

LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES

Margarita López Carrillo

Documentalista de Salud
Xarxa de Dones per la salut de Catalunya
Revista MyS (Mujeres y Salud)
redcaps@pangea.org

¿Qué es medicalizar?

1- Medicalizar es aplicar medicamentos o hacer intervenciones médicas innecesarias o excesivas. Es intervenir médica o farmacológicamente en la vida de las personas sin justificación. Por ejemplo, cuando fenómenos vitales como la menopausia, la menstruación, el embarazo y el parto, o la propia vejez dejan de contemplarse como procesos naturales, como etapas de la vida que el cuerpo puede afrontar con sus propios recursos, para ser vistos como problemas médicos en sí mismos, se está medicalizando. Una vez creada esa concepción patológica es fácil inducir la idea de que sin intervenciones y medicamentos no es posible mantener la salud en esas etapas o situaciones.

*-Un ejemplo claro de esta manera de medicalizar es el de la **Terapia Hormonal Sustitutiva** para la Menopausia. Esta terapia consiste en incorporar estrógenos a las mujeres para que no dejen de menstruar. En los años sesenta salió un libro en EEUU que se llamaba "Femeninas para siempre" en el se echaban las bases de lo que podríamos llamar la patologización de la menopausia (Rueda 2004). Se decía que a partir de la desaparición de la regla, la salud de las mujeres se precipitaba hacia un abismo (se le partían los huesos, se les paraba el corazón, se les cuarteaba la piel, perdían el deseo sexual, se les secaba la vagina...). Además, sutilmente, se relacionaba la feminidad con la menstruación. Este libro fue el antecedente que lo que ahora se llama "disease mongering", promoción de la enfermedad, una estrategia de la industria que consiste en crear el problema para poder vender el fármaco y que en la actualidad es una práctica muy extendida.*

Durante décadas se ha utilizado la THS sin estudios de calidad que la avalaran como verdaderamente preventiva de los problemas de salud que se suponía debía prevenir y sin estudios de calidad sobre efectos secundarios adversos, hasta la aparición en 2003 de los primeros resultados del macro estudio independiente Women's Health Initiative, que pusieron de manifiesto que ni protegía el corazón, más bien al contrario, ni era la mejor opción para prevenir la osteoporosis, y además, provocaba cáncer de mama y ovario. Esto provocó la reducción drástica de la prescripción y sendas notas de la Agencia Española del Medicamento desaconsejándola 2003, 2008, a pesar de lo cual el laboratorio Bayer, y su portavoz la SEGO (Sociedad Española de Ginecología) está volviendo a tratar de relazarla.

Otro ejemplo paradigmático es la nueva campaña para relanzar los anticonceptivos hormonales. De los AC hormonales hay suficiente evidencia de los problemas cardiovasculares y de cáncer que pueden provocar. Sin embargo, recientemente ha surgido una nueva píldora (nueva manera de usarla pero los mismos principios activos) que se propone para inhibir totalmente la menstruación (Valls 2007, 2009). Para apoyar sus uso se ha utilizado la argumentación de que la regla no sirve para nada. Acompañando a esta campaña se ha lanzado otra, complementaria de aquella, para promover el uso de AC hormonales no sólo como anticonceptivos sino también para mantener la salud. Es interesante porque subliminalmente se está diciendo algo muy importante: que las mujeres son imperfectas, es decir que tienen cosas, como la menstruación, que son un error de la naturaleza y, además, que necesitan aportes externos para mantener la salud.

Como estrategia mercantil es clara: patologizar el ciclo menstrual y la etapa de la vida (muy larga por cierto) en que las mujeres estamos sujetas a él. La paradoja de estas dos intervenciones es que mientras tenemos la regla nos la quieren eliminar y cuando ya no la tenemos, nos la provocan con la THS.

2- Otra forma de medicalizar consiste en reducir la multicausalidad de los síntomas que presenta una persona a uno sólo para tratarlo farmacológicamente. Esto se da actualment, por ejemplo, en el abordaje del dolor **y el malestar de las mujeres**, la llamada fibromialgia, una etiqueta que no representa una enfermedad concreta sino un cuadro de síntomas que, en cada caso, pueden tener un origen distinto. Sin embargo, en lugar de ir en busca de las causas, estableciendo un adecuado diagnóstico diferencial, en cada paciente, con las diversas patologías que presentan o pueden presentar los mismos síntomas, se toma el dolor como denominador común y se trata, sin probar tampoco distintas alternativas de tratamiento, a base de analgésicos y psicofármacos.

-Otro ejemplo de este mismo comportamiento reduccionista es el que se adopta con los problemas sexuales. Se aborda cualquier problema de impotencia masculina o falta de deseo o anorgasmia femenina, como un mal funcionamiento orgánico, “disfunción”, para el que se propone un fármaco, el famoso Viagra, que, incluso en el caso de los hombres en que tiene cierta efectividad deja sin explorar las causas múltiples, casi nunca orgánicas, y siempre singulares, que subyacen al problema planteado por el paciente (Lozoya).

En el caso de la mujeres el tema es aún más descarado y sangrante. Tras una década ensayando con el viagra sin obtener los mínimos resultados satisfactorios para lanzarlo, en el 2007 apareció (por fin) un parche a base de hormonas masculinas (andrógenos.) Estos parches se lanzaron publicitariamente como la solución para los problemas de “disfunción sexual” de las mujeres. A parte de la evidente miopía que refleja, ya que sabemos desde los años 70 (Hite, 2002) que lo que impide a las mujeres disfrutar del sexo no tiene nada que ver en la inmensa mayoría de los caos con el funcionamiento de sus hormonas, pues a parte de esto, no se dijo que los parches sólo estaban indicados para mujeres que hubieran perdido el deseo a raíz de una menopausia quirúrgica, es decir, por la extirpación de útero y ovarios. Tampoco se dijo que sólo era seguro (par evitar el cáncer) usarlos durante un máximo de seis meses, ni que los beneficios estadísticos que arrojaron los dos pequeños estudios que había dado resultados positivos, eran de “un evento placentero más al mes”, que no es decir mucho, la verdad. Ni se dijo que los efectos adversos leves de sus uso eran acné y virilización (o sea, pelo en la barba y en pecho, por ejemplo) ni que estos efectos podían no desaparecer al interrumpir el tratamiento.

Sin comentarios.

3- También es medicalizar que la investigación en salud se reduzca casi exclusivamente a la investigación farmacológica, como ocurre actualmente en todo el mundo. Esto se debe a que está en manos de los laboratorios farmacéuticos, que la realizan directamente o la financian. Lo que implica que no se hace apenas investigación no farmacológica, a pesar de que la poca que hay (intervenciones psicológicas, intervenciones socio-comunitarias...) demuestran con frecuencia ventajas curativas, así como económicas, y con muchos menos efectos secundarios indeseados.

4- Otra manera de medicalizar, cada vez más en boga, es la de hacer prevención con fármacos o intervenciones médicas. Es decir, medicalizar personas sanas para que no enfermen: una paradoja. Esto se está haciendo, por ejemplo, con la prevención de problemas cardiovasculares a través del control del colesterol con estatinas. Si se tiene en cuneta que el listón de lo que se considera un nivel nocivo de colesterol ha cambiado recientemente sin una clara justificación y que se están dando estatinas a casi todos el mundo de más de 50 años sin que esté claro (no hay videncia científica suficiente), que

sea realmente una medida reductora de la mortalidad cardiovascular, y menos en mujeres, está claro que esta medida no es preventiva sino medicalizadora.

La prevención en salud se puede y debe hacer desde muchos campos (social, urbano, laboral, educacional...) más que desde la medicina. Sin embargo, esto no quiere decir que no haya intervenciones médicas justificadas.

*-Un caso claro es el cribado citológico para prevenir el **cáncer de cuello de útero**. Sin embargo, en lugar de someter a todas las mujeres a al menos una citología (está demostrado que las mujeres que mueren de cáncer de cuello, en un 80% de los casos, no se habían hecho una citología en su vida), cuando sabemos que es una medida altamente efectiva e inocua, se ha optado por la vacuna.*

El virus del papiloma humano (HPV) es muy fácil de adquirir (casi toda persona activa sexualmente lo ha contraído o lo contraerá) y también muy fácil de eliminar pues nuestro sistema inmunitario lo elimina de forma natural en el 90% de los casos. En este 10% de casos en que no remite espontáneamente, evoluciona hacia un cáncer a un ritmo lentísimo, 20 años de promedio, por lo que la citología lo puede detectar y controlar dando la posibilidad de intervenir, si no remite, cuando entra en fase de lesión precancerosa.

La vacuna, sin embargo, es mucho menos segura ya que sólo ataca a algunas de las cepas del virus (la 16 y 18) que, aunque se ha dicho que provocan entre las dos el 70% de los casos, en España las evidencias que tenemos hablan del 30%, y además habrá que esperar veinte o treinta años para saber si reduce el cáncer total, ya que se teme que otras cepas ocupen el lugar dejado por las eliminadas. Por si fuera poco, estamos viendo ya que tiene efectos adversos graves en mayor cantidad que otras vacunas..

Si se tiene en cuenta, además, que la vacuna es carísima, las vacunadas son niñas sanas y que el cáncer de cuello de útero es muy poco prevalente en nuestro país, la pregunta importante aquí es: ¿Por qué no se ha invertido el dinero en un programa poblacional (cribado) de citologías para llegar a todas las mujeres?, estrategia que todos consideran como la primera para la prevención y que, a pesar de la vacuna, no podrán dejar de hacer pues además del 16 y 18 hay media docena más de cepas oncogénicas del virus. ¿Qué intereses y presiones han motivado la compra y aplicación por parte del sistema público de la vacuna? (Dossier MyS 22).

5- Otro ejemplo de medicalización es, por ejemplo, no dar suficiente información para tomar decisiones sobre el propio cuerpo. Esto es lo que viene ocurriendo con las donantes de óvulos a las que no se les informa del riesgo grave que corren, el síndrome de hiperestimulación ovárica, ni de los riesgos potenciales de padecer ellas mismas en un futuro: infertilidad o menopausia prematura por pérdida excesiva de óvulos, de padecer cáncer de ovario o mama por exceso de terapia estrogénica que es la que se usa para estimular el ovario...(López Carrillo, 2002).

El sustrato de la medicalización

El papel de la ciencia

La medicalización es una mesa de cuatro patas. Tenemos, por un lado, a La Ciencia Medica y la Investigación. Todas sabemos que decir en nuestra época "Ciencia" es como decir en el siglo XIII "Religión" o " Dios" o "Iglesia", nadie se atrevía a dudar de la existencia de Dios ni a cuestionar la autoridad de la iglesia. Pues bien eso mismo nos pasa ahora con la ciencia y con la investigación científica. Por eso yo quiero desmontar un poquito la llamada *evidencia científica* para que veamos que, como todo lo que hacemos los humanos, es susceptible de ser chapucera, sesgada, absurda e interesada, igual que todo lo contrario.

Menciono esquemáticamente estos puntos débiles:

- Está financiada en su mayor parte por la industria
- Hay conflictos de intereses de los investigadores (pagados por el laboratorio)
- No hay obligación de publicar los estudios que dan datos negativos
- Se hacen ensayos cortos para prescripciones largas, es decir, se extrapolan los resultados.
- Ensayos realizados con pacientes distintos de la población diana (se estudia en población joven medicamentos para viejos, en adultos medicamentos para niños, en hombres medicamentos para mujeres...)

“Cualquier investigador clínico sabe que los resultados se pueden manipular. Puedes diseñar los estudios de manera que salgan como tú quieres que salgan. Puedes controlar los datos a tener en cuenta, controlar el análisis y luego modificar ligeramente tu interpretación de los resultados” Marcia Angell, directora de The New England Journal of Medicine de 1999-2000.

El papel de la industria

La otra pata, muy ligada a la primera, es la industria. Lo primero que tenemos que modificar es la manera en que la vemos. La industria farmacéutica no está interesada en nuestra salud especialmente, está interesada en vender sus producciones. Por eso, las farmacéuticas, que no tienen la obligación de investigar lo más necesario, dejan de lado cada vez más las enfermedades reales, que afectan siempre a un número X de personas, para investigar fármacos para población sana, mucho más numerosa.

*“Según la revista Prescrire, por ejemplo, de las 2.871 nuevas especialidades farmacéuticas o nuevas indicaciones registradas en Francia entre 1981 y 2003, casi el 70 por ciento no aportaban ninguna novedad o eran inaceptables, y tan sólo el 10 por ciento se consideraban interesantes o con alguna aportación de valor terapéutico”
Lourdes Girona, farmacóloga de la Associació en defensa de la sanitat pública de Catalunya. MyS 15, 2005.*

La industria no tiene ideología en sí misma, quiero decir que le da igual medicalizar a los hombres o a las mujeres, ella prefiere cuanto más gente mejor, pero aprovecha la ideología imperante y se centra sobre todo en las mujeres. Las razones son varias: tenemos una biología más compleja y, junto a esto, esa cuestión que ya he apuntado, somos vistas como objetos, es decir no como seres (que sería el caso de los hombres) y en tanto objetos somos mejorables y despiezables (por ejemplo, a las mujeres nos quitan el útero con una facilidad enorme y no así a los hombres la próstata, etc), por otro lado estamos más interesadas en cuidarnos (Arribas 2009), y además, tenemos sutilmente mezclados y confundidos los conceptos de salud y belleza, por lo que somos un gran negocio para toda la industria química de la que la farmacéutica y la cosmética son ramas.

El papel de los/las profesionales

Otra pata la constituyen los médicos (y médicas, pues no son diferentes en esto). Los rasgos característicos que les predisponen a la medicalización son:

- Por su formación tienen la mentalidad de curar enfermedades, por lo que sólo están preparados para actuar ante la patología. Esto les lleva a transformar cualquier situación

susceptible de producir problemas de salud, por ejemplo el parto, en un problema de salud en sí mismo par poderlo abordar. Es por esto por lo que es muy difícil plantear la prevención y promoción de salud desde la medicina; la no enfermedad escapa a su campo de visión y de acción.

- Sin embargo, tienen, también por su formación y por el papel especial que nuestra sociedad les adjudica, lo que se puede llamar “omnipotencia aprendida”. Lo que les impide aceptar sus límites y les impele a querer solucionarlo todo con sus limitadas herramientas: fármacos, pruebas e intervenciones (ellos no creen que sean limitadas), por lo que medicalizan al intentar curar o prevenir.

- Como no reciben formación alguna para ello, tienen una gran dificultad para ponerse al otro lado (para escuchar), para ver al-la paciente como alguien no pasivo, alguien que es sujeto activo de su salud. Creen que el saber sólo está de su lado de la mesa y del otro lado sólo un ser demandante y sin conocimientos (ni sobre la enfermedad ni sobre sí mismo) ni recursos.

- Como esta omnipotencia es una carga muy pesada, se autodefienden creando un muro para no identificarse demasiado con los problemas que escuchan y así no conectar con su propio malestar.

- Por último, les falta formación / información que no sea de medicamentos, con lo que estos se convierten en la única herramienta de que disponen. A menudo ni siquiera están al día de la investigación y sólo leen los folletos de los fármacos.

Todo lo cual les deja muy a merced de los laboratorios farmacéuticos a los que no cuestionan porque consideran aliados y no perciben el conflicto de intereses que se produce cuando aceptan viajes, regalos costosos, etc...

El papel de los/las pacientes

Los pacientes son el eslabón más débil de la cadena: no tienen mucho poder, realmente, para cambiar a los médicos ni para enfrentarse, al menos de uno en uno, con los laboratorios, ni para modificar el funcionamiento del sistema sanitario, pero sí pueden, mediante la toma de conciencia, cambiar su relación con la medicina y los fármacos y, sobre todo, con su propia salud.

¿De qué manera las pacientes contribuimos a sostener la medicalización?

- Por un lado tenemos muy arraigada la mentalidad de “que me curen”. Nos gusta ir al médico cuando estamos mal como quien lleva su coche al mecánico para que lo arregle. Pensamos que el médico sabe más de nosotros que nosotros mismos.

- Hacemos, pues, muchas veces sin saberlo ya que nos han educado par ello, una transferencia hacia otra persona de la responsabilidad que tenemos respecto a nuestra salud. No pensamos que eso que nos pasa tenga que ver algo con nosotros, con nuestra vida, algo que, si lo escucho, si lo analizo, tal vez me aclare por qué enfermo o qué puedo hacer para estar mejor.

- Otra cosa que nos ayuda a aceptar la medicalización es la sociedad de consumo. Vivimos inmersos en al idea de que hay que consumir cosas, y en la idea de que el

consumo da la felicidad. Lo más natural, pues, cuando estamos malos, es que esperemos que haya algo externo que podamos tomar y nos cure.

- Además, como decía una médica de familia de nuestra red, de todas las puertas a las que una persona cuando está mal (física, psíquica, socialmente...) puede llamar, la única que se abre gratis es la del médico de familia del sistema público de salud. De modo que vamos al médico con todo lo que nos pasa y él, ella, sólo tiene para ayudarnos un talonario de recetas.

Par acabar

Hace varios años que hago talleres y charlas par grupos de mujeres sobre el tema de la medicalización o de los factores que afectan a la salud de las mujeres. Tanto por la experiencia adquirida durante esos talleres, como por lo que ellas cuentan y reflexionan en voz alta, como también de mi experiencia personal de pertenecer a varios grupos de mujeres, he llegado a la conclusión que la herramienta más poderosa para defendernos de las presiones medicalizadoras es la formación de grupos.

En los grupos las mujeres se alejan, sólo por pertenecer y participar en las actividades del grupo, sean cuales sean, de la enfermedad y de la dependencia del médico y de los fármacos. Es una medida de prevención de primer orden. En ellos las mujeres se empoderan unas a otras, intercambian sus recetas personales para estar bien, sus experiencias de evolución vital, se animan a saber más y llaman a gente como nosotras para que les contemos lo que trabajamos y estudiamos de esto y lo otro.

Cuando me angustio ante la incesante acometida de la industria y su enorme poder de difusión y corrupción de políticos y medios de comunicación, y me entran ganas de tirar la toalla y no enterarme de nada más, pienso en lo sabias que se vuelven las mujeres con la edad y en como se potencia y expande esa sabiduría por el simple y facilísimo hecho de formar un grupo. Porque aunque esos grupos no nacen la mayoría de las veces para cuestionar el sistema ni para luchar por el feminismo es asombroso como evolucionan rápidamente hacia posiciones críticas y reivindicativas.

Cuando voy a dar una charla invitada por un ayuntamiento y miro a las mujeres de la sala, ahora ya me atrevo a deducir que las que pertenecen a algún grupo son esas que parecen mucho más contentas. Casi nunca me equivoco.

BIBLIOGRAFIA MEDICALIZACIÓN

Angell, Marcia. La verdad sobre las compañías farmacéuticas.

www.boletinfarmacos.org/112004/investigaciones.htm

Arribas, Lorenzo. Ponencia del 9º Congreso SEC 2009. "Mujeres sanas de milagro".

http://www.sec.es/area_cientifica/ponencias_comunicaciones_congresos_sec/2008_09CongresoSEC/ponencias/videos/3Mesa-05.html

Babi, Pilar. Primerísima persona. MyS 2005; 16 Dossier: 2-4.

http://mys.matriz.net/mys16/16_20.htm

Casasnovas, Luz (1993). La automedicación. En: María Asunción González de Chavez (comp.) Cuerpo y subjetividad femenina. Madrid: Siglo XXI.

Dossier MyS 15 "Ser mujer no es un enfermedad" <http://mys.matriz.net>

Dossier MyS 9 “Por un puñado de óvulos” <http://mys.matriz.net>

Dossier MyS 22 “Vacuan Papiloma: Protección de las niñas o de la industria?”
<http://mys.matriz.net>

Frajman Lerner, Mauricio. Medicina y Poder: un abordaje epistemológico. www.liberacion.org

Hite, Shere. Informe Hite: informe de la sexualidad femenina. Madrid: Punto de lectura, 2002.

Hypatia. Dos para saber, dos para curar. Madrid: Horas y Horas (Cuadernos inacabados) 2005.

López Carrillo, Margarita. Lo que deberían saber las donantes de óvulos y nadie les cuenta. MyS 2002; 9 Dossier. http://www.matriz.net/mys/mys-09/dossier/doss_09.html (ver también <http://mys.matriz.net/mys20/img/MYS20.pdf#page=32>)

Lozoya, Jose Angel. Genero y sexualidad masculina.
http://www.hombresigualdad.com/genero_sexualidad_mascu.htm

Rueda, José Ramón. La medicalización de la menopausia, el caso de yatrogenia más importante en la historia de la medicina. MyS 2004; 13-14: 10-13.
<http://www.matriz.net/mys/mys-1314/sumario1314.html>

Uría, Marian. Promoción de la enfermedad. MyS 2007; 21: 33-36.
http://mys.matriz.net/mys21/21_sumario.htm

Valls-Llobet, Carme. Anticonceptivos hormonales: ya no son la primera elección. MyS 2009; 24: 29-30. <http://mys.matriz.net/mys25/img/MYS25.pdf#page=29>

Valls-Llobet, Carme. Riesgos de la píldora de uso continuado para suprimir la regla. Diálogos 2007; Julio-Agosto-Septiembre V época: 19-21.