ocurre más en las enfermedades crónicas que en las agudas. Se dice «tengo un cáncer de mama o de colon y estoy haciendo un tratamiento determinado» cuando es una situación aguda que se precipita y obliga a un encadenamiento de quimioterapia y radioterapia. En cambio, es frecuente oír en intervenciones públicas, en las conferencias, en los medios de comunicación radiofónicos o televisados, definirse a sí mismas como «enfermas»: «soy una fibromiálgica», «soy un artrítica», y aún peor, «soy una histérica» o «soy menopáusica», cuando se trata de enfermedades crónicas que conllevan dolor o gran angustia. Porque el dolor y la angustia invaden este cuerpo, anulan la capacidad de decisión y se introducen en todas las fibras sensitivas del cuerpo. Sin esperanza de cambio, las pacientes pierden su nombre, se impacientan y se convierten en víctimas de una supuesta injusticia que se ha hecho con ellas. A veces injusticia real, como ocurre con la falta de diagnóstico de lo que les pasa, que he descrito en el capítulo de la morbilidad diferencial, o a veces injusticia imaginaria, ya que se ha culpabilizado tanto a las mujeres de todo lo dañino que está pasando, que algunas buscan una razón externa que las alivie de la sensación de culpa por no poder trabajar ni cuidar como antes.

¹⁵ David Rieff, *En un mar de mort*, Barcelona, La Magrana, 2008.

Una víctima se lamenta de su estado, pero ha perdido la esperanza de cambiarlo, por lo tanto minimiza su estrategia de lucha y, aunque le propongan nuevas alternativas, no las quiere poner en práctica. Algunas buscan en muchas opiniones distintas de profesionales de la medicina o de medicinas alternativas la solución milagrosa a su dolor, llegándose a tomar más de treinta productos «naturales» diferentes en un mismo día, sin que ninguno sirva para lo que necesita en realidad porque no se ha llegado al diagnóstico de la verdadera etiología de su situación.

Pero toda situación de enfermedad, aunque no llegue a convertir en víctimas a las pacientes, precisa una dosis de voluntad para conllevarla. ¿Por qué no consigo vivir sin más?, se pregunta Delfina Lusiardi¹⁶ cuando las inquietudes frente a un cáncer de mama le amargan los días y le dificultan las relaciones con su entorno. El 17 de febrero de 1995 escribía: «Si se vence el miedo al dolor y a la muerte, la familiaridad con la enfermedad enseña la familiaridad con la vida en su ser impredecible, dureza, juego burlón, no-proyecto. Se aprenden la espera, la acción paciente e, incluso, la inactividad.»

«Curarse es muy cansado», añade, ya que hay que desarrollar múltiples estrategias de supervivencia, incluso la de cambiar los propios tiempos y la de saber estar sin hacer nada aparentemente, sólo la acción de pensar, la de sobrevivir, al acecho de las complicaciones que puedan aparecer. «El cáncer trabaja en un punto insondable de nuestro ser: no da señales manifiestas. Cuando las muestra, el daño ya está hecho. Se parece terriblemente a otras amenazas de nuestro tiempo, que pergeñan en la oscuridad destrucciones totales.»

Las amenazas que nos rodean no son sólo el cáncer, sino el dolor, el cansancio, la precariedad laboral, la incompreensión y la invisibilidad. Por ello, toda experiencia de supervivencia lejos de los caminos trillados nos mantiene y

¹⁶ Delfina Lusiardi, *Lejos de caminos trillados*, Madrid, Editorial Sabina, 2009.

nos sostiene, como le ocurrió a la doctora Gemma Martino, la doctora de Delfina, que ayudó a que su diario y sus dibujos hayan llegado hasta nosotras. Es un regalo del canto a la vida y a las sensaciones y sentimientos en momentos de tribulación.

Porque sólo las relaciones, sólo las redes de amistad, las de las profesionales que las atienden como personas y no como números, pueden salvar a las pacientes de convertirse en víctimas, y continuar siendo personas, que están enfermas por un tiempo o que han de aceptar su discapacidad permanente, pero que continúan con su proyecto vital o construyen otro más adecuado a su circunstancia. Un ejemplo de reconstrucción de proyecto vital lo constituyó a mi entender el poeta catalán Miquel Martí i Pol, que cuando le diagnosticaron a sus 40 años un brote de la enfermedad esclerosis múltiple, que le dejó inmóvil en silla de ruedas y con la movilidad reducida a prácticamente tres dedos para escribir, reflexionó sobre lo que podría hacer en el futuro. Esta reflexión la relata en el prólogo del libro de poesía *Estimada Marta*¹⁷, en el que nos cuenta que después de aceptar, no sin dificultades y sin amargura, la información de su neurólogo de que ya no podría volver a andar, pero que la enfermedad respetaba la capacidad de pensar, decidió dedicarse el resto de su vida a pensar las palabras y a convertir su angustia en voluntad de sobrevivir y vivir con el pensamiento, incluso en circunstancias muy desfavorables. Tenía tiempo y tenía posibilidad de pensar cada sentimiento y cada recuerdo. Con ello construyó en este libro la mejor poesía erótica catalana y desarrolló una obra poética completa, que constituye un gran legado para la poesía catalana. Ésta es una experiencia de reconstrucción de proyecto vital que recomiendo siempre leer cuando he de dar una mala noticia respecto a una enfermedad crónica que se ha de aprender a llevar con serenidad.

¹⁷ Miquel Martí i Pol, *Estimada Marta/Amada Marta*, ed. bilingüe, Barcelona, Edicions 62, 2003.

Por desgracia, hay procesos de victimización que son provocados por el mismo sistema sanitario y los profesionales, como veremos en el capítulo de las microviolencias que se ejercen dentro del mismo sistema, por lo que es un elemento más en contra para mantenerse sólo en el estar enfermas y no en el ser enfermas. Pero como en todos los procesos ocultos, es cuestión de deshojar las capas que esconden la verdad de lo que hace sentir a las mujeres inferiores, humilladas y anuladas cuando intentan relatar su verdad y sienten sólo el rechazo de lo que les ocurre. Además, el proceso de victimización culmina con la administración de fármacos, sin diagnóstico, fórmula victimizadora por excelencia. ¿Por qué si a la frase «Me duele todo» la respuesta es «Usted no tiene nada»; entonces le recetamos un fármaco o un psicofármaco? ¿Por qué medicalizar en lugar de escuchar y diagnosticar?

LA MEDICALIZACIÓN. «A LA CAZA Y CAPTURA DEL CUERPO DE LAS MUJERES»

Cuando hablamos de medicalización hablamos de consumismo, de excesos; cada vez se consumen más fármacos, con o sin receta, en nombre de la prevención o la calidad de vida en los países donde se pueden pagar. Porque para las enfermedades reales y bien reales de los pobres no se investiga nada que no salga rentable¹⁸.

Es evidente que la evolución de la farmacología, la introducción comercial de las sulfamidas en el año 1935 primero y de los antibióticos después, con la comercialización de la penicilina hacia el año 1942, han contribuido a mejorar

¹⁸ Leonor Taboada, «¿Salud de las mujeres o negocio de laboratorios? A la caza y captura del cuerpo de las mujeres», en *El cuerpo y la libertad de las mujeres*, Asociación Feminista de Asturias, 2009.

la esperanza de vida al evitar las muertes por infecciones, neumonías y sepsis, que eran la primera causa de muerte prematura. Recordemos que las muertes por la gripe del año 1917 se debieron a las complicaciones neumónicas, ya que no tenían ningún tipo de fármaco para combatirlas en aquel momento. Pero de no tener fármacos, hemos pasado a un exceso de administración en los países llamados «desarrollados» que los pueden pagar, para tratar problemas sociales o situaciones de estrés, y a convertir en enfermedades procesos fisiológicos, como la menopausia y el parto. Fenómenos que son procesos de la vida se convierten en enfermedad, como la pobreza, la precariedad laboral y la soledad. Estamos medicalizando a los pre-enfermos.

Lo que determina la medicalización en Occidente es la misma industria farmacéutica y su tendencia a obtener beneficios vendiendo todo tipo de productos aunque no sean necesarios. Es clásica la frase de Henry Gadsen, director de Laboratorios Merck, en declaraciones a la revista *Fortune* en 1976: «Es una pena que los únicos clientes de los productos de mi compañía sean los enfermos. Si pudiera conseguir producir medicamentos para los sanos, entonces podría vender a todo el mundo.» El objetivo de tratar a personas sanas se incardina en una cultura desarrollada como la occidental, que considera los medicamentos, sean del tipo que sean, como fórmulas de soportar la incertidumbre de lo que pasará y de superar la angustia frente a lo desconocido. También la cultura de la pastilla da soporte a la sociedad de la prisa, que no tiene tiempo de incubar correctamente un resfriado o una gripe, guardando cama dos o tres días, y quiere pastillas para acabar antes.

Las y los pacientes también entran en la lógica de la sociedad de consumo¹⁹, que ha logrado introducir en la mente de las personas que sólo gratifica el consumo indiscrimina-

¹⁹ Joaquim Sempere, *Mejor con menos*, Barcelona, Crítica, 2009.

do aunque no cubra las necesidades concretas que tengan. Además de que la cultura de la pastilla conlleva una actitud pasiva ante la enfermedad, una mentalidad de «que me curen», con la transferencia a otro de la responsabilidad de la propia salud.

En la sociedad occidental también ha habido una canalización del malestar de orígenes muy diversos hacia el médico del sistema público, que ha de contener la angustia de la población por la crisis económica o por la falta de ilusión colectiva en un futuro.

La medicalización en exceso afecta más a las mujeres, porque su cuerpo ha sido bombardeado con todo tipo de mensajes contradictorios, como hemos visto al principio de este capítulo, porque en realidad cuidan de la salud de toda la familia y los mensajes publicitarios les llegan para que cuiden a otros. Pero también por la tiranía del ideal de belleza, con la confusión belleza-salud que la industria fomenta. Todo un sistema publicitario continúa considerando a las mujeres como objetos mejorables. Los hombres son seres y las mujeres cosas. Siempre imperfectas, siempre sometidas a la mirada del Otro. Tienen tan interiorizada la imperfección—interiorización en que en nuestra cultura no podemos olvidar la colaboración de la misoginia de Moisés, ya que, según él, Eva era la gran culpable de todo— que si preguntamos a las mujeres si les gusta su cuerpo, la mayoría dice que no. Hay muchas mujeres que han asumido como una verdad lo que les dicen los medios, las miradas de los otros. No se escuchan la vitalidad de su cuerpo, sino la apariencia y la imagen.

¿Tiene consecuencias el exceso de medicalización?

Pues sí las tiene, y quizás muchas no estén todavía contabilizadas. Pero como nos recuerda Leonor Taboada, un estudio del Hospital Clínico de Barcelona calcula que un 12 por 100 de los ingresos en urgencias se deben: en un 50 por 100 a reacciones adversas a medicamentos, en un 46 por 100 a un mal uso de los mismos y en un 3,3 por 100 a intoxicaciones. En

Estados Unidos, entre el 1 y el 3 por 100 de las consultas de atención primaria y entre el 3 y el 11 por 100 de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas a los medicamentos. Entre el 4 y el 18 por 100 de los pacientes atendidos experimentan efectos adversos que pueden estar en relación con el efecto cascada que se desencadena por el abuso de la alta tecnología²⁰. El 20 por 100 de los ingresos hospitalarios de personas mayores está relacionado con disfunciones provocadas por el tratamiento que siguen. Existen muchos ejemplos más, pero las citas son tan sólo para ilustrar que la medicalización no sólo es un gasto inútil, sino que no es inocua y puede contribuir a la victimización de la población. Como también lo han hecho las investigaciones de nuevos fármacos que se realizaron aprovechando la materia prima de niños y niñas, y de mujeres del tercer mundo, que no sabían que se estaba experimentando con sus cuerpos y tuvieron que sufrir graves consecuencias para su salud. La denuncia de estas prácticas fraudulentas ha sido especialmente bien descrita y con detalle por Sonia Shah²¹, que relata cómo la industria farmacéutica encuentra en África, Latinoamérica, Asia o Europa del Este a pacientes desprotegidos a los que se informa mal del riesgo que corren al participar en programas experimentales o a los que se dan medicamentos de segunda categoría para tratar el SIDA. La doctora Teresa Forcades²², médica, feminista y monja benedictina, denuncia el poder de las grandes compañías farmacéuticas que con prácticas fraudulentas han puesto en peligro la salud y la vida de miles de personas. En el breve periodo de 2000 a 2003, casi todas las grandes compañías farmacéuticas pasaron por los tribunales

²⁰ B. Starfield, «Is US Health Really the Best in the World?», *JAMA*, 284, 2000, págs. 483-485.

²¹ Sonia Shah, *Cazadores de cuerpos. La experimentación farmacéutica con los pobres del mundo*, Madrid, 451 Editores, 2009.

²² Teresa Forcades, *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*, Barcelona, Cristianisme i Justícia, 2006.

de Estados Unidos²³. La mayoría de los gastos de la industria farmacéutica son gastos de marketing que hacen pasar por gastos de investigación y producción, e intentan tratar falsas enfermedades como la disfunción sexual femenina o prevenir los intentos de suicidio de los médicos en prácticas estresadas con medicación antidepresiva, en lugar de organizar el trabajo con fórmulas más humanas. La doctora Forcades propone que de una vez por todas la política regule la economía y que sea una política democrática de verdad y no sólo de forma.

²³ La mayor multa estatal de la historia se ha impuesto a los Laboratorios Pfizer en Estados Unidos, por haber estimulado la venta de sus fármacos para otras indicaciones que no eran las aprobadas por la FDA.

Controladas

Las mujeres, en el sistema patriarcal, son casi exclusivamente *cuerpos* de los que ellos desde el poder disponen para la sexualidad que mejor les acomoda, para la fecundidad que mejor les conviene, para las tareas domésticas que les interesan. El discurso cultural, científico y por tanto también médico sobre dichos cuerpos es el propio del *amo* y el amo siempre está descontento, siempre pone mala cara a aquello que posee, para mantener alto el nivel de amedrentamiento y que no se le subleven aquellos cuerpos que no son el suyo¹.

¹ Victoria Sau Sánchez, *Segundas reflexiones feministas para el siglo XXI*, Madrid, Horas y Horas, 2008, pág. 32.

CAPÍTULO 11

La salud sexual y reproductiva. Paradigma de control y manipulación

Las intervenciones de la «ciencia médica» sobre el cuerpo de las mujeres desde la adolescencia con la administración de la píldora anticonceptiva cuando existen trastornos hormonales sin estudiar antes su causa, hasta la medicalización del embarazo y el parto, pasando por la no-atención al posparto y por la medicalización de la menopausia, han sido repetidas y constantes en los últimos veinte años, ya que constituyen un caso paradigmático de manipulación mucho antes de que los conocimientos científicos hayan puesto de manifiesto la necesidad.

Durante los años de vida reproductiva, el reclamo de la industria farmacéutica y de algunos especialistas en ginecología proclaman que «es mejor» abolir la menstruación y que son retrógradas las mujeres que no lo desean, sin explicar los efectos secundarios que hemos descrito en el capítulo de la menstruación. En todo caso, la capacidad de decisión de éstas se halla limitada porque no existe consentimiento informado y no pueden decidir libremente. Si desean tener

un hijo y existen problemas de esterilidad, se les ofrece un arsenal de nuevas tecnologías reproductivas sin explicarles tampoco los efectos secundarios; pero si han quedado embarazadas, y en su derecho y en su responsabilidad deciden que no pueden llevar a término su embarazo, su decisión está penalizada por la ley o por su propia imposibilidad. Al llegar a la menopausia se ven bombardeadas (en el mundo «desarrollado», naturalmente) por informaciones contradictorias y tachadas de retrógradas si no quieren tomar hormonas, al contrario de lo que les han dicho a las mujeres jóvenes. Siempre el discurso del amo tomando las decisiones de aquellas que, consideradas inferiores, han de ser controladas y poseídas para mostrarles el verdadero camino de «los que sí saben dónde hay que ir».

Estamos en un momento de transición dentro de la ciencia médica respecto a la salud de las mujeres. Transición porque hemos pasado de ser estudiadas a través del modelo masculino como norma y tener como tabú científico qué es lo que pasa con la menstruación o con la menopausia, a hipertrofiar los problemas que se desprenden de la misma y a hipertratar este periodo con altas dosis hormonales ignorando la menstruación como indicador de la armonía corporal. Y esta transición y el exceso de terapia hormonal administrada no es sólo una moda sin importancia, que por pasajera no habrá dejado más secuelas que los gastos hechos sin necesidad, sino que ha provocado graves problemas de salud, como el incremento de las patologías cardiovasculares o el de cáncer de mama en las mujeres que han tomado terapia hormonal sustitutiva después de la menopausia. Por ello considero que las relaciones de la medicina con la salud reproductiva explicitan los estereotipos de género, no en este caso por invisibilidad, sino por visibilizarlos siempre como un problema, como una enfermedad que hay que tratar.

¿ABOLIR LA MENSTRUACIÓN A COSTA DE QUIÉN?

Como hilo conductor de este libro para desenmascarar las relaciones de poder en relación con la salud de las mujeres, hemos de volver a la frase de Victoria Sau que lo encabezaba: «Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones les son ajenas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea»². En el campo de la salud reproductiva, «los entendidos» disponen, proponen, sesgan la información y manipulan con esta información en los medios de comunicación y en las revistas «científicas».

Después de la Segunda Guerra Mundial, en la década de los cincuenta, Pincus y colaboradores descubren la píldora anticonceptiva, que inicialmente tiene el sentido de ayudar a la planificación de la familia y a regular los embarazos. Con el tiempo cualquier pequeño trastorno de la regularidad del ciclo menstrual o de la intensidad de la menstruación, en lugar de ser investigado para diagnosticar las causas, era «tratado» inicialmente con anticonceptivos hormonales. Las explicaciones que se daban a las jóvenes que habían consultado eran superficiales y hábilmente engañosas. Los anticonceptivos hormonales «les regularían el ciclo», o sea, lo tendrían puntualmente cada 28 días y disminuiría su cantidad, pero nadie les explicaba que al mismo tiempo se inhibía el ciclo menstrual en el hipotálamo, la armonía de sus neurotransmisores y el equilibrio de la circulación en sangre de las hormonas tiroideas y de la glándula suprarrenal.

Abolir la ovulación no significaba necesariamente ganar calidad de vida, ya que incluso muchas mujeres apre-

² Victoria Sau, *Reflexiones feministas para principios de siglo*, Madrid, Horas y Horas, 2000, pág. 49.

ciaron disminución de la libido, aunque sí supuso la posibilidad de planificar sus embarazos. Los comprimidos que se tomaban para poder tener mayor libertad sexual acababan por suprimir el deseo sexual. Queda para una reflexión posterior por qué nunca se ha comercializado la píldora anticonceptiva masculina. Disminuir la producción de espermatozoides sin afectar la producción de testosterona ha sido una tarea no lograda todavía. La farmacoterapia no debía suprimir el deseo sexual masculino, ya era suficiente con manipular y disminuir el femenino.

Cuando la menstruación, gracias a la mejor nutrición de la población y la posibilidad de planificar los embarazos, es una realidad mensual para millones de mujeres, se convierte también en un indicador del estado de salud desde la adolescencia, como hemos descrito en el capítulo 5. Las situaciones de estrés físico o mental, las anemias, las deficiencias nutricionales, aunque sean parciales, o la pérdida de peso, pueden alterar su ritmo. La armonía vital física y mental se refleja en su regularidad. Las alteraciones del ciclo pueden detectar en fases muy tempranas carencias, disfunciones y enfermedades que podrían ser tratadas, equilibradas o curadas.

El desconocimiento de las causas que producen alteraciones del ciclo ha hecho creer a muchas mujeres, y también a muchos profesionales de la medicina, que lo mejor para evitar las molestias alrededor de la menstruación era abolirla, aunque reconozcan que deberían estar tomando medicación durante aproximadamente los 35 años que corresponden a la duración de la vida reproductiva. Muchos especialistas hablan de controlar o abolir la menstruación actuando con hormonas, con más o menos dosis, como si se pudiera controlar la menstruación actuando tan sólo sobre el útero, actuando de cintura para abajo. Olvidan que la ovulación y la menstruación están dirigidas por la base del cerebro, y que sólo se podrá manipular actuando en el sistema neuroendocrino del sistema nervioso central. Lo cierto es que en este

momento histórico desconocemos las consecuencias a medio y largo plazo de la introducción constante de hormonas en el cuerpo de las mujeres.

Algunas ginecólogas y ginecólogos han mostrado el deseo de abolir la menstruación, con los argumentos de que esto supondría un progreso para las mujeres, sin explicarles claramente que deberían mantenerse con tratamiento hormonal durante años y que un tratamiento prolongado podría acarrear cáncer de mama, de endometrio, incremento de enfermedades autoinmunes, obesidad, litiasis biliar, endocrinopatías, etc. ¿Desearían lo mismo si conocieran realmente sus consecuencias? La introducción de tratamientos para detener, reiniciar o abolir la menstruación, sin tener en cuenta todas las circunstancias biológicas, psicológicas y sociales que pueden alterarla, ¿acerca o aleja cada vez más a las mujeres de su propio cuerpo? Estoy con Victoria Sau cuando dice: «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»³. ¿No es victimización si es deseada? Una mejor y más veraz información, así como una investigación para modificar la creciente invasión de endometriosis en los cuerpos de las mujeres por causas medioambientales, serían políticas públicas que habría que proponer para evitar el control y la manipulación del cuerpo de las mujeres en edad reproductiva. Pero no hemos de olvidar que en principio los anticonceptivos hormonales cumplían un papel de planificación familiar en un momento en que las mujeres no podían decidir ni cuándo ni cómo se podían reproducir. ¿Qué ocurre por lo tanto con los embarazos no deseados y cada vez más frecuentes en mujeres más jóvenes?

³ *Ibid.*

LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES Y LOS NO DESEADOS.
MADRES PERO NO MUJERES

No es necesario tener dieciséis años para ser madre y no ser mujer. También las hay de treinta y cinco, veintiocho o cuarenta y dos, se trata de un problema lógico y no cronológico, si bien es más sencillo reconocerlo en las adolescentes, dado que una mamá de dieciséis años es más bien niña que mujer⁴.

El excelente libro de Laura Kait, sobre su experiencia al atender a niñas adolescentes embarazadas, invita a muchas reflexiones en este momento en que tanto se discute sobre la posibilidad de que las chicas de 16 años, que han tenido o han sido forzadas a tener relaciones sexuales, decidan por ellas mismas si continúan o no su embarazo, en el caso de que las relaciones paterno-filiales estén rotas o se sientan dominadas por sus progenitores. Este punto, que en parte es marginal en una ley que propone despenalizar el aborto, ha constituido el eje de batalla de una polémica que ha sido orquestada por los mismos que mantienen la cultura patriarcal más retrógrada, hurtando la capacidad de decisión de las que pueden dar la vida. Pero la reflexión de Laura Kait va más allá, ya que el deseo de ser madre está entre los deseos menos libres y más «generizados», como incluidos en el mandato divino de la propia biología, como si el hecho de tener un hijo le diera a la mujer el estatuto de ser aceptada en la sociedad. Cuántas mujeres han sufrido en silencio la esterilidad, que ni sabían si era suya, o la imposibilidad de dar a luz un hijo varón, como si ésta fuera su propia responsabilidad, cuando en realidad depende del tipo de espermatozoides del

⁴ Laura Kait, *Madres, no mujeres. Embarazo adolescente*, Barcelona, Ediciones del Serbal, 2007.

varón. Los coitos repetidos a diario es más probable que den lugar a niñas que a niños.

Para muchas mujeres parir ha sido un mandato más que un deseo, sin reflexionar que un hijo o hija es la creación de una vida para hacer un ser humano libre, autónomo y saludable. Por lo tanto parir no es poseer, es dar, y muchas madres no han entendido este hecho, ni jóvenes ni mayores, ya que han subsumido su existencia al acto de poseer lo que se ha parido, dominando a su vez a los seres a los que han dado vida, para que les devuelvan las horas gastadas en su reproducción. Parir es estar preparada para la separación.

Un hijo viene por su deseo de hacerse madre —y en el mejor de los casos por el encuentro con un hombre que la desea como mujer— como un objeto privilegiado, pero objeto al fin «uno-entre-otros». El acto mismo de parir es metáfora de lo que una mujer sabe de la falta de objeto que complete al sujeto. En el mismo acto que lo tiene, lo pierde. Si para una mujer hubiese un momento madre, sería cuando está llena de hijo: durante el embarazo. Allí se podría suponer a la mujer completada por su producto. Pero para ser una madre es necesario estar partida y la partida del hijo, en tanto separación⁵.

Sin embargo, para muchas de las parejas que necesitan un hijo, que son estériles, debido cada vez más a la acción de los contaminantes y disruptores endocrinos en el medio ambiente, la obsesión de la descendencia y la necesidad de adopción, provocada también por una creciente industria al respecto, ha conllevado otra forma de colocar el mandato, y gastan una cantidad ingente de dinero para poseer un nuevo hijo, mientras otras mujeres en situación límite de pobreza o enfermedad se han visto obligadas a separarse del fruto de su

⁵ *Ibíd.*, pág. 42.

vientre para que pueda sobrevivir, sin que ellas hayan podido tener ningún derecho a decidir. El mundo «desarrollado» se ve obligado a adoptar, en lugar de luchar contra las condiciones de contaminación que lo hacen estéril, porque necesita hijos para que su vida tenga sentido o simplemente impedido por la sociedad de consumo, mientras el mundo «en desarrollo» ha de separarse de sus hijos con dolor porque no los puede mantener. El mismo dolor con el que se obliga a niñas adolescentes a tener hijos para darlos en adopción, como comprobamos en los testimonios que Laura Kait nos relata en su clarificador libro.

El embarazo adolescente y su producto, un hijo, el hijo-objeto, coincide ampliamente con el pensamiento contemporáneo de la globalización, donde la moral está regida por lo que conviene a la economía de consumo. Nuestra adolescencia del primer mundo no escapa a su pertenencia a esta modernidad que la determina. A tal punto que la misma falta de recursos (materiales, y sobre todo simbólicos) que empuja a una niña al embarazo adolescente, será lo que luego la lleve a dejar el hijo en manos de otros. ¿Podríamos suponer que en otras culturas el embarazo adolescente tiene otras características, la de los pobres, la de quienes no tienen, la de quienes producen mano de obra? Podríamos, pero sin obviar que la mayoría de las jóvenes a quienes he atendido son también esas «pobres que no tienen», dentro de esta sociedad poderosa. El discurso capitalista no está caracterizado sino por la segregación⁶.

Cuando hablemos de capacidad de decisión, de libertad de decisión, tendríamos que preguntarnos siempre: ¿libertad de quién, de qué clase social, de qué habitantes?, ¿del África subsahariana, de China, de la India, de Latinoamérica? Recuerdo que, en el Primer Congreso de Mujeres, Salud y Tra-

⁶ *Ibid.*, pág. 139.

bajo (1996), una de las asistentes de origen latinoamericano se levantó en un momento del debate y dijo con emoción contenida: «Ustedes, las europeas, nos quitan los hijos para adoptarlos en lugar de ayudarnos a desarrollarnos para que los podamos mantener por nosotras mismas.» Un ejemplo más de la segregación del sistema capitalista de la que nos habla Kait.

LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO Y EL ABORTO

La prevención del embarazo no deseado constituyó una de las primeras batallas del feminismo de la salud de los años 60 y 70 del siglo xx. Recuperar la decisión sobre el propio cuerpo y levantar la condena de estar permanentemente embarazadas supuso poner una barrera a los años de sumisión y dependencia que parecía que la biología había destinado a las mujeres. Las fórmulas diversas que se pudieron usar con métodos hormonales o mecánicos supusieron avances en la posibilidad de decisión, con las limitaciones y efectos secundarios de los anticonceptivos que ya he descrito. El incremento de las enfermedades de transmisión sexual y del SIDA planteó la necesidad del preservativo como técnica de prevención de enfermedades y de embarazos al mismo tiempo, y ésta ha sido la fórmula recomendada por la mayoría de especialistas y de la OMS. Pero la utilización de fórmulas de prevención requiere la educación sexual y reproductiva de la juventud, desde la escuela o desde los centros cívicos. La limitación de presupuestos para estas políticas públicas ha hecho aumentar el número de embarazos no deseados y por ello también el número de abortos (nunca deseados). En España durante el año 2007 hubo 112.000 abortos, de los que 6.000 correspondieron a menores de 18 años.

La necesidad de disminuir el número de abortos ha generado una nueva política pública, que es la dispensa libre,

sin receta, en farmacias de la píldora poscoital (a un costo entre 18 y 20 euros), fórmula que ha tenido éxito en experiencias que se realizaron en el Reino Unido y Francia. Naturalmente nadie de la industria farmacéutica ha puesto objeción, pero se abren interrogantes que han suscitado interesantes debates sobre el futuro de la prevención en salud reproductiva, y en especial en la RED CAPS, donde la epidemióloga Carmen Mosquera empezó a preguntar a los usuarios si existían experiencias sobre su consumo y sobre si conocían los efectos secundarios a largo plazo:

... grupos «multifrecuentadoras» del método con lo que un porcentaje pequeño de la población (¿adolescente?) estaría sometido repetidas veces a estas «sobrecargas hormonales»; ¿por qué se oferta gratuitamente esta píldora para mujeres y no es gratuito el preservativo masculino, siendo cien veces más barato?; ¿qué papel puede tener esta gratuidad sobre los comportamientos de los chicos para no usar el preservativo y hacer más presión sobre las jóvenes para tener relaciones coitales no protegidas?; ¿y qué efectos pueden tener medidas de este tipo sobre la promoción de actitudes, hábitos y costumbres sobre la corresponsabilidad en la anticoncepción entre chicos y chicas? No puedo reproducir aquí todos los elementos de discusión que se han tenido en la RED CAPS, pero haré un breve resumen, ya que en el futuro creo que las políticas públicas que deseen mejorar algún aspecto de la salud de las mujeres han de ser discutidas con participación ciudadana y de grupos expertos, si no quieren producir efectos colaterales no deseados con dinero público de toda la ciudadanía.

La ginecóloga Enriqueta Barranco propone comunicar a Farmacovigilancia los casos de embarazos después de usar la píldora poscoital, ya que «en la práctica» es mucho menos eficaz que en la «teoría», es decir, la tasa de fallo práctica es elevada, y esto nadie lo quiere reconocer.

La doctora Pilar Babi, médica de atención primaria de Barcelona, nos dice:

Personalmente creo que no sabemos hacer llegar a nuestras adolescentes la información y el apoyo necesarios para llegar a las primeras relaciones sexuales desde la libertad y la responsabilidad. Para ser más concreta, creo que la información que les damos no las hace más competentes para manejarse con libertad frente al deseo del varón. También nos hemos encontrado con la dificultad de prescribir fármacos, con sus riesgos, a mujeres muy jóvenes. Como sabéis, la ley presupone que el o la profesional será capaz de decidir sobre la competencia y la madurez de la mujer, cuando ésta es menor de edad. Cosa que no es siempre fácil.

La doctora Mar Rodríguez, de medicina primaria en Madrid, propone utilizar el momento de la solicitud para realizar educación sexual:

Nuestro planteamiento es que se use la prescripción de la anticoncepción de emergencia como consulta de información sobre anticoncepción y prevención de las ETS. De hecho, el plan de prevención del VIH, como consejo asistido, se realiza en la consulta poscoital, de revisión. Lo que planteamos es que la gratuidad de la poscoital se acompañe de información y asesoría.

La doctora Leonor García de Vinuesa, de Córdoba, no ha visto muchas repeticiones y cree que el hecho de dar la píldora gratuitamente no empeora la situación:

En cualquier caso, el hecho de darla gratuitamente no empeora las cosas, desde mi experiencia. Quizás al revés, porque al ofertarse abiertamente, abre una vía para el acercamiento con una naturalidad que antes no existía. Se convierte en un derecho que se oferta, abiertamente y sin tapujos. Creo que eso pone conciencia a las relaciones de adolescentes y permite un cierto debate, incluso, que se

produce entre ellas. Ellos suelen acompañarlas, a veces hasta intentan pedirla «para ellas». Es lo más que hacen.

La doctora Diana Sojo, ginecóloga de Madrid, nos informa sobre un estudio multicéntrico impulsado por la OMS, y de que también es de venta libre en Suecia.

Pero existen grupos católicos haciendo presión en contra de la misma o aduciendo objeción de conciencia para no recetarla. La doctora Rosa Ros, que dirige el Centro Joven de Sexualidad y Anticoncepción de Barcelona, nos informa:

después de 14 años de atender a adolescentes y jóvenes en relación con la salud sexual y reproductiva, desde una concepción global (dispensamos de 1.500 a 1.800 AE cada año y atendemos a unas 245 chicas con prueba de embarazo positiva que derivamos a interrupción del embarazo, etc.), podemos asegurar que es peor carga «hormonal», añadida a la emocional, quedarse embarazada sin ningún deseo y tener que pasar por un aborto que la administración de una, dos o más dosis de AE.

Después de 12 años dispensando la AE y con los resultados de un estudio sobre 430 mujeres usuarias de nuestro centro que precisaron AE en el año 1999, concluimos lo que veníamos observando, que el nivel de repetidoras era de un 30 por 100, pero de este porcentaje, un 25 por 100 sólo repitieron una vez.

Constatamos que después de precisar el AE dos o tres veces, prefieren una anticoncepción más segura, consultando para información contraceptiva y atención. Estos resultados coinciden con los de otros estudios en los que se contemplan las repetidoras⁷. Esperar de 3 a 21 días que te aparezca la regla después de la toma de AE genera la suficiente angustia como para reflexionar y adoptar otras medidas de protección. En todo caso, cuando nos encontramos frente a una gran repetidora, exploramos

⁷ M. D. Carolyn Westhoff, «Emergency contraception», *N Engl J Med*, 349 (19), 6 de noviembre de 2003, www.nejm.org.

otras situaciones de su conducta y normalmente suelen confluír varias situaciones y/o conductas de riesgo que van a precisar una atención más global. Por ahora, no hemos observado en ningún momento que la AE se utilice como contracepción habitual.

Hasta aquí el debate, a la espera de los resultados de estudios a largo plazo, de una política pública que recomienda la venta libre y apoya la decisión individual, a un costo alto para las usuarias. Pero aunque hasta aquí pueda parecer que se levantan los controles, un acuerdo para la venta de la píldora del día después firmado el 7 de agosto de 2008, entre el Departamento de Salud de Cataluña y el Consejo de Colegios Farmacéuticos, autoriza la «objeción de conciencia» en la venta y pacta un protocolo en el que el farmacéutico/a realizará una entrevista personal, hará recomendaciones y obligará a firmar un consentimiento informado, antes de entregar el kit anticonceptivo (naturalmente previo pago de la usuaria controlada). Un nuevo concepto de libertad vigilada que neutraliza completamente las intenciones de la venta libre para disminuir el número de abortos. Además, desconocemos el nivel de formación en salud sexual y reproductiva de los profesionales de farmacia, pero si tienen un nivel de conocimientos científicos correspondientes a su profesión, no puede haber ningún profesional objetor de conciencia, ya que la píldora impide la concepción pero no es abortiva. El *lobby* conservador ha limitado una vez más una política pública que quería favorecer la libertad y la capacidad de decisión, eso sí, con fórmulas cada vez más complejas, pero igualmente limitadoras y controladoras. Aunque al final se limitan en su mayoría a dar un folleto informativo junto con la píldora vendida.

¿Qué podemos decir del control que ha supuesto la penalización del aborto?

El aborto supone el fracaso de las políticas de prevención de los embarazos no deseados y de los recursos que las

mujeres tienen a su alcance. Pero este fracaso, unido al dolor de tener que realizarlo, en algunas sociedades se ha penalizado legalmente, por lo que la clandestinidad ha supuesto la realización de abortos en condiciones penosas y con alto riesgo para la vida de las mujeres. Toda mujer que da vida es consciente de las condiciones mínimas de atención que necesitan sus hijos e hijas; si no puede darles el afecto y los cuidados que precisan, a veces ha de recurrir al último extremo, con dolor, con pena y hasta ahora con penalización.

Cuando oigo opinar a obispos o varones en nombre de una supuesta ciencia, en contra de la despenalización, compruebo que el proceso de control sobre las decisiones de las mujeres todavía no ha acabado. Se preocupan por la vida de un embrión, pero los que penalizan no muestran ningún interés ni por la vida ni por el sufrimiento de las madres. Alegan problemas de conciencia, pero no les afecta ni la miseria ni la pobreza ni las condiciones de exclusión en las que viven muchas mujeres que han tomado la decisión de abortar. Ni tampoco han ayudado a desarrollar políticas públicas para mejorar la educación sexual en las escuelas, ni han mejorado la planificación familiar. Consuelo Catalá, ginecóloga y diputada, lo manifiesta con claridad:

Después de 22 años de la despenalización parcial del aborto, la educación sexual en las escuelas sigue siendo la gran ausente y los dispositivos de planificación familiar tienen básicamente el soporte del voluntarismo militante del personal que los atiende. Según las Comunidades Autónomas el acceso a determinados métodos, incluida la prestación legal del aborto, no son gratuitos... La educación en el auto-conocimiento y la autoestima como elementos indispensables para querernos y amar desde la dignidad de considerarnos personas, no aparece de manera integrada en la propia educación. De ahí que debamos abordar el derecho al aborto en el marco de una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que contemple entre otras cosas la regulación de la objeción de

conciencia en consonancia con los nuevos derechos de ciudadanía.

Después de 22 años de resolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en condiciones de salud y seguridad, a través principalmente de las clínicas privadas acreditadas, queda pasar de la normalización social que individualmente, a costa de su salud mental (el 98 por 100 de los abortos realizados), ha ejercido cada una de las 100.000 mujeres que abortan en nuestro país anualmente, y llegar a la normalización jurídica⁸.

El objetivo de conseguir un respeto a la decisión de las mujeres sobre su cuerpo, así como una red social y educativa que permita mejorar la salud sexual y reproductiva de nuestra población, en especial de los jóvenes, para que adquieran mayor responsabilidad y posibilidad de decidir con libertad, es la única forma de evitar el control sobre las mujeres. Control que en este caso se ejerce por entes jurídicos, pero también mediáticos, que en lugar de comprender las causas que conducen a la decisión dolorosa del aborto, pretenden hacer abstracción de las circunstancias y culpabilizar a las mujeres, internalizando el control hacia las partes más íntimas de la conciencia de las mujeres.

EL CONTROL DE LA SALUD REPRODUCTIVA

El control de las decisiones de las mujeres no sólo se realiza cuando se desea prevenir un embarazo o abortar, sino también cuando se decide tener un hijo. Casi uno de cada tres niños o niñas que nacen en España lo hace por cesárea, en especial en las clínicas privadas, cuando la OMS recomienda, como máximo, un 15 por 100 de cesáreas en condiciones

⁸ Consuelo Catalá, ponencia del Seminario de la RED CAPS, 2009.

normales. Este incremento pone en peligro la posibilidad de que el próximo parto se tenga por vía vaginal, y también afecta a la salud del recién nacido, ya que los trabajos de parto favorecen su capacidad respiratoria. Sin embargo, a pesar de que muchas cesáreas se realizan los viernes, algunos ginecólogos las justifican porque las madres las piden, ya que dicen que les parece más fácil que la vía normal. Faltan estudios a fondo de esta tendencia, de la que España es pionera en Europa. Algunas mujeres relatan que nadie les ha hablado de las complicaciones para su salud al hacerla; todo lo contrario, la información recibida minimiza los efectos secundarios negativos. Muchas desean ser madres como realización de su feminidad, como único significado de su existencia:

la ideología sitúa a la feminidad en el lugar de la maternidad, definida como maternidad biológica, y la ciencia y la tecnología se hacen eco de ello poniéndose al servicio de conservar la creencia en su naturalidad (paradójicamente, puesto que se trata de artificios), y de mantener la ecuación mujer = madre, en un intento por controlar lo incontrolable, la vida y la muerte, y de renegar de la castración y de la deuda simbólica; en suma, de nuestro estatuto como sujetos significantes, deseantes, humanos⁹.

Otra forma de control han sido los partos medicalizados, con las mujeres atadas de piernas, en posición antinatural para mejorar los movimientos de parto, con rasurado inútil del vello pubiano y con episiotomías que dejan la pelvis condicionada para sufrir incontinencia de orina y de heces en la vida adulta. El miedo y la situación de ser torturada no deja espacio para el deseo y el placer del encuentro con el ser que ha llevado dentro durante meses. El parto medicalizado lo desnaturaliza, por ello ha sido muy positivo el movimiento feminista «El parto es nuestro» que ha conseguido que se

⁹ Silvia Tubert, *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Madrid, Siglo XXI de España, 1991, pág. 220.

respeten los términos de un parto realizado en condiciones más humanas, como ya solicitaba la Declaración de Fortaleza, y que sea apoyado por el Ministerio de Sanidad español, como recomendación para todas las clínicas y hospitales.

Pero el deseo de maternidad y el incremento de la esterilidad, que como ya he explicado tiene que ver con la creciente contaminación ambiental e industrial, y también el retraso obligado por las condiciones laborales y las carreras profesionales del momento de tener hijos, han impulsado el desarrollo de las nuevas tecnologías reproductivas (NTR), para conseguir, a base de estímulos hormonales, la producción de óvulos que, junto con la inseminación artificial y la fecundación «in vitro», intentan producir embarazos con una eficacia no superior a un 20 por 100. Además, la sensación que experimentan las mujeres que se someten a las terapias con la ilusión del embarazo como meta acaba en un 80 por 100 de casos con la percepción de que su cuerpo se ha convertido en una máquina, con la conciencia de todo el ciclo menstrual vivido día a día y hormonado en cada periodo, hasta decidir no continuar por la angustia que el procedimiento les produce. Silvia Tubert lo ha descrito muy a fondo en sus libros:

El nacimiento de un niño puede adquirir los rasgos de la fabricación de productos industriales, de tal manera que evacua la sexualidad y reduce la paternidad a un factor meramente genético. Se puede programar, controlar los cuerpos y su funcionamiento a favor de la eficacia, pero todo esto conduce a la desobjetivización, a la alienación, a la ilusión de satisfacer los deseos a escala industrial, a la abolición de la palabra, del símbolo, de la temporalidad, es decir, de todo aquello que nos hace humanos¹⁰.

Las nuevas tecnologías reproductivas se han convertido en una verdadera industria, con congresos que agrupan a

¹⁰ *Ibíd.*, pág. 278.

más de 10.000 participantes, en los que la principal preocupación es cómo hacer ovular a las mujeres mayores de 40 años, que son las que tiene mayores posibilidades económicas para pagarse el alto costo de las terapias. A nadie le preocupa, sin embargo, por qué hemos llegado a este alto nivel de esterilidad en las sociedades industrializadas y cómo prevenirlo. Es una asignatura para el próximo siglo. En este momento lo que mueve millones de euros es cómo conseguir con una eficiencia relativa que las mujeres ovulen, aunque su edad no lo recomiende. El último caso conocido es paradigmático: una mujer española que, para tener hijos a los 67 años, fue sometida a un tratamiento «intensivo» hormonal. Tres años después del parto ha fallecido de cáncer «tubo ovárico» sin ver cumplido su deseo de vivir más de 100 años como «su madre». La hiperestimulación ovárica más de nueve veces se considera ya un factor de riesgo para el cáncer de ovario. Además, algunos estudios han asociado los tratamientos de esterilidad con mayores problemas en el parto. Shevell¹¹ en 2005 publicó que, aunque las mujeres que realizan tratamientos de esterilidad son significativamente mayores y más educadas que las mujeres que no los realizan, después de ajustar por factores contundentes, aquellas que se sometieron a tratamiento para inducir la ovulación presentaron, con más prevalencia que los controles, placenta previa (OR 2,4) o pérdida fetal después de la semana 24 de gestación (OR 2,1). Las mujeres que fueron sometidas a fertilización in vitro o transferencia de gametos o cigotos en trompas de falopio sufrieron con más probabilidad que los controles preeclampsia (OR 2,7), rotura de placenta (OR 2,4), placenta previa (OR 6,0), y les tuvieron que practicar cesárea (OR 2,3). La incidencia de malformaciones congénitas no fue más elevada en el grupo tratado que en el de control, aunque en el último Congreso Mundial de Car-

¹¹ T. Shevell *et al.*, «Assisted reproductive technology and pregnancy outcome», *Obstet Gynecol*, 106, 2005, págs. 1039-1045.

diología (Barcelona, septiembre de 2009) se han comunicado alteraciones cardíacas en la vida adulta de las personas nacidas por fecundación in vitro. Este dato está pendiente de ulteriores comprobaciones.

EL FRAUDE DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

Un ejemplo paradigmático de la invisibilidad en el estudio de las diferencias creyendo que las mujeres están protegidas por su propia biología ha sido precisamente la terapia hormonal sustitutiva aplicada a mujeres después de la menopausia. Como hemos visto, éste es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular y para el cáncer de mama; sin embargo, se introdujo a principios de los años 90 como el paradigma de la prevención del envejecimiento y de la osteoporosis.

Cuando a inicios de los años 90 se presentaron los primeros trabajos para tratar la sequedad vaginal y los sofocos con terapia hormonal sustitutiva (THS), las firmas comerciales se basaron en estudios de corta duración (tres o seis meses) en mujeres sanas. Se observó que el tipo de mujeres escogido era sesgado respecto al resto de población, más delgadas, con ejercicio físico continuado, etc. Y en cambio la terapia en la práctica asistencial se aplicaba por igual a todas las mujeres, fueran obesas o simplemente con peso por encima de la media, sin atender al conocimiento científico de que cada nanogramo de hormona administrada se multiplica por diez por cada kilogramo de sobrepeso. La industria farmacéutica sólo realizó estudios a corto plazo, y no basados en población, pero se empezó a afirmar que la THS podría servir para prevenir los infartos de miocardio, la arteriosclerosis de los vasos sanguíneos y las fracturas, con un gran despliegue de propaganda y elementos de marketing, para convencernos de que nos hallábamos ante la panacea del siglo xx.

Los primeros estudios en mujeres posmenopáusicas de la población general seguidos durante más de dos años con dinero público (y no financiados por la industria farmacéutica) han sido el HERS I y HERS II, ensayos clínicos controlados en mujeres que ya habían padecido problemas cardiovasculares, y a las que se administró placebo y terapia hormonal con estrógenos y progestágenos. Aunque el estudio estaba planificado para cuatro años y medio, se tuvo que suspender a los dos años por el incremento de fenómenos trombóticos periféricos y pulmonares, y un incremento de mortalidad por infartos de miocardio entre las mujeres que tomaban THS, en mayor número que las que tomaban placebo. La pretendida función de prevención de problemas cardiovasculares empezó a desmoronarse con el HERS I (1998)¹² y se confirmó en el HERS II (2002)¹³.

En este campo, la verdadera innovación se realizó en 1996-1997, cuando el NIH de Estados Unidos puso en marcha el proyecto Women's Health Initiative, impulsado por la cardióloga Bernardine Healy. Éste se ha convertido en el primer estudio a gran escala de población para deshacer los mitos que pesaban sobre la terapia hormonal sustitutiva y las falacias que se habían introducido en el primer momento, y constituye un primer paso para desarrollar ciencia médica teniendo en cuenta precisamente las necesidades o intereses de las mujeres que tradicionalmente habían sido olvidados o despreciados.

En un momento en que las informaciones sensacionalistas de los medios de comunicación han hecho pasar datos

¹² S. Hulley *et al.*, «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», *JAMA*, 280 (7), 19 de agosto de 1998, págs. 605-613.

¹³ S. Hulley *et al.*, «HERS Research Group. Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II)», *JAMA*, 288 (1), 3 de julio de 2002, págs. 58-66.

como científicos cuando no lo eran o se han difundido noticias sin base experimental, el hecho de que un departamento de salud pública haya financiado un estudio a gran escala con más de 100.000 participantes durante 4 o 5 años (de hecho el estudio estaba diseñado para 10 años), constituye un hito muy importante en la historia de la investigación biomédica dirigida precisamente hacia las mujeres. Precisamente este estudio ha demostrado el mayor riesgo de padecer cáncer de mama, de endometrio y patología cardiovascular y de vesícula biliar entre las mujeres consumidoras de terapia hormonal sustitutiva a dosis altas y continuadas.

A finales del año 2000 se publicaron los primeros resultados del WHI (Women's Health Initiative) con 16.608 mujeres posmenopausicas seguidas durante 5,2 años, aunque estaba previsto seguirlas hasta 8 años. Se suspendió parte del proyecto por incremento en uno de los grupos seguidos de enfermedades coronarias, ictus, cáncer de mama invasivo y embolismo pulmonar, con una ligera disminución a los dos años de cáncer colorrectal y fractura de cadera. El grupo que tuvo que suspender el seguimiento fue el que estaba tomando estrógenos y progestágenos a dosis altas y continuadas.

En el año 2003, un excelente estudio¹⁴ con cohorte de 1.084.110 mujeres de 54 a 64 años mostró un incremento de riesgo relativo de presentar cáncer de mama invasivo entre las mujeres que estaban utilizando THS (1,66 [1,60-1,72]), un incremento de mortalidad entre las que la utilizaban (1,22 [1,05-1,41]), siendo el riesgo mayor entre las tratadas con estrógeno y progestágeno (RR 2 [1,91-2,09]) y tibolona (RR 1,45 [1,25-1,67]).

¹⁴ «Beral V; Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study», *Lancet*, 362 (9382), 9 de agosto de 2003, págs. 419-427. Erratum in: *Lancet*, 362 (9390), 4 de octubre de 2003, pág. 1160.

Tibolona y cáncer de endometrio

La tibolona es un esteroide sintético con actividad estrogénica, progestogénica y androgénica, utilizado en los síntomas de la menopausia, aunque existen pocos ensayos clínicos sobre su eficacia. Se presentó como un gran avance en la THS, porque no era «tan estrogénico», por lo que se propuso como un tratamiento que no ponía a las mujeres en riesgo de cáncer de mama. Además, por su alto contenido en andrógenos, podía aumentar el tamaño del clítoris y hacía que las «mujeres estuvieran siempre preparadas para el coito». El MWS (Million Women Study)¹⁵ ha demostrado que el uso de la tibolona está asociado con un aumento significativo del riesgo de cáncer de endometrio (RR 1,79 [1,43-2,25]), que fue más elevado entre mujeres que no eran obesas (RR 2,99 [2,08-4,30]).

Este incremento de riesgo del cáncer de endometrio asociado a la administración de tibolona también se ha observado por el grupo DeVries¹⁶, en un estudio de control entre mujeres que utilizan terapia hormonal sustitutiva para la menopausia. El riesgo de cáncer de endometrio entre las mujeres que tomaban tibolona fue mayor que entre las que utilizaban un combinado cíclico (RR 1,54 [1,03-2,32]). El *Butlletí de Farmacovigilancia*¹⁷ recomienda limitar su uso a casos con síntomas vasomotores graves en la menopausia que no responden a la terapia combinada, siguiendo de cerca la proliferación de endometrio para disminuir los riesgos de su utilización. Aunque ya hemos descrito su relación también con el cáncer de mama.

¹⁵ «Million Women Study Collaborators. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study», *Lancet*, 365, 2005, págs. 1543-1551.

¹⁶ «C. S. DeVries *et al.*, «Tibolone and endometrial cancer: a cohort and nested case-control study in the U.K.», *Drug Safety*, 28, 2005, págs. 241-249.

¹⁷ *Butlletí de Farmacovigilancia de Catalunya*, vol. 3, núm. 4, 2005.

THS y cáncer de ovario

Hace ya unos ocho años que varias publicaciones señalaban incrementos de cáncer de ovario en mujeres que tomaban o habían tomado terapia hormonal sustitutiva, pero los estudios daban algunos resultados contradictorios según el tipo de hormona usada y la forma de administración. El estudio realizado en Dinamarca por Lina Steinrud¹⁸ y colaboradoras fue diseñado especialmente para seguir durante 8 años a 904.946 mujeres, de las que 3.068 presentaron cáncer de ovario. La excelente calidad del diseño ha permitido demostrar por primera vez en la literatura una correlación directa entre las mujeres que tomaban THS (OR 1,38), con todo tipo de formulación, dosis, progestágeno y ruta administrada. El riesgo disminuía a partir de dos años de cesar la administración. Una primera advertencia clara del incremento de cáncer de ovario con THS.

Los cambios en la prescripción de THS han disminuido la incidencia de cáncer de mama

Los riesgos de la THS sobre el cáncer de mama y de endometrio, aunque sea difícil que lleguen de manera rápida a la comunidad científica, empezaron a modificar la prescripción de estrógenos por lo menos en Estados Unidos. De 80 millones de prescripciones de estrógenos anuales en 1998, año en que se publicó el primer estudio HERS, se pasó a 60 millones de prescripciones en 2002, año en que se publicó el estudio HERS II y el WHI. Las prescripciones de estrógenos

¹⁸ Lina Steinrud *et al.*, «Hormone therapy and ovarian cancer», *JAMA*, 302 (3), 2009.

durante 2003 cayeron a 20 millones, el mismo nivel de 1995¹⁹. Alguna información había llegado a los profesionales que la recetaban anteriormente, cuando en un año disminuyeron 40 millones de recetas, demostrando la utilidad de los estudios de población estimulados por los departamentos de salud pública.

Estudios epidemiológicos basados en datos de incidencia de cáncer de mama entre agosto de 2002 y diciembre de 2003 en Estados Unidos, demostraron por primera vez una clara disminución de un 7 por 100 de la incidencia entre todas las mujeres y de un 15 por 100 entre las mujeres de 50 a 60 años, datos que se han atribuido a los límites de la terapia hormonal en la menopausia que se divulgaron a partir de la mitad de la década de los noventa. En esos años se inició el gran estudio epidemiológico, el Women's Health Initiative, ya citado, financiado con dinero público, que realizó un seguimiento de mujeres a partir de la perimenopausia y de la menopausia, con diversas estrategias de promoción de salud y distintas dosis de tratamiento. Precisamente este estudio confirmó la relación entre terapia hormonal sustitutiva y la mayor incidencia de cáncer de mama, que ya habíamos sospechado desde el Congreso de Mujeres y Calidad de Vida del año 1990 en Barcelona.

Al revisar los resultados epidemiológicos sobre cáncer de mama en Estados Unidos, en la reunión de Palo Alto, de noviembre de 2006, se observó una disminución de unos 14.000 casos en el periodo de 2002 a 2003. Los datos se revisaron cuidadosamente, dado que era la primera vez en la historia desde 1945 en que el cáncer de mama, que no había dejado de incrementar su incidencia y mortalidad, mostraba una disminución.

La razón de esta disminución fue la menor utilización de THS, después de que se dieran a conocer los resultados de los

¹⁹ P. M. Ravdin *et al.*, «The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States», *N Engl J Med*, 356 (16), 19 de abril de 2007, págs. 1670-1674.

primeros estudios epidemiológicos a gran escala, como el WHI (Womens Health Initiative), que detectaron un incremento de cáncer de mama en los grupos que tomaban THS a dosis altas por vía oral. La divulgación de estos resultados motivó una disminución del consumo de THS entre las mujeres en Estados Unidos. Aunque el debate está servido, y también puede influir el menor uso de insecticidas organoclorados en la agricultura, la buena noticia es que todavía están entre nosotras 14.000 mujeres que podían haber muerto. La ciencia bien hecha logrará destruir muchos mitos y falacias.

La administración de isoflavonas de soja es inútil en la menopausia

No existe ni un estudio de evidencia clara que justifique la utilización de isoflavonas de soja en la menopausia, aparte de mejorar los beneficios de los laboratorios que la comercializan, y tampoco se han encontrado evidencias de beneficios superiores en la nutrición frente a otras legumbres o cereales. Una vez más se extrapolaron conocimientos observacionales, y no se realizaron ensayos clínicos, a partir del conocimiento de que las mujeres asiáticas tenían menos sofocos que las europeas. Pero este hecho también ocurre entre las mujeres de nuestro medio rural, que comen más verdura y fruta ricas en estrógenos vegetales²⁰. La utilización en las comidas no tiene riesgos elevados, pero se ha de tener en cuenta que su alto contenido en ácido fítico puede hacer que arrastre vitaminas y minerales como el calcio, el hierro y el magnesio e impedir su absorción. La administración de isoflavonas de soja a dosis más elevadas de 80 mg al día incrementa el riesgo de cáncer de mama y de vejiga. Dada la gran cantidad de manipulaciones en la información que llega a las mujeres en la etapa de sus vidas adultas, nuestro gru-

²⁰ «Barbies a los 50, no por favor», *MYS*, núm. 3, 1999.

po decidió hacer la revista *Mujeres y Salud*²¹, con el objetivo de informar de forma veraz y dar recursos a las mujeres que decidan tomar decisiones libres sobre lo que les conviene a sus propios cuerpos.

Repitamos desde aquí un pequeño homenaje. En primer lugar, a Barbara Seaman, que fue fundadora del NWHN²², y en 1969, en su libro *The doctor's case against the pill*, expuso los peligros de los anticonceptivos orales. En 1977 consiguió que la FDA exigiera a la industria farmacéutica que informara claramente a los pacientes de los riesgos de sus productos, en los estrógenos para la menopausia. En segundo lugar, a las investigadoras y, en especial, a la doctora Bernardine Healy, quien, ya en 1992, impulsó desde el NHI la realización de una gran investigación entre mujeres sanas sobre los beneficios de la THS aplicada en un gran número de población. Gracias a la publicación de este estudio, el NWHN estima que 25.000 mujeres han evitado cada año un ataque cardíaco y 16.000 mujeres no han presentado un cáncer de mama. Los estudios poblacionales son siempre superiores a los observacionales o al de las mujeres que acuden a consulta. La ciencia bien realizada y sin sesgos de género será la verdadera barrera que impida la farmapulación del cuerpo de las mujeres. Debemos continuar reivindicando el que no se utilicen fármacos, terapias alternativas o suplementos de soja sin que existan estudios evidentes que pongan de manifiesto su utilidad terapéutica.

LA RESISTENCIA ACTIVA DE LAS ASOCIACIONES DE MUJERES

La asociación de mujeres ADIBS (Associació de Dones de les Illes Balears per la Salut), en respuesta al artículo firmado por el doctor Beltrán en la sección «Es siurell» del

²¹ <http://mys.matriz.net>.

²² <http://www.nwhn.org>.

diario *Última hora* el sábado 27 de septiembre de 2008 titulado «Mujeres», publicó el siguiente artículo que adjunto como testimonio de la resistencia ideológica de muchas mujeres a ser manipuladas por la industria y por la medicina:

DEJEN DE HABLAR POR NOSOTRAS.

Dr. Bertrán, sí, las mujeres deseamos vivir mucho, bien y mantenernos bellas. Esto es en lo único en lo que estamos de acuerdo con su artículo. Con lo que no estamos de acuerdo es con el resto. Nuestro concepto de belleza es un concepto interior, el que da el aceptar los procesos de la vida tal como son. Es decir, aceptar que el envejecimiento no tiene por qué ser feo, a pesar de los criterios de belleza dominante en nuestra cultura que nos empuja a mantenernos como Barbies a los 50 o más. Lo que sí tenemos claro las mujeres es que no estamos dispuestas a poner nuestra vida en juego a base de terapias hormonales que se han demostrado dañinas para nuestra salud. Ya sabemos que, desgraciadamente en nuestro país y en otros, como ha denunciado últimamente el *British Medical Journal*, hay ginecólogos (por fortuna, no todos) que se arrojan la autoridad para definirnos y hablar por las mujeres en lugar de escuchar lo que éstas dicen, medicalizando sus vidas con productos que atentan contra su salud, confundiendo sus necesidades y sus deseos; ginecólogos que pretenden aumentar la cuenta de resultados de los laboratorios corrigiendo a la naturaleza, propugnando que no se debe vivir «sin esas hormonas tan necesarias», aunque la realidad demuestra que sí, que la naturaleza ha decidido que las hormonas, a pesar de ustedes, no son tan necesarias, y también lo han decidido las mujeres informadas, habida cuenta la poca aceptación de la terapia hormonal que quieren colocarles contra toda ciencia.

Por si acaso, les recomendamos que se lean las directrices de la Agencia Española del Medicamento, que desaconsejan la utilización de THS por haberse demostrado que es más perjudicial que beneficiosa (23 de enero de 2004).

Y que se empapen de los datos del Departamento de Estadísticas del Cáncer Norteamericano que demuestran

que no encuentran otra razón para el descenso de la incidencia de cáncer de mama en estados como California, que el abandono de la TSH entre las mujeres de dicha terapia desde la aparición del estudio del Women's Health Initiative en mayo de 2002, que no sólo constata el peligro que suponen para el desarrollo de un cáncer de mama, sino las complicaciones cardiovasculares que producen, y que se confirma año tras año.

Usted dice también que según las estadísticas el 30 por 100 de las mujeres tienen deseo sexual inhibido y propone otro tratamiento agresivo para «solucionarlo»: más parches, más hormonas, más efectos secundarios, más gasto farmacéutico. Nosotras sabemos que esas cifras han sido creadas artificialmente por una campaña millonaria de la industria farmacéutica, empeñada en «inventar enfermedades» para vender sus productos a personas sanas. En todo caso, el desinterés sexual puede tener que ver con la falta de exploración de nuestra propia sexualidad sometida generalmente a una sexualidad de corte masculino, o con parejas que ya no nos atraen o, simplemente, con el crecimiento de otros intereses apasionantes.

Es hora de que la ginecología deje de ser el reducto donde la misoginia florece e impone sus normas sobre las mujeres especialmente en el caso de España, que está en manos casi exclusivamente de hombres (baste ver el comité organizador de la Asociación para el Estudio de la Menopausia que organiza el congreso de los laboratorios que se llevará a cabo en Palma).

Déjenos vivir en paz, seguro que viviremos más y mejor sin que ustedes se ocupen tanto de que nos paseemos la vida consumiendo productos que no necesitamos. Que necesitamos todas nuestras energías para conseguir lo que sí nos falta a muchas, que tiene poco que ver con pastillas y mucho que ver con dinero, trabajo, salarios justos, reconocimiento, asistencia psicosocial y tiempo para nosotras, que cuidamos de todo el mundo. Y, si necesitan bibliografía científica, pueden contar con nosotras.

LA INDUSTRIA NO CESA DE PAGAR
A ESCRITORES FANTASMA

El 5 de agosto del año 2009, el periódico *New York Times* publicó el artículo titulado «Medical Papers by Ghostwriters Pushed Therapy», poniendo de manifiesto algo que ya se sospechaba desde hace tiempo, y es la utilización de «negros» pagados por la industria farmacéutica y luego cubiertos por personalidades del mundo profesional y científico que firmaban artículos con propaganda encubierta. Documentos recientemente descubiertos muestran que «escritores fantasma» pagados por una industria farmacéutica desempeñaban el papel principal en la producción de 26 artículos científicos promocionando el uso de la terapia hormonal sustitutiva entre las mujeres, sugiriendo que el nivel de influencia oculta de la industria en la literatura médica es más amplio de lo que se conocía previamente.

Los artículos, publicados en revistas médicas entre 1998 y 2005, subrayaban los beneficios y desdramatizaban los riesgos de tomar hormonas para proteger de enfermedades del corazón, demencia o envejecimiento de la piel. Estos supuestos consensos médicos beneficiaban a la compañía farmacéutica Wyeth, que pagaba a un grupo de comunicación para que hiciera circular borradores de trabajos que luego firmaban otras personalidades. Su volumen de ventas en 2001 de Premarin y Prempro llegaba a cerca de dos billones de dólares. Pero el aparente consenso cayó cuando un amplio estudio federal se detuvo después de que los investigadores encontraran que las mujeres menopáusicas que tomaban hormonas tenían un incremento de riesgo de cáncer de mama invasivo, de enfermedades cardíacas e ictus, así como aumento de riesgo de demencia entre mujeres mayores. Los artículos «escritos por fantasmas» eran típicos artículos de revisión, con recomendaciones de un autor para tratar un pro-

blema particular con gran cantidad de citas bibliográficas. Aparecieron en 18 revistas médicas, entre ellas, *The American Journal of Obstetrics and Gynecology* y *The International Journal of Cardiology*. Los artículos no decían nada sobre que el laboratorio había hecho el borrador y había pagado el trabajo. La editorial Elsevier dijo sentirse preocupada por la acusación de escritores fantasma y aseguró que investigaría, aunque los documentos fueron protegidos por abogados de Wyeth hasta que un requerimiento judicial de la Public Library of Science y del *The New York Times* los obligó a entregarlos.

Los informes judiciales han detallado que el laboratorio contrató a una compañía de comunicaciones para hacer el borrador de los artículos y solicitar a médicos famosos que los firmasen aunque no hubieran escrito nada. Los médicos y médicas confían en la literatura científica y pueden cambiar sus prescripciones después de leer ciertos artículos, desconociendo que estaban pagados por la industria. El laboratorio se enfrenta a 8.400 demandas de mujeres que creen que los fármacos les han provocado problemas de salud. De 31 casos que ya se han juzgado, 23 se han resuelto a favor de la industria. Wyeth adoptó una nueva política desde el año 2006 y es que los autores que sean financiados lo hagan constar en sus artículos.

Dado que los editores de revistas médicas han sabido más de los «escritores fantasma» por los juicios y por el Congreso, han empezado a hacer preguntas más duras a los autores. Algunas revistas líderes, como *The Journal of the American Medical Association*, han hecho unos cuestionarios para los autores que los obligan a detallar su contribución en el artículo y justificar los conflictos de intereses. Pero muchas revistas médicas no han seguido todavía estos pasos.

LOS RECURSOS NO MEDICALIZADORES
PARA LAS MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS

Ha sido duro tanto para las expertas y expertos, como para las mujeres, esta etapa de transición, sin ciencia, sin conocimiento y con el repetido bombardeo de que quien no se trataba con terapia hormonal estaba despreciando los grandes avances de la civilización y prefería ir en carro que en coches de alta cilindrada. Nos hemos movido sin recursos y nos han faltado puentes y mediadoras que nos reencuentren con la experiencia de nuestras madres, de nuestras abuelas y de nuestras propias hermanas mayores. Que nos permitan amarrarnos a la vida en lugar de levantarse cada día con la angustia del miedo a la muerte y a las pérdidas. Y éste es el trabajo que viene haciendo Anna Freixas desde hace años, tanto desde su labor docente como desde su tarea investigadora. El papel de una hermana que se enfrenta a los mismos problemas que las demás, pero con su aguda mirada afilada, con la perspectiva de género, hace de mediadora entre nuestra experiencia, la experiencia de las otras hermanas y de las que se han adentrado en el mundo de la ciencia.

Deseo parafrasear aquí una parte de la introducción a Séneca de María Zambrano, que me ayudó a redescubrir este clásico, ya que creo que viene como anillo al dedo para describir, en mi opinión, el trabajo de Anna Freixas²³, aunque me permito sustituir el masculino singular por el femenino singular que ella representa para mí:

Si ella nos atrae es porque pertenece a una rara especie de mujeres, a esas que no han sido enteramente una

²³ Anna Freixas, *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*, Barcelona, Paidós, 2007.

cosa sino para ser otra, a esas de naturaleza mediadora que a manera de un puente se tienden entre nuestra debilidad y algo lejano a ella, algo invulnerable, de lo que se siente necesitada. No es una pensadora de las que piensan para conocer, embaladas en una investigación dialéctica, ni tampoco la vemos lanzada en la vida, sumergida en sus negocios y afanes y ajena al pensamiento. Es propiamente una mediadora, una mediadora por lo pronto entre la vida y el pensamiento, entre este alto *logos* establecido por la filosofía griega como principio de todas las cosas, y la vida humilde y menesterosa.

Porque el pensamiento que de ella mana no es coactivo; y tiene algo de musical. Vemos en ella a una médica, y más que una médica a una curandera de la filosofía que sin ceñirse estrictamente a un sistema, burlándose un poco del rigor del pensamiento, con otra clase de rigor y otra clase de consuelo, nos trae el remedio. Un remedio menos riguroso que, más que curar, pretende aliviar, más que despertarnos, consolarnos²⁴.

Y éste creo que es el resultado de su libro sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas, sobre nuestras sensaciones ante esta etapa vital, que más que vivirla como una pérdida, hemos de vivir como una nueva oportunidad, cogidas de la mano con la sabiduría de las que piensan y con la ciencia de las que hacen. Anna Freixas logra crear estos puentes mentales y esta mediación entre las experiencias, la ciencia y el camino que hemos de recorrer hacia nuestro futuro. Por eso creo que hemos de agradecerle la audacia y la valentía de introducirse en este campo que aparentemente era árido y hacernos ver que el futuro no está determinado, sino que lo vamos construyendo día a día con el ejercicio de nuestra responsabilidad y de nuestra libertad.

Cierro este largo capítulo con sus palabras de reflexión sobre lo que hemos de hacer también aquí para deconstruir

²⁴ María Zambrano, *Séneca*, Madrid, Siruela, 1994.

los estereotipos de género que también quieren controlar el envejecimiento. Para deshacer el control y la manipulación que se introducen en nuestros cuerpos a través de tan sutiles relaciones de poder, hemos de poder ejercer la sororidad entre todas las mujeres.

A partir de ahí nos planteamos la necesidad de iluminar las desigualdades de género que afectan el ser mayor de manera diferencial a hombres y mujeres de manera que desvelemos la construcción social de los valores culturales que limitan la vida de las mujeres mayores. Siendo importante, para la deconstrucción de los estereotipos que rodean el envejecer, poder negar el carácter inevitable de la dependencia, pobreza y enfermedad en la vejez.

Es necesario que las mujeres mayores tengan una mayor visibilidad social y una progresiva participación en el mundo público, de manera que vaya habiendo imágenes de mujeres mayores en situaciones de poder, éxito y reconocimiento social, que se conviertan en modelos para las jóvenes generaciones, cuya vejez se planteará en condiciones ciertamente muy diferentes a las de las generaciones de sus abuelas²⁵.

²⁵ Anna Freixas, «Abuelas: La solidaridad en los linajes femeninos», *MYS*, núm. 10, 2003, págs. 29-31.

CAPÍTULO 12

Las microviolencias en la atención sanitaria. El poder en el acto médico

Una vez transformado en objeto médico, el cuerpo femenino puede convertirse en el lugar en donde el sadismo y el voyerismo se ejercen libremente al amparo de un método clínico que se estructura en las formas de la obsesión y de la compulsión de repetición. El médico busca, mira. Recoge, solicita las zona eróticas de las pacientes para luego describir y controlar minuciosamente sus reacciones, las palabras provocadas, interrumpidas, arrancadas a la afasia; pero al mismo tiempo es observado por una mirada trastornada, por un ojo igualmente atento y sin compasión que lo mira a su vez¹.

¹ Gabriella Buzzatti y Anna Salvo, *El cuerpo-palabra de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2001, pág. 91.

LA DOBLE CARA DE LA VIOLENCIA
EN LA ASISTENCIA SANITARIA

El cuerpo de las mujeres intenta hablar a través de sus síntomas, que a veces ni ella misma entiende, ni puede relatar con coherencia. Cuando acude al sistema sanitario, no siempre el o la profesional que la atiende puede escuchar o la escucha con atención. Con apariencia de cara amable, pero mirando al ordenador, se empiezan a producir pequeñas intervenciones que a veces son vividas como agresiones por las personas que las reciben. Tomo prestada del psicólogo Luis Bonino la palabra «microviolencias», que utiliza para describir diversas modalidades por las que los micromachismos ejercen sus relaciones de poder en las relaciones de pareja. Él propone que «un gran paso necesario para romper la imperceptibilidad de las microviolencias es nombrarlas y especificar sus diferentes variedades. Nombrar es hacer visible lo invisible y poder operar sobre ello»². Yo me propongo empezar a nombrar estas microviolencias en el acto médico, para determinar cómo podremos evitarlas en el futuro.

En la asistencia sanitaria se puede manifestar la violencia tanto en la no realización o la omisión de lo que sería obligatorio en la investigación específica de todos los hechos relacionados con la salud (las causas en los aspectos biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales), como en el momento de la realización del acto médico o sanitario, ya que se pueden expresar estereotipos de género que minimicen la escucha de los problemas que plantean los pacientes en el momento del acto médico o que colaboren en su victimización.

En capítulos anteriores hemos descrito cómo se puede sesgar la investigación sanitaria sin atender a la morbilidad

² Luis Bonino, «Las microviolencias y sus efectos, claves para su detección», *Rev. Argentina de Psicología clínica*, núm. 8, 1999.

diferencial o los factores de riesgo diferenciales (como ocurre con el cáncer de mama o los problemas cardiovasculares). Pero también se pueden realizar sesgos en el momento de hacer las exploraciones o diagnósticos, así como en la forma en que se realizan los tratamientos, sea porque se medicaliza lo que no existe (medicalizando, por ejemplo, procesos fisiológicos que podrían ser abordados con cambios en los hábitos de conducta o los hábitos de vida) o porque a veces no se trata de forma correcta lo que sí existe en la patología, lo que hemos llamado «morbilidad diferencial».

¿Qué violencias se establecen en la investigación biomédica? Por un lado, el hecho de que continúen perpetuándose los estereotipos de género tratando todo lo que se refiere a la mujer como inferior o poco importante, o silenciando las quejas o los síntomas que se expresan en el mismo acto médico. Por otro lado, el intento de controlar, manipular o introducir fármacos en el cuerpo de la mujer sin que haya evidencias científicas de que éstos puedan producir mejorías en la salud de las mujeres.

Asimismo, la falta de mujeres en las cohortes de investigación de los principales estudios de mortalidad, de factores de riesgo, de diferentes enfermedades (como las cardiovasculares o los distintos tipos de cáncer, no sólo el de mama), produce ausencia de ciencia y en cierto modo ejerce una forma de violencia, como el no valorar las condiciones de vida y trabajo y la sobrecarga psicosocial. O el que no se investiguen de forma rigurosa todas las enfermedades que afecten prioritariamente a las mujeres o que no se estudien con evidencia clara los fármacos que se les aplican o las terapias preventivas y vacunas que les quieran administrar.

VIOLENCIAS EN EL ACTO MÉDICO

Hemos podido analizar cuatro tipos de violencia que favorecen los estereotipos de género antes citados. En primer lugar, la limitación de la comunicación que hace más invisibi-

bles las quejas y los síntomas de las mismas mujeres. En segundo lugar, la relación de superioridad e inferioridad mantenida durante todo el acto médico, que no permite ninguna forma de comunicación más próxima (en cierto modo potencia la inferioridad); el aislamiento del exterior por el que la mujer no puede tomar decisiones autónomas, y por lo tanto, se la puede poseer y controlar de forma más directa; y, por último, la destrucción del ser humano que ha pedido ayuda, que pasa a ser una enferma o un enfermo en lugar de tener una enfermedad o de estar enfermo o enferma. Estas cuatro violencias se pueden comparar con las que se establecen en la violencia de género en las relaciones de pareja, en la que también existe un proceso de limitación de la comunicación, relación de superioridad, aislamiento del exterior y destrucción de la persona, que se convierte de ser humano en víctima que no puede tomar decisiones³.

Limitación de la comunicación

La doctora Pilar Babi, médica de atención primaria con larga experiencia profesional, reflexiona sobre la relación terapéutica:

La verdad de los y las pacientes se pone en entredicho, a mi modo de ver, de varias formas: dudando de su capacidad de percibir e interpretar su cuerpo, trasladando de inmediato la expresión subjetiva en expresión supuestamente objetiva, traduciendo muy a la ligera el lenguaje en jerga técnica, los síntomas en signos. Esto, por supuesto, no se recomienda en ningún manual. El desdén se aprende por contagio, por lo implícito y a través de las ausencias. Claro está que el enfermo o la enferma a me-

³ Carme Valls-Llobet, «Violencia de Género», en *Mujeres Invisibles*, Barcelona, Editorial Debolsillo, 2006.

nudo se equivoca en la interpretación de sí, a veces desconoce aspectos importantes de su enfermedad y en ocasiones —pocas— simplemente miente. No se trata de hacer una oda romántica de los y las pacientes, sino de quitarse de la cabeza que de un lado está el conocimiento veraz —de nuestro lado— y de otro el conocimiento tosco y hasta pusilánime —del suyo⁴.

Las formas de expresar el desdén y las ausencias pueden ser diversas. Por ejemplo, no levantarse de la silla o no estrechar la mano del paciente o la paciente cuando entra en la consulta, de forma que ya de entrada la paciente se siente rechazada o al menos no acogida en la relación que ha de establecer en aquel momento. No se mira a los ojos de la persona con la que se habla; este proceso ha empeorado desde que se obliga a los médicos y médicas de atención primaria a utilizar la pantalla del ordenador constantemente, en lugar de atender y mirar a la paciente que tiene delante y escuchar lo que le ha de plantear o al menos dirigirle la mirada. Otro aspecto de la limitación de la comunicación es precisamente no atender de forma clara a las palabras que dirige la paciente, con lo que no se le escucha correctamente y tampoco se responde a sus preguntas. Es más, es muy frecuente que en una relación médico-paciente, cuando precisamente la programación del acto médico para los médicos es de cinco minutos por paciente, no se dé ningún espacio para las preguntas, con lo cual no sólo no puede preguntar sino que a veces tampoco se responde a sus preguntas. Además, se utiliza el lenguaje como un método de separación y control. Se puede emplear un lenguaje absolutamente técnico que el o la paciente no entiende, convirtiendo el lenguaje, como veremos más adelante, en un elemento de inferiorización y de yatrogenia.

⁴ Pilar Babi, «Primerísima Atención», *MYS*, núm. 16, 2005.

¿CÓMO SE MANIFIESTAN LAS RELACIONES DE SUPERIORIDAD E INFERIORIDAD?

En principio, se manifiestan evitando escuchar la experiencia o la narración de los síntomas que presenta la paciente. La escucha puede ser difícil porque las mismas pacientes no saben explicar su historia clínica en forma de relato o narración, sino que lo hacen a través de la descripción de síntomas dispersos, que a veces no tienen conexión entre sí. Y cuando se le pide a la paciente que relate en qué momento empezó el dolor o una determinada sensación de náusea, no puede especificarlo, ya que la instauración de muchas enfermedades es de forma insidiosa y el dolor atrofia las posibilidades de que pueda relatar cómo empezó.

Además se desoyen los síntomas de las pacientes, comparándolos con un supuesto diagnóstico ya establecido, con frases como por ejemplo «esto no lo puede dar». Otra manifestación de superioridad es marcar cierta separación o distancia, en la que el profesional no se levanta para poder realizar la exploración física. Hemos constatado en muchos actos médicos que se realiza el diagnóstico sin haber hecho ningún tipo de exploración a las pacientes, y también la descalificación o desvalorización de las aportaciones que la paciente realiza en el acto médico. Por último, también se dan las culpabilizaciones hacia la paciente, haciendo ver que es culpable de sus síntomas, que seguramente atribuyen a situaciones emocionales previas (sin haber sido explorada), con lo cual se deja a la paciente sin recursos, y el mismo médico se cierra las puertas a continuar investigando qué es lo que le está pasando a aquel ser humano.

Otro aspecto de aislamiento es la descalificación hacia otros profesionales en los que la persona confía, discutiendo su pericia a través de los mismos pacientes. Si una persona

ha puesto su confianza en algún otro profesional que en cierta manera le ha aliviado algún síntoma, pero necesita la ayuda de otro profesional, sea para pedirle análisis o para realizarle alguna exploración, es frecuente que éste se sienta atacado o violentado, e intente descalificar o romper la relación de confianza que ha establecido esta paciente con el primer profesional. Por otra parte, puede darse el caso de que se les nieguen las exploraciones, por ejemplo, aduciendo que «ya se hizo análisis hace un año, así que ya no necesita más» (paciente inmigrante sin papeles).

Si la paciente solicita que, dado que está cansada, se pueda incluir algún análisis sobre la ferropenia en su analítica de control, el médico puede contestar que «estos análisis no entran en el protocolo», y por lo tanto ella no entra en el protocolo que está establecido para estudiar no precisamente el cansancio, sino para hacer una vigilancia de la salud superficial y a la medida del varón.

En el aislamiento del exterior, a veces no se permiten preguntas cuando se ordena el tratamiento. Y en cambio el tratamiento debería ser una sugerencia o una negociación, ya que al final es la o el paciente quien tendrá que tomar lo que se le ha prescrito.

No se utiliza habitualmente el consentimiento informado; por lo tanto, en algunos tratamientos que pueden ser perjudiciales, como por ejemplo la administración de anticonceptivos o de terapia hormonal sustitutiva, no se advierte a la paciente de los riesgos en los que puede incurrir. Nosotros proponemos desde el centro de análisis, desde el CAPS, que se aplique el consentimiento informado en todos los casos en que el tratamiento puede tener efectos secundarios, porque se da más información a la paciente para que pueda decidir qué es lo que tiene que hacer y esté informada sobre los efectos secundarios de lo que toma.

La institución del consentimiento informado ha sido suscitada por el desequilibrio de poder existente en

medicina entre médico y paciente, y ha asumido el valor no sólo deontológico jurídico, sino, también, simbólico, de instrumento apto para hacer más proporcional esta relación: auténtica participación y autonomía por parte del «sujeto más débil». Pero, desgraciadamente, el principio del respeto a la autonomía del paciente, en el que se basa el consentimiento informado, no ha sido asumido completamente en el contexto de la medicina. (...) ¿Estamos seguros de que el *consentimiento* significa (y comporta) la *decisión*? El término *consentimiento* remite a una dimensión poco activa, ante todo porque se da el consentimiento a opciones que otros establecen y que, posiblemente, no incluyen la *decisión* acorde con los valores de referencia y con la vivencia de la persona implicada. Algunas feministas diferencian el término «acción racional» del de autonomía, precisamente porque no expresa la amplia idea de libertad de todo tipo de opresión que se trata de obtener. Por esto sería más útil hablar de decisión informada⁵.

Estoy de acuerdo con Gaia Marsico en llamarle «decisión informada» porque debería ser un elemento de información para que las personas pudieran tomar las decisiones más adecuadas, y no para justificar a los profesionales, sino porque dado que hay intervenciones que conllevan riesgos, es preciso valorarlos con el máximo de libertad. Sin información veraz y con toda la carga encima de dolor, de exploraciones repetidas que no conducen a un diagnóstico y llenas de opiniones sanitarias diversas, no es extraño que las pacientes relaten que en su contacto con el sistema sanitario se sientan anuladas.

⁵ Gaia Marsico, *Bioética: voces de mujeres*, Madrid, Narcea, 2003, pág. 108.

LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES
SOBRE EL ABUSO EN LA ASISTENCIA SANITARIA

El abuso en la asistencia sanitaria (del inglés «abuse in health care», AHC) es un área bastante nueva y complicada de investigación. Han sido una vez más los países nórdicos, y en concreto Suecia, los que han emprendido el estudio de las relaciones en el acto médico desde hace unos cuatro años, analizando si se modifican los derechos de los pacientes en la ética del acto médico, los derechos a la autonomía personal, a la no-perversión, a la justicia y a la integridad. La principal investigadora es Katarina Swahnberg, que ha trabajado en diversos cuestionarios para poder analizar cómo se ejercen las microviolencias en el acto médico y la percepción de las sensaciones de abuso en el mismo. En los estudios que está realizando desde el año 2003 en los Países Nórdicos, para saber si se han experimentado abusos en la asistencia sanitaria a lo largo de la vida, se ha informado de una prevalencia del 24 por 100 de casos en Dinamarca, del 25 por 100 en Finlandia, del 28 por 100 en Islandia, del 13 por 100 en Noruega y del 20 por 100 en Suecia⁶.

El NorViol Abuse Questionnaire (Nor AQ), que traducimos a continuación, encontró que un tercio de las pacientes que habían experimentado abusos en la asistencia sanitaria tenían antecedentes de abusos sexuales y/o físicos y emocionales durante la infancia, por lo que se podrían considerar revictimizadas.

Pero los dos tercios restantes lo eran por primera vez, por lo que Katarina Swahnberg emprendió un estudio para hacer

⁶ B. Wijma, B. Schei, K. Swahnberg, M. Hilden, K. Offerdal y U. Piharinen, «Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: a Nordic cross-sectional study», *Lancet*, 361, 2003, págs. 2107-2113.

un mapa de la prevalencia de abusos y variables asociadas entre nuevas víctimas y pacientes revictimizadas. Para ello envió un cuestionario a cinco clínicas de ginecología nórdicas⁷. La tasa de respuesta fue del 77 por 100 (n = 3.641 mujeres). La prevalencia total a lo largo de la vida de haber sentido abusos en la asistencia sanitaria fue del 13 al 28 por 100. Entre las nuevas víctimas, las variables asociadas fueron: alto nivel de educación, quejas físicas, síntomas de estrés postraumático y problemas de sueño. La pobre salud autopercibida se asoció fuertemente con abusos en los tres grupos de mujeres.

Pero su equipo valoró que las pacientes que habían contestado afirmativamente en algunas de las tres últimas preguntas podrían haber sentido que se habían violado los principios éticos de los derechos de los pacientes que deberían regir la práctica profesional de los sanitarios, por lo que desarrollaron el «Cuestionario sobre la Violación de los Principios Éticos», y para ello desarrolló un estudio para saber cuántas mujeres habían sentido que se violaban los principios éticos cuando eran atendidas por los servicios sanitarios, y qué relación tenían estas percepciones con los abusos descritos en el Cuestionario de los Abusos (Nor AQ).

LA VIOLACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS

El estudio de las percepciones de las personas asistidas a partir del cuestionario ViolEP («Violation of Ethical Principles Study»)⁸, que evalúa la violación de los principios éti-

⁷ Katarina Swahnberg, Berit Schei, Malene Hilden, Erja Halmesmaki, Katrine Sidenius, Thora Steingrimsdottir y Barbro Wijma, «Patient's experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients», *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 2007, págs. 349-356.

⁸ Katarina Swahnberg, Barbro Wijma y Per-Erik Liss, «Female patients report on health care staff's disobedience of ethical principles», *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 2006, págs. 830-836.

TABLA 3
Cuestionario sobre abusos

	ABUSO EMOCIONAL
Abuso medio	¿Ha experimentado que alguien sistemáticamente y por un largo periodo de tiempo trata de reprimirla, degradarla o humillarla?
Abuso moderado	¿Ha experimentado que alguien sistemáticamente y con amenazas o por la fuerza trate de limitar sus contactos con otros o controle totalmente lo que usted puede y no puede hacer?
Abuso grave	¿Ha experimentado vivir con miedo porque alguna persona o alguien cercano la ha amenazado sistemáticamente y por un largo periodo de tiempo?
	ABUSO FÍSICO
Abuso medio	¿Ha experimentado que alguien la golpea, le da una bofetada y la coge firmemente contra su voluntad?
Abuso moderado	¿Ha experimentado que alguien la golpea con sus puños o con un objeto duro, que le da patadas, que la empuja violentamente, que le da una paliza o una zurra o algo similar?
Abuso grave	¿Ha experimentado que alguien amenace su vida, tratando de estrangularla, o mostrándole un arma o un cuchillo, o con otro acto similar?
	ABUSO SEXUAL
Abuso medio, sin contacto genital	¿Alguien contra su voluntad le ha tocado partes de su cuerpo que no eran los genitales de una «manera sexual» o ha sido forzada a tocar el cuerpo de otro u otra de «manera sexual»?

Abuso medio, humillación sexual/emocional	¿Ha sido sexualmente humillada de alguna otra forma; por ejemplo, siendo forzada a mirar una película porno contra su voluntad, forzada a participar en una película porno o similar, forzada a mostrar su cuerpo desnudo, o ha sido obligada a mirar cuando alguien más mostró su cuerpo desnudo?
Abuso moderado, y contacto genital	¿Alguien contra su voluntad le ha tocado sus genitales, usado su cuerpo para su satisfacción sexual o le ha forzado a tocar los genitales de alguien más?
Abuso severo, con penetración	¿Ha puesto alguien contra su voluntad su pene en su vagina, boca o recto, o tratado de poner? ¿Han puesto o tratado de poner un objeto u otra parte del cuerpo en su vagina, boca o recto?
	ABUSO EN ASISTENCIA SANITARIA
Abuso medio	¿Se ha sentido alguna vez ofendida/o o fuertemente degradada/o mientras ha estado atendida/o en servicios sanitarios, ha sentido que alguien ha ejercido algún tipo de extorsión, o no ha mostrado respeto por su opinión, de tal forma que usted se sintió más tarde alterada/o o sufrió por esta experiencia?
Abuso moderado	¿Ha experimentado alguna vez que un acontecimiento «normal», mientras está visitando los servicios sanitarios, se convierte de pronto en un experiencia terrible e insultante, sin que usted sepa plenamente cómo ha podido ocurrir?
Abuso grave	¿Ha experimentado que alguien de los servicios sanitarios —a su modo de entender— le está perjudicando física o mentalmente, la perturba enormemente y usa su cuerpo y su posición subordinada como desventaja para sus propios objetivos?

CONTESTE ALTERNATIVAS (las mismas para cada pregunta)

Diga si ha experimentado alguno de estos acontecimientos marcando un número para cada respuesta:

- 1 = No
- 2 = Sí, cuando era niño/a (< 18 años)
- 3 = Sí, cuando era adulta/o (> de 18 años)
- 4 = Sí, cuando era niño/a y como adulto/a

cos, detectó que la mayoría de mujeres que contestaron la encuesta (un 73 por 100) han experimentado que los profesionales sanitarios han incumplido algunos de los principios éticos como la autonomía, la justicia, la integridad y el respeto sin perversión, principios que deben presidir siempre las relaciones sanitarias. Más de la mitad de las personas encuestadas lo han percibido como violaciones a los principios éticos (el 68 por 100). También la existencia de antecedentes personales con abusos sexuales, físicos o emocionales en la infancia se ha valorado como un factor de riesgo para ser victimizado en la asistencia sanitaria.

TABLA 4
Cuestionario para explorar violencia en atención sanitaria
(Katarina Swahnberg)

Ejemplos de violaciones del principio de autonomía:

- ¿Usted no ha estado informada/o adecuadamente?
- ¿Le han dado bastante tiempo para considerar todas las opciones?
- ¿Le han preguntado su opinión?
- ¿Su opinión ha sido reconocida y valorada?
- ¿Se le ha permitido tomar parte en las decisiones?
- ¿Ha sido escuchada/o?
- ¿Se ha sentido forzada/o a aceptar un tratamiento o una prueba contra su voluntad por miedo al maltrato del profesional si no lo hacía?
- ¿Algún otro problema similar?

Ejemplos de violaciones del principio de respeto:

Respeto físico:

- ¿La/lo mantuvo en una postura determinada en contra de su voluntad?
- ¿Le realizaron un examen o un tratamiento de una manera ruda?
- ¿Le continuaron practicando una exploración a pesar de sus protestas?
- ¿La/lo golpearon o la/lo amenazaron con golpearla/o?
- ¿Otro problema similar?

Respeto sexual:

- ¿La/lo miraban mientras se vestía o desvestía en lugar de ofrecerle hacerlo en privado?
- ¿Escuchó comentarios o críticas en tono sexual sobre su cuerpo o su ropa interior?
- ¿Flirteó o le habló en tono seductor?
- ¿Le habló de sus propias fantasías sexuales?
- ¿Le realizaron una exploración que usted apreció que tenía connotaciones sexuales?
- ¿Le tocaron de forma sexual sus pechos, genitales externos y otras partes de su cuerpo?
- ¿Le solicitaron que se masturbase o que mirara cómo él/ella se masturbaba?
- ¿Le ofrecieron iniciar una relación sexual con usted?

Ejemplos de violaciones del principio de justicia:

- ¿Se permitió a otros pacientes que pasaran delante de usted en la cola de espera sin que existiera una razón?
- ¿No le dieron la asistencia que usted pensaba que tenía derecho a tener?
- ¿Otras similares?

Ejemplos de violaciones del principio de integridad:

- ¿Se burlaron de usted?
- ¿Se sintió humillada/o?
- ¿Sintió que sus sensaciones eran abandonadas y olvidadas?
- ¿Violaron el secreto profesional respecto a usted?

Las mujeres que contestaron el cuestionario relataban las cotas más altas de sufrimiento en relación con la violación de los principios de respeto físico y sexual, así como el de integridad. Casi todas las mujeres que habían sentido abusos en la asistencia sanitaria habían percibido violaciones en los principios éticos. Pero unas 120 mujeres, que no habían contestado afirmativamente en el cuestionario de abusos general, dieron respuestas afirmativas cuando vieron que se trataba de la violación de principios éticos. Las pacientes no perciben como una violación de principios éticos aquellas conductas que por frecuentes ya consideran «normales», como que no se las escuche en el acto médico, o que no se les dé tiempo para considerar diversas opciones terapéuticas o exploratorias. Sin embargo, las pacientes perciben como violación una exploración con connotaciones sexuales o la violación del secreto profesional. Todas las pacientes que informaron de estas experiencias las habían percibido como violaciones.

La existencia de una violencia cultural da soporte y legitima la violencia directa y la estructural. La violencia estructural es un proceso silente que impide que los individuos y los grupos profesionales se den cuenta de su verdadero potencial. Por ejemplo, los profesionales sanitarios desobecen muchas veces los principios éticos, pero no se dan cuenta de ello y no siempre son percibidos como violaciones por las/los pacientes. Katarina Swahnberg argumenta que ni las pacientes ni los profesionales se dan cuenta de las violaciones efectuadas en los ejemplos del cuestionario, porque los dos grupos están sometidos a la violencia estructural.

ESTAR ANULADAS

Después de los estudios anteriores, la profesora Swahnberg decidió realizar un estudio cualitativo⁹ entre las mujeres suecas que habían manifestado estos abusos en la asistencia sanitaria. Como resultado de su estudio obtuvo cuatro categorías de sensaciones que se repiten en todas las entrevistas efectuadas: la sensación de pérdida de poder, la sensación de ser ignorada, la sensación de haber experimentado falta de atención o cuidado y la falta de empatía.

La sensación de pérdida de poder

Las mujeres describen la sensación de pérdida de poder como la privación de la capacidad de actuar o de tener autoridad. Las sensaciones de pérdida de poder emergen de sentirse inferior y se ejercen a través de la humillación y/o del rechazo. Por ejemplo, algunas mujeres sienten que han tenido que esperar de forma innecesaria durante mucho tiempo para ser atendidas, sin recibir ningún tipo de explicación por el retraso. Hacer que la gente espere puede ser percibido como una forma de demostrar el poder sobre los pacientes por parte del personal sanitario, pero es una humillación innecesaria. Si hay retrasos se debería avisar a las personas para que pudieran disponer de su tiempo.

Otras sensaciones de las pacientes son, por ejemplo, percibir que nadie cree lo que están diciendo o que sus palabras y experiencias no se tienen en cuenta. Las mujeres también se sienten con pérdida de poder cuando no son comprendidas.

⁹ K. Swahnberg, S. Thapar-Björkert y C. Bertero, «Nullified: Women's perceptions of being abused in health care», *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28 (3), septiembre de 2007, págs. 161-167.

Cuando el personal sanitario no escucha a la mujer, ésta se siente cuestionada e insegura de las propias percepciones sobre su estado. En casos extremos, ella puede creer que sus problemas han sido creados por su propia imaginación. Un caso descrito por la profesora Swahnberg detalla el suceso de una joven mujer que, después de diez años de síntomas, logró que le dieran el diagnóstico correcto y fue intervenida quirúrgicamente. Hasta entonces y durante estos diez años, ella había creído que esos síntomas estaban sólo en su imaginación.

Todo lo que las mujeres desean es ser bien atendidas y que se las trate como seres humanos, iguales en derechos a los de los hombres. Cuando detallan los sentimientos de pérdida de poder, éstos se describen como sensaciones de humillación y tristeza, y no dudan en llamar a estos sentimientos un abuso. La pérdida de poder la describen como «no tener voz».

Sensación de ser ignoradas

Las mujeres se sienten ignoradas cuando no son reconocidas, ni como seres humanos ni como pacientes, y en particular, cuando el personal sanitario no escucha sus necesidades específicas. Muchas de las personas que han contestado la encuesta cualitativa ven que sus quejas y síntomas no han sido valorados seriamente por los profesionales hasta después de mucho tiempo de haber demandado ayuda. Esta pérdida de confianza y el ser ignoradas las hace sentirse miserables y decepcionadas.

Las rutinas que se desarrollan, pobres y escasas, la pérdida de conocimiento sobre las pacientes y la insuficiente preparación médica para entender qué es lo que les está pasando han sido otros aspectos importantes que hacen que las mujeres se sientan ignoradas. Últimamente la tendencia de aplicar protocolos médicos para hacer más homogénea la

atención, para controlar el gasto, pero también para hacer creer que todas las personas son iguales y van a necesitar las mismas exploraciones, contribuye a la sensación de ser ignoradas. Cuando una paciente solicita que se incluya alguna prueba más, o cuando la quiere incluir el mismo profesional sanitario, lo más probable es que la respuesta sea «que su caso no entra en el protocolo», y queda su vida, su dolor y su cansancio en el terreno de nadie.

También el hecho de haberse tenido que desplazar a lo largo de varios departamentos, realizarse pruebas y pasar mucho tiempo entre el proceso de exploración y el diagnóstico hace que las mujeres se sientan mal comprendidas e ignoradas. Algunas mujeres han relatado que están convencidas de que el personal sanitario no conoce los derechos de los pacientes, y han descrito la sensación de ser ignoradas, de ser percibidas como un objeto y de ser tratadas como una cosa sin ningún sentimiento.

La experiencia de falta de atención o cuidado es la pérdida de soporte emocional y de tiempo para hablar, lo que conlleva la aplicación de tratamientos que son considerados injustos por parte de las usuarias. Por ejemplo, si las pacientes se presentan con dolor, las exploraciones pueden ser dolorosas, y en cambio, las pacientes relatan que no se les explica cuáles serán los procedimientos que se van a seguir o si se pueden hacer con algún tipo de anestesia. Se producen entonces exploraciones que pueden ser dolorosas, sin haber valorado conjuntamente el proceso de intervención. La falta de atención o cuidado se ha descrito también como «tomar el camino más fácil», que se da cuando los profesionales sólo proporcionan una explicación muy simplificada, además de realizar una exploración que puede producir más problemas a la paciente. El «camino más fácil» es el que se toma cuando se atribuyen los síntomas al tiempo atmosférico, al cansancio, incluso al mismo estrés de la mujer sin explorarla a fondo, o el que se toma cuando se realiza la exploración sin utilizar alguna prueba adecuada o

utilizando un mínimo análisis, ignorando otras exploraciones que podrían ser necesarias, pero con las que se tarda mucho más tiempo en conseguir el diagnóstico. Las personas que han experimentado falta de atención y que han respondido al cuestionario se sienten abandonadas, sin haber recibido la información adecuada y sin haber sido informadas del procedimiento que ha de seguirse para una operación quirúrgica o exploración compleja. En consecuencia, algunas exploraciones fueron totalmente incomprensibles para las pacientes, puesto que no entendían la utilidad de una intervención que podía ser agresiva, o que ellas percibían como agresiva.

La falta de empatía

El desdén y la arrogancia constituyen una falta de empatía por parte del personal sanitario, y se han descrito como una experiencia espantosa por parte de las pacientes. Esta actitud oscila entre la insensibilidad y la inflexibilidad, hasta la imposición de la fuerza y la manifestación de hostilidad.

La falta de empatía se ha descrito como una forma brusca, ruda y amenazante de imponer los tratamientos, que puede incluso evocar sensaciones de malestar y terror por parte de las pacientes. Se han conocido ejemplos diversos, como el de un ginecólogo que, ante las dificultades que tenía para realizar el examen, gritó a la paciente que por qué contraía la vagina, pues no podía realizar la exploración como él deseaba. La mujer se sintió insultada por el trato y las palabras que le dirigió el especialista calificando sus genitales y sus hábitos sexuales. Cuando ella no quiso cooperar, el ginecólogo la amenazó diciéndole que tendría que usar instrumentos aún más potentes para poder realizar el examen. La paciente terminó tan aterrorizada que no pudo terminar la prueba. Posteriormente, en otro hospital y con anestesia, se le diagnosticó un cáncer. Ella relata que fue tratada «como una vaca».

Cuando se analizan estas categorías (sensación de pérdida de poder, de ser ignoradas, de falta de atención hacia las pacientes y de ausencia de empatía por parte del personal sanitario), las mujeres expresan sensaciones que fueron causadas por interacciones verbales y no verbales con los profesionales sanitarios que las atendieron. Las cuatro categorías se solapan, pero cada una de ellas podría ser vista como una posible entrada en un círculo vicioso que conduce a un estado de anulación.

Por lo tanto, ¿qué es un abuso en la asistencia sanitaria? En las entrevistas parece obvio que ser anulada es un estado de pérdida de dignidad, de frustración y ansiedad que crea sufrimiento personal. Las mujeres vuelven a sentir un padecimiento intenso y habitual en las entrevistas, aunque el acontecimiento hubiera pasado muchos años antes. Es una sensación que queda en sus mentes y que pueden repetir con todo lujo de detalles. En este estudio de la profesora Swahnberg y colaboradores se ha utilizado la «Grounded Theory», un método cualitativo para recoger y analizar datos con el objetivo de desarrollar observaciones empíricas o marcos teóricos que sean transferibles de un grupo de personas a otro. Esta teoría es utilizada para explorar las interacciones sociales entre humanos. Su punto de partida es que hay semejanzas entre las experiencias vitales de muchas personas. En su estudio, las coincidencias ya en los primeros momentos de todas las entrevistas indican que hay muchas similitudes entre las experiencias de las mujeres en relación con los abusos de la asistencia sanitaria, a pesar de su diferente procedencia y formación. La interpretación de la autora ha sido que las mujeres que han participado en el estudio cualitativo han accedido a sus recuerdos de abuso en la asistencia sanitaria, y que los detalles de sus historias estuvieron en concordancia en todas las partes, con su respuesta emocional en el momento en que se realizó el abuso, así como en la situación que se desarrolló en el momento de la entrevista.

Lillrank¹⁰ encontró que la dicotomía cuerpo-mente que todavía persiste en la ciencia biomédica anula las experiencias subjetivas de los y las pacientes. Por ejemplo, un dolor de espalda que no haya sido diagnosticado puede llegar a generar un estigma para aquella persona. Ser anulado o anulada implica una pérdida de autonomía y de dignidad humana y crea un sufrimiento personal. Por lo tanto, la asistencia sanitaria es un lugar donde el cuidado y la falta de cuidado coexisten, y donde los pacientes pueden ser ayudados o anulados. Esto es una paradoja: las interacciones médicas, que son esenciales para la salud de los pacientes, a veces pueden producir una destrucción de la salud y del bienestar. Para comprender cómo es posible esta paradoja, tenemos que examinar las estructuras de la asistencia sanitaria y las relaciones de poder que se establecen entre los profesionales, así como la pérdida de éste por parte de los pacientes.

El poder ha sido un tema central en el estudio de la profesora Swahnberg, y la pérdida de éste se ha descrito como «no tener voz». Aunque las mujeres habían sufrido abusos en la asistencia sanitaria, ellas no lo habían explicado a sus ginecólogos y ginecólogas, ni a sus profesionales de atención primaria, de modo que los posibles abusadores o abusadoras podían no darse cuenta de lo ocurrido. Este silencio mutuo es característico de la violencia estructural, que es un proceso silencioso que impide a los individuos darse cuenta de sus plenos potenciales psicológicos y psicosomáticos. Anular a los y las pacientes es una forma extrema de violencia estructural.

Pero muchos profesionales son cada día más conscientes de lo que supone atender el organismo de otros seres humanos y de que no son omnipotentes, pero sí pueden ser respe-

¹⁰ A. Lillrank, «Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives», *Soc Sci Med*, 57, 2003, págs. 1045-1054.

tuosas/os y saber decir que no saben cuando se les pregunta por lo que les está pasando. Por ello quiero reproducir aquí las palabras de una excelente médica de atención primaria, la doctora Pilar Babi, que en su práctica clínica profesional, y a pesar de las limitaciones del tiempo para cada paciente, intenta hacer una práctica ética, como la de otros miles de profesionales que también en silencio la mantienen a pesar de las dificultades.

Mi osadía

Hablar del cuerpo, yo que no soy filósofa ni tengo erudición alguna, me parece una osadía. Y, sin embargo, en mi condición de médica trato constantemente con él.

Cuando una paciente o un paciente me dice «quiero que me atienda usted porque usted entiende mi cuerpo», me recuerda por un lado uno de los mayores retos de la medicina, atender cuerpos, y me ofrece, por otro, un precioso regalo de confianza.

Es desde ese trato con los cuerpos, con el mío también, desde donde me propongo decir algo.

Del cuerpo que es para mí —y creo que es experiencia común— «un poco otro». Porque yo soy mi cuerpo y a la vez no lo soy del todo, ni solamente. La existencia encarnada, la conciencia encarnada o el cuerpo que se sabe cuerpo y que se sabe más, se vuelve otro... enigmático, casi extranjero. Se vuelve otra cosa que, para ser visible, precisa alguna forma de mediación —la de la palabra sí, aunque hay otras— y alguna forma de relación. Alguna forma pero no cualquiera. No todo vale porque lo que está en juego es la vida misma.

Mi cuerpo y yo se viven a menudo de forma dicotómica, y ¡qué fácil entonces que se jerarquice esta vivencia! Se entroniza el yo y deja al cuerpo subalterno, problemático, distante, observable... Hay otros modos de salir al encuentro entre mi cuerpo y eso que llamo «yo». Un encuentro que ha de ser obligadamente amoroso para que la jerarquía dé lugar a la entrega, a la adoración,

a la alegría o al dolor y a la distancia cuando de seguro llegan.

Experimentamos esto en muchas ocasiones, pero en algunos momentos, en algunos pasajes —en el sentido que Luisa Muraro le da a esta palabra *pasaje* como de pasar a través de algo, como de nacimiento de algo—, hacen que el abismo entre mí y mí pueda ser mayor. La enfermedad es uno de esos momentos. Como si de una bisagra por la que me doblo sobre mí misma se tratara, me confronto otra vez y me miro nuevamente.

Que esa mirada sea una oportunidad o una condena depende más que de la enfermedad, que también por supuesto, del sentido que le demos a lo que podemos ver, a lo que podemos vivir. Ésta es mi propuesta, ésta es mi osadía: que el encuentro con mi cuerpo de mujer —tanto si el cuerpo está sano como si está enfermo— sea un espacio de sentido, un espacio de libertad.

EL LENGUAJE COMO YATROGENIA

El lenguaje verbal y el no verbal pueden llegar a ser instrumentos de control de los pacientes, porque las mismas personas que realizan el acto médico pueden, de forma inconsciente, aplicar un lenguaje que destruya la relación con la paciente y producir más dolor del que deseaban aliviar. Por ejemplo, se le puede decir «esta exploración refleja que usted tiene una enfermedad muy grave». O en el caso real de una mujer con problemas de columna vertebral desde la infancia, pero que había desarrollado una vida profesional y personal de buena calidad, al relatar dolor en la columna a los 60 años, su traumatólogo le dijo: «Estarás peor siempre. No se puede hacer nada», dejándola sin recursos y sin aliento en un primer momento. Siempre y nada, dos palabras que hay que cambiar en el vocabulario de la medicina del anti-poder, destructivo, porque podemos casi siempre hacer alguna cosa para paliar, aliviar y cambiar.

La destrucción de la persona que se llega a convertir en una enferma en lugar de tener una enfermedad se puede producir a través del lenguaje: «Esta radiografía es como la de una mujer de 70 años», cuando la paciente tiene 45, con lo cual sólo esta frase ya ha condicionado todo un imaginario para esta persona, que la deja sin recursos, ya que de golpe ha envejecido 25 años sin que realmente en su cuerpo sea así. O también atribuir toda la sintomatología, que a veces puede ser diversa y dispersa, a «su enfermedad no tiene ninguna solución ni ningún tratamiento, porque en realidad es una enfermedad incurable denominada fibromialgia, que no sabemos de dónde viene y que no tiene tratamiento... pero a pesar de ello, le debo dar psicofármacos, ansiolíticos, anti-depresivos y algún parche de morfina, para que usted pueda poner ciertas barreras al dolor, aunque no le puedo asegurar que este tratamiento le mejore».

Porque cuando a una mujer que tiene dolor y molestias intestinales se le diagnostica fibromialgia sin levantarse de la silla, nadie piensa que sus problemas se agudizan porque su marido está en crisis laboral, con graves problemas económicos, y ella sufre de «problemas en el estómago y diarrea cuando el marido le explica los suyos».

También considerar que no podemos prevenir ni paliar las enfermedades da al traste con todos los factores de riesgo. Por ejemplo, cuando un ginecólogo que asiste a una mujer que ha tenido siempre mama fibroquística severa y la quiere convencer de que tome terapia hormonal sustitutiva en la menopausia, para vencer su miedo a que le pueda perjudicar a largo plazo, le lanza una afirmación categórica: «Si has de tener un cáncer de mama, lo tendrás igual.»

Creo que es necesario que desvelemos también este lenguaje oculto que hace enfermar. Todos los silencios de las mujeres que han vuelto a casa con la amargura de haberse sentido incomprendidas y además humilladas deben convertirse en palabras, para que el sufrimiento no se quede dentro y para que podamos escribir un libro entero de la yatrogenia

verbal que las ha enfermado y frente a la que sólo podían poner la indefensión aprendida.

La ausencia de la voz y de la experiencia de las mujeres en la construcción de la clínica y en la definición de salud sólo se podrá superar con la incorporación de las palabras de las mujeres al lenguaje de la medicina. La paciente existe, pero quizás la sujeta paciente no, por eso me da luz para acabar este capítulo, en el que resumo una experiencia personal y una experiencia nórdica, las palabras de María Milagros Rivera:

La sujeta paciente no existe en la gramática. Porque a ella, a ese sexo que no es ni uno ni dos, no le gusta la fragmentación prevista por los nexos gramaticales. Le gusta, en cambio, juntarlo todo, concordar contrarios, dar y recibir, llevar y traer, actuar y padecer, trabajar y descansar, simultáneamente si es posible. Por eso ella, cuando escribe, no es para distinguir si es ella la que trabaja con las palabras o si son las palabras las que trabajan en ella, dejándola descansada¹¹.

¹¹ Lia Cigarini, Luisa Muraro y María Milagros Rivera Garretas, *El trabajo de las palabras. Una creación inacabada nacida de la relación entre mujeres*, Madrid, Horas y Horas, 2008.

CAPÍTULO 13

Medicalización de la prevención y promoción de la salud

Existen dos tipos de médicos: los que son buenos para los esclavos (con frecuencia son ellos mismos de condición servil) y que se limitan a prescribir sin dar explicaciones, y aquellos nacidos libres que se dirigen a los hombres libres; éstos no se contentan con escribir recetas, sino que conversan con los pacientes, los exhortan, los persuaden mediante argumentos que, una vez convencidos, serán de tal naturaleza que los impulsen a llevar la vida que les conviene. Del médico sabio, el hombre libre desea recibir, más allá de los medios que permiten la cura propiamente dicha, una armadura racional para el conjunto de su existencia (Platón, *Leyes IV*).

Hace más de veinte años que la red de investigación en mujeres y salud alertó de la invisibilidad de las mujeres en los proyectos de investigación. Invisibles en las enfermedades cardiovasculares, en la salud laboral y en el diagnóstico del dolor. Invisibles por callar sus bocas con psicofármacos antes de que sus síntomas o demandas sean escucha-

dos y valorados. Después de 20 años, el incremento de sólo un 30 por 100 de los ensayos en que se incluye a las mujeres en las cohortes de investigación, además de escaso, tiene todavía muchos sesgos de género. Se han investigado las relaciones del cáncer de cérvix con el papilomavirus humano con excelentes resultados, pero no se investiga con evidencias claras la eficiencia y la ausencia de efectos secundarios de la vacunación masiva de niñas y mujeres, ni se investiga a fondo la prevención primaria del cáncer de mama y su relación con la contaminación electromagnética, química y las condiciones de estrés psicosocial.

La industria de las nuevas tecnologías de la reproducción mueve millones de euros, para conseguir escasos resultados, y nadie se pregunta cómo prevenir la epidemia de la esterilidad en los países industrializados y su relación con las exposiciones a xenoestrógenos ambientales, así como el escaso soporte social a la maternidad que retrasa el momento de la reproducción. Si es mejor prevenir que curar, si el primer objetivo de la asistencia médica es no dañar (*Primum non nocere*), ¿por qué no invertir en prevención real, en vez de incrementar el gasto público manipulando el cuerpo de las mujeres en lugar de prevenir las causas reales de los problemas?¹.

Muchas son las experiencias medicalizadoras que se han dirigido hacia las mujeres para conseguir una supuesta prevención o promoción de la salud, pero como ejemplos paradigmáticos vamos a revisar las evidencias en las prácticas de prevención de enfermedades ginecológicas, y en especial las mamografías, la controversia sobre la vacunación de niñas contra el papilomavirus humano y el uso de estatinas para el tratamiento de un factor de riesgo, el colesterol, aunque a buen seguro que hay múltiples ejemplos más que podrían llenar un libro entero, pero que se apartarían de los objetivos de

¹ Carme Valls-Llobet, «El dedo en la llaga», *MYS*, núm. 22, 2008.

éste. Los ejemplos que analizaremos a continuación constituyen las diversas fórmulas que utilizan algunas industrias relacionadas con la salud y que aspiran a mejorar sus beneficios, y ponen de manifiesto las dificultades que el poder institucionalizado tiene para marcarles límites.

REVISANDO LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS

Hasta hace unos dos años, aunque sin acuerdo formal ni documento o protocolo consensuado (que conozcamos), las revisiones ginecológicas en España se hacían con visita anual al ginecólogo/a, la citología cervical y, a partir de los 50 años, una mamografía cada dos años en el caso de que la mujer no estuviera incluida en los cribajes de población. A partir de 1990, en las consultas privadas se incluyó la densitometría ósea, tampoco con criterios claros de cuándo y con qué frecuencia se debía hacer (la osteoporosis sólo afecta al 30 por 100 de la población femenina y no sabemos, por falta de estudios epidemiológicos, si las que se detectan a los 50 años ya estaban a los 30 años por tabaquismo, hipertiroidismo o falta de vitamina D). Falta, por lo tanto, una actualización de las revisiones necesarias para la prevención en salud ginecológica. Muchas de las prácticas preventivas iniciales no se basaron en estudios epidemiológicos, ya que no se tenían, sino en las nuevas técnicas de detección precoz de problemas, como la citología vaginal o la mamografía. Cuando los centros de planificación familiar realizaban prácticas de prevención, fueron asumidos por la red de asistencia sanitaria pública. Así, las tareas de prevención han supuesto para muchas autonomías una sobrecarga de su sistema asistencial público, por lo que se ha revisado la eficiencia de algunas prácticas preventivas, como la realización de citologías vaginales, sin que se englobe en una prevención integral del cáncer de mama y ginecológico, y de las enfermedades de transmisión sexual.

SOBRE LAS REVISIONES PREVENTIVAS
DE CÁNCER DE MAMA

Los datos de España son de una mortalidad de unas 5.600 mujeres anuales y desconozco la incidencia real. La edad de incidencia está retrocediendo y cada día se presenta el cáncer de mama en edades más jóvenes. La prevalencia de mutaciones de BRCA se estima en 1/500 a 1/1000 en la población general. En las mujeres de etnia judía, en 1/50.

¿Debemos realizar mamografías de cribaje en mujeres de 40 a 49 años?

Según la Guía Clínica Práctica de los *Anales de Medicina Interna*² (2007), sobre el cribaje de mujeres de 40 a 49 años con mamografías, los clínicos deben *individualizar* los riesgos/beneficios de realizar el cribaje, con los siguientes criterios:

Recomendación 1.—En las mujeres de 40 a 49 años, los clínicos deben realizar periódicamente una valoración individualizada de los factores de riesgo para cáncer de mama a fin de ayudar a la decisión de realizar el cribaje. Recomiendan revalorar cada dos años.

Recomendación 2.—Los clínicos deben informar a las mujeres de 40 a 49 años de los potenciales riesgos y beneficios de realizar el cribaje con mamografía. Beneficios son

² A. Qassem, V. Snow, K. Sherif, M. Aronson, K. B. Weiss, D. K. Owens, Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians, «Screening mammography for women 40 to 49 years of age: a clinical practice guideline from the American College of Physicians», *Ann Intern Med*, 146 (7), 3 de abril de 2007, págs. 511-515.

una disminución de un 15 por 100 de la mortalidad en esta edad. Riesgos son la irradiación o los falsos positivos, o el tratamiento de cánceres que no hubieran sido evidentes nunca en la vida de las mujeres.

Recomendación 3.—Para las mujeres de 40 a 49 años, los clínicos deben basar sus decisiones sobre el cribaje con mamografías sobre los riesgos y beneficios, así como las preferencias de cada mujer y el perfil de riesgo de cáncer de mama.

Recomendación 4.—Recomendamos que se haga más investigación sobre los riesgos y beneficios netos del cribaje con mamografía en mujeres de 40 a 49 años. Ensayos clínicos de alta calidad.

El riesgo de cáncer de mama está determinado por la edad, historia familiar de cáncer de mama, historia reproductiva con primer hijo por encima de los 30 años, edad de la menarquía antes de los 12 años e historia de biopsia mamaria. El riesgo absoluto se puede calcular usando el calculador de la web del NIH basado en el modelo de Gail, actualizado el 31 de enero de 2007 (<http://bcra.nci.nih.gov/brc/q1.htm>).

Existen recomendaciones de otras organizaciones anteriores, como la guía de 2006 de la American Cancer Society, que recomienda mamografías desde los 40 años. En 2003, la guía del American Collage of Obstetricians and Gynecologists recomienda un cribaje cada uno o dos años en mujeres de 40 a 49 años.

Un estudio publicado en *Lancet* en 2008³ ha demostrado que la resonancia magnética es más sensible que la mamografía en detectar carcinoma ductal *in situ*. De 2002 a 2006, investigadores alemanes han estudiado 167 mujeres que se habían realizado mamografía y resonancia magnética. La resonancia detecta el 92 por 100 de todos los carcinomas ductales *in situ*, mientras que la mamografía sólo detectó un 56

³ M. Dewey y P. Martus, «MRI breast screening», *Lancet*, 371 (9622), 26 de abril de 2008, págs. 1415-1416.

por 100. La resonancia fue particularmente efectiva en detectar carcinoma ductal *in situ* de alto grado, que son los que pueden progresar a enfermedad invasiva.

Esta alta sensibilidad ha obligado a la American Cancer Society a añadir la resonancia magnética en la guía actualizada en 2006. El cribaje con resonancia magnética se recomienda en mujeres con un 20-25 por 100 de mayor riesgo de cáncer de mama, incluyendo mujeres con una historia familiar de cáncer de mama y de ovario, así como aquellas que han sido tratadas por enfermedad de Hodking. Existen varios subgrupos de riesgo para los que los datos disponibles son insuficientes para recomendar o contraindicar este cribaje, como las mujeres con historia personal, carcinoma *in situ*, hiperplasia atípica y mamas muy densas en mamografía.

Recomendaciones para la resonancia magnética de mama como un adjunto de la mamografía⁴

01. Recomendación de cribaje anual con RM (basado en la evidencia):

Mutación de BRCA.

Parientes de primer grado portadores de BRCA.

Riesgo aumentado durante la vida de 20-25 por 100 definidos por BRCA^{PRO} u otros modelos que están basados en historia familiar.

02. Recomendación de cribaje anual con RM (basado en la opinión de un consenso de expertos):

⁴ D. Saslow *et al.*, American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group, «American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography», *CA Cancer J Clin*, 57 (2), marzo-abril de 2007, págs. 75-89. Erratum in: *CA Cancer J Clin*, 57 (3), mayo-junio de 2007, pág. 185.

- Irradiación de tórax entre los 10 y 30 años.
- Síndrome de Li-Fraumeni y en parientes de primer grado (mutaciones en el gen TP53).
- Síndromes de Bannayan-Riley-Ruvalcaba y de Cowden y en parientes de primer grado (mutaciones en el gen PTEN).

Evidencia insuficiente para recomendar o denegar RM:

- Riesgo vital de 15-20 por 100 como se define por BRCA1/2 u otros modelos que están basados en historia familiar.
- Carcinoma lobular *in situ* o hiperplasia lobular atípica.
- Hiperplasia ductal atípica.
- Mamas muy densas o heterogéneas por mamografía.
- Mujeres con historia personal de cáncer de mama, incluyendo carcinoma ductal *in situ*.

Recomendación en contra de realizar RM:

- Mujeres con menos de un 15 por 100 de riesgo vital de cáncer de mama.

Respecto a las mamografías en mujeres de 40 a 49 años, es de agradecer que la Asociación de Médicos Clínicos matice a los especialistas los factores de riesgo negativos de las mamografías y respete la opinión, los miedos y las creencias de las mujeres que se las han de realizar. Es la primera vez en la historia de la medicina, que yo conozca, que una sociedad científica importante como la de Medicina Interna recomienda tener en cuenta la opinión de la paciente una vez informada de los riesgos y ventajas que tiene para ella hacerse una mamografía sistemáticamente antes de los 50 años.

Respecto al papel de las resonancias magnéticas, creo que es bueno que tengamos en cuenta su creciente sensibilidad y que detecta carcinomas *in situ* con una aproximación del 92 por 100. El método no irradia y además no produce molestias ni dolor cuando se ha de efectuar. El costo podría disminuir con la aplicación en grupos de riesgo. Es posible

que sea una fórmula aceptable para el futuro, para seguir a las mujeres con altos factores de riesgo, con mastopatía fibroquística severa, a las que supondría un alto riesgo practicar mamografías repetidas antes de los 50 años.

Pero, a pesar de las recomendaciones de las sociedades americanas, la controversia de las mamografías continúa porque no hay evidencias claras de su utilidad, además de ser un prueba extremadamente molesta y dolorosa para las mujeres que deben realizarla.

En 1963 comenzó el primer ensayo clínico sobre el cribaje con mamografías y más de 40 años después no tenemos la certeza de su eficacia, aunque sí ha supuesto un buen negocio para los especialistas en radiología. El doctor Juan Gervás⁵, médico de familia en Buitrago, que forma parte del grupo CESCO de Madrid, nos informa de que, en Estados Unidos, después de 10 años de cribar a mujeres cada dos años, un 50 por 100 fueron falsos positivos, y en Noruega, un 21 por 100. Esto supone que, entre 10.000 mujeres estadounidenses que pasaron revisión bianual, 5.000 atravesaron por el angustioso proceso de no saber qué pasaba con su mamografía, para finalmente no tener nada. El doctor Gervás nos dice:

Convendría un mayor respeto a las mamas normales y centrarnos en cosas más eficaces en la prevención del cáncer, como aconsejar contra el tabaco, examinar siempre la boca a fumadores y bebedores, y restringir el uso de hormonas en la menopausia. Intervenciones sencillas y de eficacia probada. Nuestras pacientes merecen recibir información que permita decidir con fundamento científico acerca de su participación en programas de prevención secundaria del cáncer de mama, mediante mamografía.

⁵ Juan Gervás y M. Pérez Fernández, «Los programas de prevención secundaria de cáncer de mama mediante mamografía: el punto de vista del médico general», *Semergen*, 32 (1), 2006, págs. 31-35.

En muchos casos como en el cáncer de mama, la prevención por ahora sólo es secundaria. El origen hormonal de la mayoría de tipos de cáncer de mama, modulado por el estado de los receptores y de factores de crecimiento, sólo tiene una aproximación a la prevención primaria, identificando los factores de riesgo y siguiendo de cerca a las mujeres que más factores posean⁶.

Las revisiones ginecológicas preventivas deberían por lo tanto actuar sobre la prevención de cáncer de mama, de ovario, de endometrio y de cérvix, ahora y en un futuro, con más evidencias científicas, identificar grupos de riesgo entre mujeres y paliar signos y síntomas de hiperestrogenismo, base hormonal de los cánceres de mama y endometrio, los más frecuentes en los países industrializados. Para ello deberíamos actualizar periódicamente los criterios de cribaje y analizar la sensibilidad y reproducibilidad de las nuevas técnicas de exploración preventiva, así como actualizar las evidencias de lo que ahora nos parece «natural», como las citologías, cuya eficacia después de los tres primeros años con normalidad es también puesta en duda⁷. La opinión de las mujeres sobre la citología ha sido investigada en Estados Unidos, con unos resultados del 63 por 100 de las mujeres encuestadas (360) que consideraron que, aun sabiendo que el riesgo de enfermar era bajo, era preciso hacerse citologías a cualquier edad. Esto mismo pensaban las que habían sido sometidas a una histerectomía y no tenían cuello de útero⁸. Por lo tanto, podemos constatar una gran desigualdad entre la mitad del mundo desarrollado consumiendo pruebas preventivas innecesarias y la otra mitad del mundo pobre muriendo, por no poder hacerse las pruebas preventivas necesarias. ¿Puede la

⁶ «Monográfico cáncer de mama», *MYS*, núm. 18, 2006.

⁷ M. Pérez Fernández y J. Gervás, «Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres», *Semergen*, 25 (3), 2005, págs. 239-248.

⁸ B. E. Sirovich, S. Woloshin y L. M. Schawartz, «Screening for cervical cancer: will women accept less?», *Am J Med*, 118, 2005, págs. 151-158.

OMS hacer algo para eliminar las desigualdades y para establecer criterios claros que no sean medicalizadores? ¿O sólo se introducen técnicas que siguen la lógica del beneficio y producen gasto sanitario, pero no pueden reducir las desigualdades?

VACUNACIÓN DE LA POBLACIÓN DE NIÑAS Y ADOLESCENTES CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La presentación de una nueva vacuna tetravalente contra los tipos 6, 11, 16 y 18 del virus del papiloma humano ha supuesto un nuevo ejemplo de la medicalización en la prevención de una infección genital, que hasta ahora se había detectado por la repetición de las citologías vaginales, y cuyas lesiones pueden ser provocadas por más de 10 cepas que pueden producir lesiones además de las 16 y 18. Después de ser investigada la vacuna sólo dos años en mujeres de edades que oscilaban entre 15 y 16 años, se ha presentado como una innovación en la prevención del cáncer de cérvix (sin evidencias de que haya podido evitarlo por el largo periodo de latencia que tiene esta enfermedad desde que se produce la infección hasta que aparece), y se ha acordado en los países «desarrollados» (menos Finlandia) su aplicación a las niñas que con seguridad no hubiesen tenido relaciones sexuales.

Pero la obligatoriedad de la vacunación en niñas de 9 a 10 años ha planteado serias dudas a la comunidad científica y epidemiológica, dado que no cubre todas las cepas que pueden producir este cáncer, y en concreto en muchas Comunidades Autónomas en que existían estudios epidemiológicos, sólo cubre el 30 por 100 de las cepas que pueden producir displasias. Al ser una vacuna que produce anticuerpos en sangre de una enfermedad que en su proceso natural no lo produce, ha generado muchos más cambios inmunológicos que otras vacunas. En Estados Unidos, donde la vacuna se inició primero, se han descrito unos 10.000 efectos secun-

darios leves y graves —que pueden consultarse en la página web de la CDC (Centro de Comunicación de Enfermedades)⁹.

El Consejo de Ministros del 24 de agosto del año 2007 autorizó la solicitud de comercialización de la vacuna, pero en el Consejo Interterritorial no se habían realizado estudios de costo/beneficio ni de la incidencia del cáncer de cérvix en España. Algunos consejeros de Sanidad de diversas autonomías anunciaron que aplicarían la vacuna unilateralmente sin haber sido evaluada en la comisión interministerial, como propuso el ministro de Sanidad. Y en otros países del mundo que «puede pagar» se tomaron también decisiones muy precipitadas, como han reconocido después especialistas en salud pública de Canadá y de Alemania. Sólo Finlandia, Argentina y Dakota del Sur tomaron la decisión de no recomendar la vacuna en sus países.

El profesor de Salud Pública de la Universidad de Barcelona, el doctor Andreu Segura, ya señaló en septiembre de 2007:

Esta iniciativa, como cualquier intervención sanitaria, es susceptible de tener consecuencias positivas y negativas sobre la salud de la población y el funcionamiento de la sanidad española. Pero no parece que hayan sido suficientemente consideradas por el documento elaborado por la ponencia de vacunas del Consejo Interterritorial, de febrero de este año, que recomienda la vacunación de una generación de niñas entre las seis de los 9 a los 14 años. Ni tampoco por el autodenominado «documento de consenso» de ocho sociedades profesionales médicas cuyas propuestas son más intervencionistas.

Como el propósito último de la medida es la prevención del cáncer de cuello uterino, una finalidad que no se acostumbra a pretender con las vacunas, parecería más adecuado disponer de la valoración de algún órgano asesor más experimentado en el diseño de políticas sanitarias globales, del mismo modo que se echa en falta la opinión de sociedades profesionales como la Sociedad Española

⁹ www.cdc.us.

de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) o la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) (...). Hay que decir, sin embargo, que incluso sin la vacuna, habría que mejorar radicalmente la prevención secundaria actual. Debido a la ausencia de evaluación sistemática por parte de las administraciones sanitarias públicas españolas, ninguna de las cuales ha organizado un programa de cribado poblacional, se practican muchas citologías a mujeres con poco riesgo, mientras que las expuestas a un riesgo mayor son objeto de menos diagnósticos precoces. Es, pues, una intervención ineficiente, poco o nada equitativa y, lo que todavía es peor, colectivamente insegura debido a la yatrogenia que fomenta entre las personas con resultados falsamente positivos, algunos de los cuales son atribuibles a la baja prevalencia de las lesiones en España y a las limitaciones intrínsecas de la prueba de Papanicolau, pero otras resultan del poco control de calidad de su aplicación¹⁰.

Si el problema de salud pública era otro, ¿por qué apresurarse tanto para introducir una vacuna cara, que no soluciona el problema de la equidad en la prevención secundaria? ¿Quién tenía prisa por vacunar a toda la población posible? Aunque se ha vacunado a las niñas desde hace tres años, se ha propuesto ya la vacunación de los niños, a 400 euros las tres dosis. Podemos observar fácilmente quién es el beneficiado.

El doctor Carlos Ponte, médico de la Asociación por la Defensa de la Salud Pública, afirmaba en septiembre de 2008:

También en la medicina preventiva hay conflictos de mercado y grandes intereses económicos en juego. En este contexto, no deja de llamar la atención que todos los políticos, desde el Ministro hasta el último de los consejeros de salud de las autonomías, hayan cerrado filas en apoyo de la vacunación, en vez de apostar por una estrategia segura y eficaz de hacer accesible la citología a todas las mujeres.

¹⁰ Andreu Segura, «Pros y contras de una vacunación», *El País*, 11 de septiembre de 2007, pág. 43.

Para entender a los políticos hay que conocer las presiones que están en juego: el poder de la farmacéutica Merck, que comercializa la vacuna Gardasil en España y que, por cierto, ha tenido que pagar indemnizaciones multimillonarias por los efectos adversos de otro medicamento (Vioxx) que tuvo que ser retirado del mercado. Hay también una deslizando tendencia hacia el clientelismo. Basta con que Esperanza Aguirre amenace con pagar la vacuna en su Comunidad, para que los socialistas se apresten a vacunar, temerosos del debate y cómodos en el discurso populista. Miles de profesionales de la salud en España pedimos una moratoria para esta vacuna (<http://www.caps.cat/>) porque mientras se desarrollan las investigaciones, tanto sobre eficacia como seguridad, como afirma la doctora Diane Harper (investigadora de la vacuna): «Vacunar hoy a las niñas es el mayor experimento de salud pública.» Queremos recordar a las autoridades sanitarias que la prioridad es asegurar la citología a todas las mujeres en el sistema sanitario público y una educación sexual, que implique a los hombres, que promueva el preservativo, para evitar la transmisión de ésta y otras infecciones de transmisión sexual¹¹.

Un grupo de profesores, epidemiólogos y clínicos pidieron la moratoria que cita el doctor Ponte¹² y que ha recibido más de 8.000 firmas de apoyo, solicitando que se evalúe el costo/beneficio, así como que se haga un seguimiento de las niñas vacunadas y se informe adecuadamente a la población. La propaganda sobre la vacuna se hizo de forma tan sesgada que se llegó a afirmar que «curaba» el cáncer de cérvix, por lo que muchas madres y padres creyeron de buena fe que servía para la curación. (Más detalles de todo el proceso de la vacuna y de la información que se actualiza continuamente se pueden consultar en la web del CAPS)¹³.

¹¹ Carlos Ponte Mittelbrunn, «Acerca de la vacuna del VPH. Más no es necesariamente mejor», *La Nueva España*, 18 de septiembre de 2008.

¹² Centro de Análisis y Programas Sanitarios, www.caps.cat.

¹³ www.caps.cat.

Pero aparte de que todo el proceso con poca evidencia científica se haya dirigido a niñas de 10 y 11 años, antes incluso de que nadie haya hablado con ellas de las relaciones sexuales, otro sesgo de género lo hemos vivido en España, cuando se ha etiquetado como «histéricas» a las niñas de Valencia que padecieron convulsiones después de haber recibido la segunda dosis de la vacuna y esta «resolución» se envió por carta a la mayoría de médicos de España.

Esta conclusión del denominado «Congreso de expertos» que se realizó en Lyon, pagado por los laboratorios que fabrican los dos tipos de vacuna comercializados en España, de que las dos niñas padecían una histeria de conversión o convulsiones de tipo psicógeno, nos hizo revisar la literatura científica para saber si había algún tipo de prueba o determinación que pudiera diferenciar una convulsión psicógena de una orgánica.

La consulta a un tratado básico de Medicina Interna¹⁴ nos aclara que a veces es difícil distinguir las convulsiones orgánicas, sobre todo las crisis parciales complejas que provienen del lóbulo frontal, de las psicógenas, porque incluso pueden cursar con los electroencefalogramas convencionales normales. Recomienda la determinación de la prolactina sérica, que aumenta durante los 30 minutos poscrisis convulsiva, mientras que en las psicógenas no lo hace. A. K. Shah *et al.*¹⁵ confirmaron esta teoría en 2002.

Demostraron que las crisis orgánicas se asociaban a un incremento de la prolactina del doble del basal, con un valor predictivo de esta determinación de un 96 por 100 en caso de ser positiva. Por lo que hemos podido saber, las niñas de Valencia aumentaban más del doble los niveles de prolactina

¹⁴ Daniel H. Lowenstein, en *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17.^a ed., 2008, pág. 2506.

¹⁵ A. K. Shah *et al.*, «Peripheral WBC count and serum prolactin level in various seizure types and nonepileptic events», *Epilepsia*, 32 (11), 2001, págs. 1472-1475.

después de la convulsión. Por lo tanto, se trata de convulsiones orgánicas y no psicógenas o histéricas, que se iniciaron después de la segunda dosis de vacuna VPH.

La medicina basada en la evidencia puede ayudar a hacer diagnósticos y dejar de lado las opiniones más o menos interesadas. El diagnóstico de histeria cuando no se sabe qué decir ni diagnosticar nos retrotrae a periodos oscurantistas a los que no deberíamos volver en el siglo XXI, y menos para diagnosticar una vez más con reduccionismo etiológico a niñas y mujeres.

MEDICALIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Hemos visto hasta aquí la medicalización y el desconcierto en la aplicación de medidas preventivas dirigidas a las mujeres, pero dada la práctica creciente de no considerar los factores de riesgo como tales riesgos que prevenir, sino como enfermedades que tratar, hemos de hacer una reflexión breve sobre el alto consumo de medicamentos para combatir un factor de riesgo cardiovascular, el colesterol. El consumo de fármacos que disminuyen los lípidos, en especial las estatinas, se ha convertido en el segundo fármaco que incrementa el gasto de farmacia que pagamos entre todos, después de los psicofármacos, en los últimos cinco años.

Que el colesterol puede ser un factor de riesgo para las arterias es cierto, pero ¿sólo podemos combatir este riesgo con un medicamento?, y ¿este medicamento es realmente útil?, ¿puede tener efectos secundarios? ¿Tiene efectos positivos en mujeres?

La Guía del Programa Nacional para la Educación sobre el Colesterol, que se publicó en Estados Unidos en 2004, recomendaba utilizar estatinas no sólo para las personas que tenían enfermedad cardíaca, beneficio que ha sido probado, sino para las que supuestamente tuvieran un «moderado riesgo» de desarrollarla. La guía condujo a que 23 millones de americanos más tomaran estatinas para el resto de sus vidas,

pero al final se ha podido saber que la mayoría de profesionales que hicieron la guía fueron financiados por compañías farmacéuticas que fabricaban estatinas.

Los profesores Abramson y Wright¹⁶ han realizado un análisis de todos los principales ensayos en los que los participantes fueron tratados de forma aleatoria con estatina o con placebo. Los resultados de siete ensayos muestran que los hombres adultos de 30 a 80 años, que ya tuvieran enfermedad cardíaca, se benefician de las estatinas que disminuyen el riesgo de muerte cardíaca, así como de muerte por cualquier otra causa. Sin embargo, sus análisis de otros ensayos muestran que las estatinas no deben ser prescritas a mujeres de ninguna edad que no tengan enfermedad cardíaca y diabetes, ni a hombres mayores de 69 años. Además, las estatinas aumentan el riesgo de padecer miopatía que se confunde con fibromialgia en mujeres, en especial, si tienen hipofunción tiroidea.

Los autores advierten de que la dieta mediterránea es tres veces más efectiva para prevenir las enfermedades cardíacas recurrentes y la muerte después del ataque cardíaco. La mayoría de la información sobre la enfermedad cardíaca está influida por la industria farmacéutica, afirma el profesor Abramson¹⁷, que centraliza el problema en el colesterol, más que en la dieta, el ejercicio y el tabaquismo, ya que debe maximizar beneficios económicos para sus empresas. Además, las revistas médicas no cumplen con su responsabilidad si publican resultados de ensayos sólo beneficiosos y omiten efectos secundarios adversos y muertes por otras causas. Por otra parte, las personas que toman estatinas sin necesitarlo, después de cuatro años, pueden presentar un cáncer extra por cada 70 personas que las estén tomando.

¹⁶ John Abramson y James Wright, «Are Lipid-Lowering guidelines Evidence-Based?», *Commentary Lancet*, 2006-2007.

¹⁷ «Statin-Treatment guidelines revisited», *Health Facts*, vol. 32, Issue 2, febrero de 2007, págs. 1-3.

Para prevenir riesgos cardiovasculares, lo más importante es cambiar estilos de vida con el ejercicio moderado y la dieta mediterránea. El Lyon Diet Heart Study demuestra que, después de un ataque cardíaco, seguir una dieta mediterránea disminuyó el 72 por 100 de los ataques en el grupo que la seguía. También disminuyó un 56 por 100 la tasa de mortalidad y presentó un 61 por 100 menos de cáncer que en el grupo control. Para las mujeres de todas las edades, las estatinas no son la fórmula idónea para disminuir el riesgo del colesterol, aunque es una información que por ahora no ha llegado al gran público, ya que todavía las noticias difundidas por los medios de comunicación cultivan la idea de que una pastilla puede ayudar a prevenir una enfermedad cardiovascular.

LOS Y LAS REBELDES «CON CAUSA»

La creciente presión de la industria sobre lo que han de recetar los médicos y las médicas, además de la publicidad directa o indirecta que se realiza a través de los medios de comunicación, en los que los espacios de salud son los más leídos, vistos o escuchados, han incrementado el número de profesionales que se sienten «profundamente insatisfechos» con la industria farmacéutica. Así lo ha constatado un estudio realizado por una compañía de investigación de mercado (TNS)¹⁸, que obtuvo información de 1.500 médicos sobre sus relaciones con la industria, en Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Alemania, España e Italia. En Estados Unidos en 2008, el número de médicos con opiniones negativas (calificados como «rebeldes») aumentó del 12 por 100 al 19 por 100. TNS Healthcare afirma que los «rebeldes» no deben constituir más del 15 por 100 de la base de clientes de una compañía farmacéutica. «Cuando el porcentaje se sitúa por encima de esta ci-

¹⁸ H. Marshall-Arnold, «US “rebel” doctors spread industry dissatisfaction», *Scrip*, 3435, 2009, pág. 38.

fra, se hace cada vez más difícil superar la presión negativa y hacer una promoción exitosa.»

Las encuestas realizadas por esta compañía cuantifican el número de «apóstoles» (satisfechos, generadores de opinión positiva) con el número de «rebeldes», y de la razón entre las proporciones de unos y otros extraen lo que denominan el «índice de resistencia del mercado». Consideran óptimo un índice de resistencia = 1. Cuanto más alto es el índice por encima de 1, más negativa es la opinión de una determinada compañía o de la industria en general. El índice norteamericano ha crecido, y en el año pasado pasó de 1 a 1,62. La opinión de los médicos sobre la industria es «considerablemente peor» en el Reino Unido y en Francia, con índices, respectivamente, de 3,75 y 3,33. «España es el único país en el que no se observa la evolución negativa, pues allí el índice ha pasado de 2,39 a 1,56. Los mercados europeos tienen tradicionalmente una elevada proporción de “rebeldes”, y los porcentajes van de 19 por 100 en Italia a 27 por 100 en el Reino Unido.»

LA COMISIÓN EUROPEA PIDE MÁS TRANSPARENCIA A LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La Comisión Europea ha propuesto permitir que las compañías farmacéuticas puedan proporcionar a los pacientes más información sobre los medicamentos con receta aunque manteniendo la prohibición de publicidad. Esta medida se incluye en un paquete de iniciativas sobre el sector farmacéutico, que contempla también propuestas para hacer frente a las falsificaciones de medicamentos y reforzar la vigilancia sobre los efectos secundarios.

En todo caso, la Comisión quiere que la información que las farmacéuticas puedan dar directamente a los pacientes sobre los medicamentos con receta sea limitada. Sólo se permitirán resúmenes de las características de los productos, información sobre el impacto ambiental del medicamento, so-

bre precios y sobre otras cuestiones, como posibles efectos secundarios. También se podrá suministrar información médica sobre estudios científicos o sobre medidas de acompañamiento acerca de prevención y tratamiento médico.

Toda la información que se difunda debe ser «objetiva y no tendenciosa», de manera que si se habla de los beneficios de un medicamento también deberán exponerse sus riesgos. La información tendrá que basarse en pruebas y ser verificable, actualizada y comprensible para los pacientes. Los Estados miembros deberán vigilar que la información difundida cumpla estos requisitos y cualquier página web que contenga información sobre medicamentos con receta deberá registrarse.

Finalmente, Bruselas abogó por reforzar el sistema de farmacovigilancia de la Unión Europea. Se estima que el 5 por 100 de las hospitalizaciones se deben a reacciones adversas a los medicamentos, que provocan alrededor de 197.000 muertes al año y unos costes de 79.000 millones de euros.

Para hacer frente a este problema, la Comisión propone que las empresas farmacéuticas refuercen sus sistemas de farmacovigilancia y que se mejore el sistema de información sobre los efectos secundarios.

LA PLATAFORMA NO GRACIAS¹⁹

En 2007, un grupo de médicos especialistas en salud pública y en farmacología, en España y en otros lugares del mundo, cansados de la presión que ejercen las compañías farmacéuticas en la consulta diaria, decidieron realizar una campaña en la

¹⁹ www.nogracias.eu. En Estados Unidos y Reino Unido se llama NoFreeLunch; en Italia, No Grazie pago io; en España, No Gracias; en los Países Bajos, Gezonde Sceptis; en Alemania, Mein essen Zahl Ich Selbst; en Colombia, NoGracias-Co; en Australia, Healthy Skepticism. Tiene afiliados en todo el mundo.

que los profesionales sanitarios rechazaban, con un «no gracias», el bombardeo de información farmacéutica no deseada.

Editan un boletín mensual y en su página web se ofrece información de efectos secundarios de medicamentos, críticas a noticias aparecidas en la prensa e información veraz de todo lo que es posible saber sobre tratamientos y prevención. Por ejemplo, la advertencia de que a veces los profesionales prescriben medicamentos para enfermedades que no habían sido estudiadas para este medicamento determinado. Los conflictos de intereses están siendo denunciados en la página web de la Asociación de Estudiantes de Medicina Americanos (AMSA)²⁰, con detalles de los regalos y ayudas que 45 de 149 Escuelas de Medicina han recibido de la industria.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Promover salud quiere decir estimular las capacidades individuales y dar recursos para que cada persona se haga responsable de su salud, se haga protagonista de su futuro. Pero el concepto de promoción de salud ha sido sesgado y en parte industrializado. Ya sabemos que la dieta mediterránea es buena para la salud, pero en general se bombardea a la población con un exceso de información sobre dietas sanas, y en especial a las mujeres a través de secciones de belleza de revistas o programas televisivos matutinos, y también se las envía a hacer gimnasia. Dieta y gimnasia son dos fórmulas que pueden no promover ningún tipo de salud. Creo que la promoción de salud de las mujeres pasa por que recuperen sus derechos, su capacidad de decisión. Para que se conviertan en ciudadanas que participan en el debate público que ha de regir los destinos de su entorno. Encorsetarlas y normativizarlas más las hace menos libres y, por lo tanto, más enfermas. Promover la salud de las mujeres es *hacerlas protagonistas* de la misma.

²⁰ www.amsascorecard.org.

Epílogo

¿Cómo nos hemos manejado las mujeres en relación con el poder y el conocimiento? La opción femenina ha sido, no la conquista del poder, sino la negociación con el poder, es decir, discutir, negociar, tener en cuenta los puntos de vista alternativos. De ninguna de las maneras estoy diciendo que esto se relacione con nuestro instinto materno, nada más lejos de esto. Lo que estoy diciendo es que a partir de una larga experiencia histórica de convivir en el seno de sociedades en las cuales no éramos detentadoras del poder, hemos desarrollado estrategias de supervivencia en condiciones no hegemónicas, y desde este punto de vista hemos aprendido a convivir con la diferencia¹.

A lo largo de este libro he intentado definir cómo los estereotipos de género ejercidos en múltiples redes de poder han hecho a las mujeres y su salud invisibles, considerándolas inferiores y ejerciendo estrategias de control a través del acto médico y de la medicalización de la vida cotidiana y de la

¹ Dolores Juliano, «El saber de las mujeres», en Anna Freixas (ed.), *Abuelas, madres, hijas*, Barcelona, Icaria, 2005, pág. 25.

prevención. Estoy de acuerdo con la socióloga Dolores Juliano en que hemos aprendido a convivir con la diferencia, pero no soy tan optimista como ella respecto a la capacidad de negociar con el poder médico. Al menos por ahora, ya que falta mucho empoderamiento de las mujeres con mayor información veraz y recursos de prevención que no medicalicen.

He dejado claro que la victimización de las pacientes la podían ejercer profesionales sanitarios, tanto hombres como mujeres. Pero no quiero dejar de mencionar que las mujeres médicas y el personal de enfermería femenino se han visto emparedadas en una relación de poder conflictiva, de ellas con la organización sanitaria y la promoción laboral, y de ellas con las pacientes mujeres. Las mujeres médicas se han incorporado masivamente al ejercicio de la profesión, con un 70 por 100 de alumnas en las Facultades de Medicina en el año 2000, pero su acceso a la dirección de los centros y a las cátedras ha sufrido las mismas discriminaciones que en otras profesiones anteriormente muy masculinas, tal como hemos descrito junto a la doctora Pilar Arrizabalaga². De esta discriminación y de la dificultad de conciliar su vida familiar y personal se resiente su salud, y lo que afecta en especial a su estrés físico y mental son precisamente las relaciones de poder jerárquicas con hegemonía masculina que se establecen en los centros de atención primaria y hospitalaria, tal como hemos demostrado en un estudio realizado por nuestro grupo del CAPS y la Fundación Galatea³. Las preferencias y estereotipos de los pacientes sobre por quién desean ser atendidos, si por médicas o médicos, han demostrado que los pacientes prefieren a las médicas por su empatía y a

² Pilar Arrizabalaga y Carme Valls-Llobet, «Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación», *Med. Clin.*, 125 (3), Barcelona, 2005, págs. 103-107.

³ Fundación Galatea-CAPS, «Salud y estilos de vida de los médicos y médicas de Catalunya», 2008, www.comb.cat.

los médicos por su competencia técnica, ya que de forma inconsciente les atribuían roles de género diferentes. La doctora Ana Delgado, que hizo este estudio⁴, al revisar la bibliografía observó que en diversos países las médicas atienden más problemas ginecológicos, obstétricos, de anticoncepción, endocrinos y metabólicos que sus colegas varones. En California también observaron que las médicas indicaban más procedimientos preventivos en las consultas con mujeres⁵. Aunque no he encontrado estudios cuantitativos sobre diferencias en la práctica profesional de médicas y médicos en relación con los estereotipos de género en la medicina, existen indicios cualitativos de que en las profesionales aparecen de forma manifiesta contradicciones y sentimientos ambivalentes relacionados con su estilo de comunicación en la consulta, la negociación con los compañeros y con los pacientes, su posición ante la autoridad y el poder, y el desempeño de su rol profesional. En el discurso grupal de las médicas se identifica la existencia de un conflicto entre su identidad como profesionales y su identidad como mujeres, como han podido demostrar Ana Delgado, Ana Távora y Teresa Ortiz⁶, en un excelente estudio cualitativo. Este conflicto no siempre ha podido ser negociado con tanta libertad como desearíamos y como desearía Dolores Juliano, y persiste de forma latente desde el inicio de los tiempos en que las sanadoras empezaron a intervenir en la salud de la población, e incluso ha podido ser descrito con detalle por la documentación existente en siglo XIV, del juicio que la Facul-

⁴ A. Delgado, T. Martínez-Cañavate, V. García, J. Frías, T. Rueda y J. Morata, «Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico de familia», *Aten. Primaria*, 23, 1999, págs. 268-274.

⁵ Peter Franks y Klea Ertakis, «Physician gender, Patient gender, and primary care», *Journal of Women's Health*, vol. 12, núm. 1, 2003, págs. 73-82.

⁶ Ana Delgado, Ana Távora y Teresa Ortiz, «Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad», *Estudios de Sociolingüística*, 4 (1), 2003.

tad de Medicina de París realizó contra una mujer sanadora, a la que consideraban usurpadora del poder médico:

el juicio contra Jacoba Félicíe permite descubrir una realidad que, oculta en otras lecturas, ofrece la posibilidad de dotar de significación histórica a formas de relación que estructuran la disparidad original del encuentro sanadora/paciente desde el reconocimiento de autoridad y no, como tradicionalmente se ha hecho, colocando al poder en el centro del análisis⁷.

¿PODEMOS HACER ALGO PARA INTENTAR CAMBIAR ESTE PROYECTO ASISTENCIAL ESTEREOTIPADO?

Judith Butler nos propone intervenciones a niveles político y social, que impliquen acciones y un trabajo continuado para intentar cambios en las instituciones, en la organización sanitaria y en el corazón mismo de la investigación y de la docencia en las Facultades de Medicina, de Enfermería y de Psicología:

A continuación, voy a argumentar que la teoría es en sí misma transformadora, así que lo afirmo ya de entrada. Pero también debe tenerse en cuenta que yo no creo que la teoría sea suficiente para la transformación política y social. Debe darse algo junto a la teoría, por ejemplo, intervenciones a niveles políticos y sociales que impliquen ciertas acciones, un trabajo continuado y una práctica institucional, que no es exactamente lo mismo que el ejercicio de la teoría⁸.

⁷ Montserrat Cabré y Fernando Salmón, «Poder académico versus autoridad femenina: La Facultad de Medicina de París contra Jacoba Félicíe (1322)», en Montserrat Cabré y Teresa Ortiz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, Barcelona, 2001, pág. 75.

⁸ Judith Butler, *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2006, págs. 289-290.

Y Celia Amorós nos propone una alianza del feminismo con la cultura que esté llena de razones y nos permita cambios reales en las discriminaciones que estamos padeciendo como profesionales y como personas que en algún momento de nuestras vidas necesitaremos del sistema sanitario:

Proponemos la alianza del feminismo que ha de asumir el reto de la multiculturalidad con una «cultura de razones». Hemos intentado argumentar que se trataría de una alianza más pertinente, menos confusa y oportunista y, desde luego, más fructífera que la *liason dangereuse* entre el feminismo y la postmodernidad⁹.

Y esta «cultura de razones» la encontramos también en investigadores y profesionales sanitarios varones, que están preocupados por la deriva que están tomando algunas actividades sanitarias, caracterizadas por su dudosa utilidad para el individuo y la sociedad, y con indudables beneficios para quienes las promocionan. Más allá de las buenas intenciones, el doctor Juan Gervás nos propone que, frente a la malicia sanitaria que medicaliza la prevención y la promoción de la salud, desarrollemos la *prevención cuaternaria*:

Hablamos de prevención cuaternaria para designar el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Hacer prevención cuaternaria es decir «no» a muchas propuestas francamente indecentes, y ofrecer alternativas prudentes y científicas (la ética de la negativa y la ética de compartir la ignorancia). Hacer prevención cuaternaria es cambiar el miedo que explota la malicia sanitaria por el bienestar de saber que lo importante es la calidad de vida¹⁰.

⁹ Celia Amorós, *Tiempo de feminismo*, 3.ª ed., Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2008, pág. 374.

¹⁰ Juan Gervás, «Malicia sanitaria y prevención cuaternaria», *Gaceta Médica de Bilbao*, 104, 2007, págs. 93-96.

La alianza con esta cultura llena de razones ya ha dado varios frutos en los últimos años. La asociación con epidemiólogos, médicos, médicas y feministas de la salud ha permitido presentar una moratoria a la vacuna del VPH, que aunque ha fracasado en cambiar una política pública sesgada, ha tenido la virtud de abrir un debate entre la sociedad civil y los profesionales de la salud, sobre qué estrategias preventivas deberemos pagar con dinero público (véase www.caps.cat). La plataforma No Gracias nos llena de razones, de argumentos y de ciencia sobre la medicalización y sobre los efectos secundarios de los medicamentos. La revista *Mujeres y Salud*, dirigida por Leonor Taboada, recoge lo mejor de las reflexiones de las feministas de la salud para difundirlas a todas las mujeres y profesionales del Estado español y de Latinoamérica, con su estilo directo, agradablemente ácido, que nos permite estar al día de todas las «razones» para hacer y para no hacer. La red CAPS, de profesionales sanitarios del Estado español, con diez años de experiencia en seminarios, debates virtuales y aún tímidas intervenciones sociales, nos ha permitido tejer una red de profesionales que desean limpiar su práctica sanitaria cotidiana de estereotipos de género y que está estableciendo en la práctica una universidad itinerante de salud de las mujeres, creando una nueva práctica profesional en la que algunos médicos varones ya desean colaborar.

Al establecer nuevas estrategias hemos de tener en cuenta que será necesaria la participación de los profesionales sanitarios y de la ciudadanía en la definición de las políticas públicas de salud, ya que las desigualdades sociales colaboran de manera profunda en la enfermedad, y en especial en las mujeres, que «son las más pobres de los pobres» y para las que se han de establecer políticas especiales de redistribución, como apunta Nancy Fraser:

Hay diferentes clases de diferencias (...) lo que conlleva una política de las diferencias más diferencia-

da. Esta concepción matizada de la diferencia representa una contribución importante a la teoría crítica del reconocimiento. Puede ayudarnos a identificar y defender únicamente aquellas versiones de la política de la diferencia que se integren coherentemente con la política de la redistribución. Este es el tipo de enfoque que necesitamos para enfrentar los retos de nuestro tiempo. La tarea de integrar los ideales igualitarios del paradigma de la redistribución con aquellos que sean auténticamente emancipatorios en el paradigma del reconocimiento¹¹.

Nancy Fraser nos invita a identificar las nuevas formas sutiles y fluidas de subordinación y poder, para no reproducir estereotipos de género en la práctica de nuestras organizaciones sociales e instituciones, en nuestros centros de primaria y en nuestros hospitales, y nos invita también a resurgir como sujetos que generan nuevas formas de plantear la oposición política, proponiendo cambios a todos los niveles de la vida ciudadana y, en especial, en todo lo que concierne a la salud.

La inequidad de género se está transformando hoy en día mediante el paso de las relaciones diádicas de dominio y sujeción a mecanismos estructurales impersonales que se viven a través de formas culturales más fluidas. Una consecuencia de ello es la [re]producción de la subordinación incluso cuando las mujeres actúan cada vez más como individuos que no se encuentran bajo el dominio directo de un hombre en particular. Otra, es la creación de nuevas formas de oposición política y de protesta cultural¹².

¹¹ Nancy Fraser, *Iustitia Interrupta*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes, 1997, pág. 272.

¹² *Ibid.*, pág. 309.

DEL VICTIMISMO A LOS DERECHOS DE CIUDADANÍA.
DE LAS MUJERES OBJETO A L@S SUJET@S «CYBORGS»

Para muchas mujeres cansadas de las triples jornadas que arrastran durante muchos días, la salud podría ser una noche de descanso, como relata Betty Friedan¹³ en su libro *Mi vida hasta ahora*, mirando hacia atrás, cuando en la mitad del siglo XX ella reclamaba el placer sexual y el orgasmo como forma de realización personal¹⁴ de las mujeres. Después de veinte años, «una noche bien dormida» puede ser un placer tan grande como el sexual. La visión cuando el árbol de la vida ya se ha vuelto frondoso cambia, pero una luchadora como ella huye del victimismo para proponer objetivos. También Teresa de Lauretis reclama la necesaria recuperación de la autonomía de las mujeres:

El término subjetividad tiene por tanto dos valores. Uno es el de sometimiento o sujeción a determinadas constricciones sociales (que no son sólo sociales). El otro es el de capacidad de autodeterminación, autodefensa, resistencia a la opresión, a las fuerzas del mundo externo, pero también resistencia y autodefensa de fuerzas que actúan en el mundo interno (...) no son sólo sociales, porque el sujeto social es siempre también sujeto psíquico y, por tanto, atravesado por deseos, pulsiones, fantasías o fantasmas conscientes o inconscientes que constituyen otra modalidad de constricción. Y a menudo estas dos modalidades se contradicen entre ellas¹⁵.

¹³ Betty Friedan, *Mi vida hasta ahora*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2003.

¹⁴ Betty Friedan, *La mística de la feminidad* [1963], Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2009.

¹⁵ Teresa de Lauretis, «Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo», Madrid, Horas y Horas, 2000, pág. 156.

Romper con todos los dualismos y las dicotomías que los estereotipos de género manipulan entre lo masculino y femenino, entre cuerpo y mente, entre naturaleza y cultura, es la propuesta que comparto con Donna Haraway, quien, en su «Manifiesto para *cyborgs*», nos propone utilizar la imaginación para superar la eterna interiorización de las mujeres y su exclusión de los procesos de decisión sociales. Para ella, el *cyborg* «significa al mismo tiempo construir y destruir máquinas, identidades, categorías, relaciones, historias del espacio. A pesar de que los dos bailan juntos el baile en espiral, prefiero ser un *cyborg* que una diosa»¹⁶.

En el neolítico nos consideraban diosas, y guardaban las estatuillas de mujeres embarazadas con grandes pechos y abdomen abultado al lado del fuego de los hogares, para proteger la vida de los malos espíritus. En la etapa patriarcal de la humanidad, con la consolidación de la división sexual del trabajo, hemos pasado de diosas a mujeres invisibles, inferiores y controladas. En el siglo XXI, quizás como propone Donna Haraway, hemos de empezar a construirnos a nosotras mismas, por dentro y por fuera. Por dentro, mejorando nuestra vitalidad, equilibrando nuestra morbilidad diferencial, negándonos a la resignación frente al dolor y aceptando las prótesis necesarias para poder mantener nuestra calidad de vida. Por fuera, participando en la vida política y social como seres autónomos y pensantes que tienen muchas propuestas que hacer y desean convertirse en sujetos de su futuro. Mujeres que construyen su propio yo y que empiezan a crecer en una doble tensión pasando de seres «sujetados» a seres que deciden, a seres que se permiten ser protagonistas de su futuro, sin condicionantes de nadie y sin que ningún estereotipo pueda determinarlas.

¹⁶ Donna Haraway, «Manifiesto para *cyborgs*: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX», en *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1995, pág. 311.

El yo —como el género, como el cuerpo— es una construcción social, lingüística, un efecto del discurso, y no un dato natural, *a priori*, preexistente a lo social o a la semiosis. Y sin embargo, el yo es también una necesidad política, una necesidad de supervivencia tanto física como psíquica, y, por tanto, también epistemológica. Es un yo corpóreo, como dice Freud, quizá imaginario (dice Lacan), pero es tal que cuanto más se extiende operando sobre datos físicos del cuerpo, y se reconstruyen sus partes, órganos, genitales, se potencia o modifica con prótesis; en suma, cuanto más cibernético se vuelve, tanto más ese cuerpo debe hacer referencia a un yo, sujeto que desea y sujeto político: sujeto atrapado en una doble tensión. Erótica y ética, que a veces lo inmoviliza y otras veces le abre las puertas y las ventanas de lo impensable¹⁷.

Y para conseguir lo impensable, necesita que su cuerpo se rebele contra toda forma de opresión, pero también que su organismo se cargue de vitalidad y de energía, ya que sólo con una salud potente y sin morbilidad ni carencias, podemos pasar a ser *cyborgs*.

Resistentes a las normas, creativas y rebeldes, abiertas a las novedades de la ciencia, de la técnica y decididas a aprovechar en el propio beneficio todas las novedades que el futuro nos puede deparar.

El cuerpo y su materialidad, como detectó sutilmente Foucault, se mueve en dos direcciones: por un lado, obedece a relaciones de poder históricamente contingentes, es constitutivo al ejercicio del poder, pero —por otro lado— se resiste a la norma, se rebela contra las políticas uniformizadoras. Precisamente, ese espacio de resisten-

¹⁷ Teresa de Lauretis, *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*, Madrid, Horas y Horas, 2000, pág. 167.

cia y rebeldía hace del cuerpo algo dinámico y creativo, abierto e inconcluso¹⁸.

¿Existe alguna diferencia entre las mujeres feministas y las demás mujeres?

¿Existen niveles de autoestima diferentes según la opción en la defensa de los propios derechos? La médica y antropóloga social Mari Luz Esteban (2001) nos dice:

una de las peculiaridades principales de las mujeres feministas, en su conjunto, es la de tener una autoestima como personas y como mujeres desarrolladas en mayor medida que las demás... Es sin ninguna duda esta autoestima la que va a condicionar que las vivencias de algunos procesos físicos y psicológicos relativos al cuerpo y al placer sexual se materialicen de diferente manera¹⁹.

Creo que también nos prepara para hacer posible el ejercicio de la sororidad a través de la creación de redes que nos permitan aumentar la eficacia de nuestro trabajo e incidir de forma más eficaz en desenmascarar las influencias del poder que oculta la verdad. Redes que nos permitan hacer más eficaz el trabajo conjunto de todos los feminismos por la causa común de que todas y cada una de las mujeres puedan volver a ser protagonistas de su salud.

LAS REDES COMO EFICIENCIA DEL TRABAJO COLECTIVO Y COMO DEFENSA DE LAS MANIPULACIONES

Querer reflexionar en el porvenir de todas y de cada una dejando de lado la fastidiosa elaboración de normas, o nuevas normas, vale también como rechazo de la des-

¹⁸ Jesús Adrián, «Cuerpo y representación», en Meri Torras (ed.), *Cuerpos e identidad I*, Barcelona, UAB, 2007.

¹⁹ Mari Luz Esteban, *Re-producción del cuerpo femenino*, Donostia, Tercera Prensa, 2001.

gracia, puesto que la idea de que las mujeres serían siempre las mismas se presenta constantemente como unida a una posición melancólica. El sexo sería una fatalidad: un determinismo biológico (o sociobiológico), lo regiría todo y de manera mecánica. El fantasma de un cuerpo que sería determinante, que estaría predestinado o que no podría salir de su destino, es una idea triste que se ha desarrollado hace tiempo. Se ha convertido en posible, para muchas de nosotras, ver un cuerpo de mujer, nuestro cuerpo, no ya como un determinante, sino como el lugar de una libertad potencial y de un debate, a veces difícil, a veces jubiloso, entre la que vive y su medio. Y quien dice debate sobreentiende que no se nos debería imponer un destino preformateado²⁰.

Recuperar el cuerpo como el lugar de una libertad potencial, hacer que el organismo sea un compendio de energía y vitalidad, es la propuesta que las médicas feministas hacemos al resto de mujeres. No estamos determinadas por nada ni por nadie. No tenemos destinos que son preformados de antemano ni en nuestro exterior ni en nuestra subjetividad. Los condicionantes de género se han de visibilizar y denunciar, los riesgos para la salud se han de prevenir y no medicalizar, y las discriminaciones se han de cambiar. Poder hacerlo en libertad, aunque sea costoso, es nuestra esperanza. Esperanza difícil de realizar en solitario.

Sólo la fuerza de las redes científicas, sociales, filosóficas, sindicales, puede ayudar a enfrentarnos a unas redes perfectamente organizadas del poder industrial, institucional y mediático. Redes que no sean sólo de resistencia sino de propuesta social, de reflexión y de debate. Redes que puedan abrir las mentes de otras mujeres que no saben salir del laberinto de los estereotipos que nos condicionan. Mi propuesta

²⁰ Jacques André, Françoise Barret-Ducrocq, Monique David-Ménard, Michèle Le Doeuff y Claire Nahon, *De la différence des sexes entre les femmes*, París, Presses Universitaires de France, 2000, pág. 88.

es que creemos ya las redes de mujeres saludables, sensuales y sensitivas, que desarrollen la exploración de la propia vitalidad y de la propia sensualidad, teniendo en cuenta que estimular los órganos de los sentidos da vida a las propias neuronas.

Las redes de mujeres sensuales y sensitivas que se reúnen para formar grupos de ayuda mutua, para desarrollar la propia salud, que disfrutan mientras estudian, planifican y proponen nuevas estrategias, pueden ser un buen recurso para renacer por nosotras mismas colectivamente, aunque los cambios en la mentalidad y en la organización de la sociedad sean todavía muy lentos²¹.

Recuperar el papel de protagonistas y sujetas de nuestro destino, recuperar el deseo por propia voluntad y en libertad, es para mí el camino del renacimiento personal y colectivo, para poder vivir a fondo el tiempo limitado que tenemos y conseguir una salud que sea una vitalidad reencontrada cada día, una salud para disfrutar.

²¹ Carme Valls-Llobet, *Mujeres Invisibles*, Barcelona, Editorial Debolsillo, 2006.

Índice

PRÓLOGO, <i>Celia Amorós</i>	9
INTRODUCCIÓN	15
Esteretipos de género y su interferencia en la ciencia y asistencia de la medicina	21
Género, sexo y biología	23
¿Qué significa tener salud? La salud como libertad	25
Las relaciones de poder	28

INVISIBLES

CAPÍTULO PRIMERO. La salud indiferenciada	35
Los condicionantes de la salud	35
La necesidad de visibilizar las diferencias	40
Ausencia de las mujeres en las cohortes de investigación. ¿Una nueva forma de discriminación?	43
¿El género invisibiliza?	44
Identidades de mujeres. ¿Se nace o se construye la iden- tidad sexual?	48
Las mujeres como «no-hombres»	52

CAPÍTULO 2. Feminismo y sesgos de género en el «método científico» de la medicina	55
Ciencia, feminismo y biología	57
El nacimiento de la clínica	63
¿La ciencia médica es realmente libre?	64
El nacimiento de la ciencia médica y de la investigación clínica	66
El biopoder	70
La biotecnología	72
Autoridad científica. Autoridad de las mujeres	74
Cuando molestan las «variables». Autoridad científica y fiabilidad	78
¿Qué tipo de ciencia correspondería a una sociedad igualitaria entre mujeres y hombres?	80
 CAPÍTULO 3. Salud, desarrollo humano y diferencias entre mujeres y hombres	 85
La concepción y el desarrollo del embrión	86
Las mujeres que han desaparecido. Femicidios	90
El desarrollo de niños y niñas presenta algunas diferencias. Diferencias en talla y peso y proporción corporal	91
Diferencias neurológicas. ¿Hay un cerebro femenino?	93
¿Las diferencias en los sentidos son diferencias en la percepción?	100
Las diferencias hormonales y fisiológicas	103
 CAPÍTULO 4. ¿De qué hablamos al decir salud y calidad de vida? Salud percibida y diferencias	 107
La salud percibida tiene diferencias	108
Calidad de vida relacionada con la salud	112
¿Qué entendemos por vida?	117
Energía y vitalidad	123
La encrucijada de la salud mental invisible	125
La biotecnología y la calidad de vida	128

CAPÍTULO 5. La menstruación: una diferencia invisible y manipulada	131
El ciclo menstrual: de la invisibilidad al tabú científico	132
Nombres para no-nombrar	134
La medicina inicia su estudio científico a mediados del siglo XX	135
Implicaciones neuroendocrinas, metabólicas y sobre el estado de ánimo y humor	138
Interacciones del estrés con el ciclo menstrual	140
El medio ambiente interfiere en el ciclo menstrual	141
La menstruación como armonía de la diferencia	143
Los anticonceptivos hormonales y sus riesgos invisibles ...	143
La píldora para abolir la menstruación, ¿da realmente libertad?	146
Los anticonceptivos hormonales son un factor de riesgo para el cáncer de mama	148
Los anticonceptivos hormonales ya no son la primera elección en la prevención de embarazos	152
Faltan evidencias científicas para la abolición de la menstruación	153
CAPÍTULO 6. Morbilidad diferencial invisible	155
¿Existen diferencias en el enfermar de mujeres y hombres?	156
Qué es la morbilidad diferencial	160
Eternamente cansadas	163
La controversia interior	171
Los condicionantes hormonales	174
Déficit de vitamina D. Cuando el sol no es suficiente ...	178
¿Es diferente el estrés físico y mental en mujeres y hombres?	181
Cuando no sólo duele el alma	184
Hacia una ciencia y atención sanitaria de la morbilidad diferencial	188
CAPÍTULO 7. Los riesgos invisibles o «no reconocidos» son los que matan	191
Los riesgos no son una enfermedad	193
Cuando las condiciones ambientales hacen daño	195

Las desigualdades en salud	201 ✓
Nuevos factores de riesgo para el cáncer de mama	204
La terapia hormonal sustitutiva como riesgo de cáncer de mama	214
Riesgos ambientales para el cáncer de mama	225
Factores de protección contra el cáncer de mama	229
Las enfermedades cardiovasculares: primera causa de muerte entre mujeres, y todavía riesgo invisible	232
Riesgos cardiovasculares emergentes	236

INFERIORES

CAPÍTULO 8. Naturalizando las diferencias como inferioridad	247
¿Lo normal es lo frecuente?	249
«Mi marido me pega lo normal»	254
¿Lo natural es normal?	255
Minimizar los datos de laboratorio para naturalizar la inferioridad	257
Los valores de referencia. Los valores «normales». Los valores óptimos	263
Valoración de las diferencias como minusvalías y no como consecuencia de la discriminación	269
CAPÍTULO 9. Reduccionismo de la etiología	275
Reduciendo etiologías perdemos de vista la complejidad	276
Reduccionismo al considerar que los problemas de salud de las mujeres son similares a los de los hombres	278
Reduccionismo al creer que las mujeres están protegidas por sus diferencias	279
Reduccionismo de las diferencias al ser vistas las mujeres como no-hombres	280
Reduccionismo etiológico sociocultural	282
Reduccionismo reproductivo	284
Reduccionismo psicológico y/o psiquiátrico	285
Reduccionismo alternativo	286
Reduccionismo de la discriminación	287

Reduccionismo sociológico y de las conductas de los profesionales	288
Violencia de género. Violencia y género	291
La salud mental <i>versus</i> depresión y ansiedad	295
Psiquiatrización de la salud mental. Separación cuerpo-mente	298
CAPÍTULO 10. La victimización y fragmentación de las mujeres. Del «estar» enfermas al «ser» enfermas	301
El proceso de victimización	302
La dependencia de la mirada del otro	304
Cuando el cuerpo es un campo de batalla	308
El papel de la biopolítica en la victimización	312
Del estar enfermas al ser enfermas	314
La medicalización. «A la caza y captura del cuerpo de las mujeres»	318

CONTROLADAS

CAPÍTULO 11. La salud sexual y reproductiva. Paradigma de control y manipulación	325
¿Abolir la menstruación a costa de quién?	327
Los embarazos adolescentes y los no deseados. Madres pero no mujeres	330
La prevención del embarazo y el aborto	333
El control de la salud reproductiva	339
El fraude de la terapia hormonal sustitutiva	343
La resistencia activa de las asociaciones de mujeres	350
La industria no cesa de pagar a escritores fantasma	353
Los recursos no medicalizadores para las mujeres mayores de 50 años	355
CAPÍTULO 12. Las microviolencias en la atención sanitaria. El poder en el acto médico	359
La doble cara de la violencia en la asistencia sanitaria	360
Violencias en el acto médico	361
¿Cómo se manifiestan las relaciones de superioridad e inferioridad?	364

La percepción de las mujeres sobre el abuso en la asistencia sanitaria	367
La violación de los principios éticos	368
Estar anuladas	374
El lenguaje como yatrogenia	381
CAPÍTULO 13. Medicalización de la prevención y promoción de la salud	385
Revisando la prevención de las enfermedades ginecológicas	387
Sobre las revisiones preventivas de cáncer de mama	388
Vacunación de la población de niñas y adolescentes contra el virus del papiloma humano	394
Medicalización de los factores de riesgo	399
Los y las rebeldes «con causa»	401
La Comisión Europea pide más transparencia a la industria farmacéutica	402
La plataforma No Gracias	403
Promoción de la salud	404
EPÍLOGO	405
¿Podemos hacer algo para intentar cambiar este proyecto asistencial estereotipado?	408
Del victimismo a los derechos de ciudadanía. De las mujeres objeto a l@s sujet@s <i>cyborgs</i>	412
Las redes como eficiencia del trabajo colectivo y como defensa de las manipulaciones	415

Filosofía
Arte / Literatura
Antropología
Ciencia / Medicina
Derecho / Política
Clásicos / Biografías
Economía / Sociología
Psicología / Psicoanálisis
Geografía / Historia
Cine / Comunicación
Educación
Teoría feminista
Lingüística

0164102



La salud humana y en especial la salud de las mujeres ha estado mediatizada por las relaciones de poder, tanto por las influencias patriarcales en el desarrollo de las ciencias de la salud, como por el proceso de victimización de las pacientes, que se han convertido más en objetos de medicalización que en agentes de sus propios cambios saludables. El recorrido que la doctora Carme Valls-Llobet hace por la invisibilidad del cuerpo, las patologías y los riesgos con los que se enfrenta la salud de las mujeres, culmina en la descripción de los procesos que hacen que se valoren como inferiores sus problemas de salud y, al estilo foucaultiano, intenta realizar en cada capítulo un proceso de veridicción por el que queden desenmascarados los instrumentos de control y posesión, tanto externos como intrapsíquicos, que impiden a las mujeres ser protagonistas de su salud.

CÁTEDRA

PUV PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN EN **V** UNIVERSITAT
DE **V** VALENCIA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE IGUALDAD

