



La salud en la teoría feminista

Health in feminist theory

Belén Nogueiras García

Recibido: 15/06/2019

Aceptado: 01/07/2019

RESUMEN

Se expone la histórica interpelación del feminismo a los discursos científicos y filosóficos sobre la lábil y débil salud de las mujeres, atribuida a su biología, argumentando que son las limitaciones impuestas en sus vidas por las estructuras materiales y simbólicas del patriarcado las que debilitan y dañan su salud. Se identifica la política sanitaria del patriarcado como una herramienta indispensable para el control y la subordinación de las mujeres, que se ha aplicado históricamente a través los discursos científico-sanitarios, las prácticas clínicas, los diagnósticos y tratamientos, la sanitización y medicalización normalizada y sistemática de las mujeres. Se concluye que el imaginario creado por el patriarcado sobre la salud de las mujeres y su proclividad natural al desarrollo de malestares físicos y emocionales subyace bajo la objetividad de la ciencia y continúa vigente en las prácticas sanitarias actuales.

Palabras clave: feminismo, salud, política sanitaria patriarcal, malestar de las mujeres, medicalización de las mujeres

ABSTRACT

This article exposes the historical interpellation of feminism to the scientific and philosophical discourses on the labile and weak health of women, which these discourses attribute to biology. On the contrary the feminist discourse argues that it is the limitations imposed in their lives by the material and symbolic structures of patriarchy that weaken and damage women's health. The health policy of patriarchy is identified as an indispensable tool for the control and subordination of women, which has been applied historically through scientific-health discourses, clinical practices, diagnoses and treatments, sanitization and the standardized and systematic medicalization of women. It is concluded that the imaginary created by the patriarchy about the health of women and their natural proclivity to the development of physical and emotional discomforts underlies the objectivity of science and continues to be applied in current health practices.

Keywords: feminism, health, patriarchal health policy, women's discomfort, medicalization of women.

Belén Nogueiras García es doctora en Estudios Feministas y de Género por la Universidad Complutense de Madrid (Madrid, España) y docente de profesionales sociosanitarios. Correo electrónico: belenogueiras@gmail.com.

Cómo citar este artículo: Nogueiras García, Belén (2019). La salud en la teoría feminista. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4 (1), 10-31. doi: <http://dx.doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.5404>

La historia de la teoría feminista está fuertemente vinculada, desde sus raíces, con la salud de las mujeres. Este hecho responde, por una parte, a la necesaria confrontación y desarticulación de los discursos patriarcales que, apelando a su naturaleza, atribuían a las mujeres una debilidad innata y una lábil salud. Fue precisamente sobre la salud, sobre la deficiente, lábil y débil salud de las mujeres, sobre la que el patriarcado fundamentó nuestra inferioridad, sustentó la desigualdad y desarrolló todo el entramado del sistema de subordinación de las mujeres. Por otra parte, se debe a la histórica y persistente vindicación de las mujeres para acceder a los estudios universitarios y al ejercicio profesional en el ámbito sanitario, después de siete siglos de su exclusión de las instituciones académicas y de su expulsión del desempeño profesional en este campo desde la Edad Media. Por último, a las demandas feministas para que las instituciones sanitarias den respuesta a las necesidades de las mujeres en salud, en un sentido emancipatorio, poniendo a su disposición el conocimiento y los medios que posibiliten el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y una atención sanitaria que tenga en cuenta los aspectos biopsicosociopolíticos que determinan su salud.

1. LA DESARTICULACIÓN DE LOS DISCURSOS PATRIARCALES SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

Desde el inicio del desarrollo de la teoría feminista se mantienen tres líneas argumentativas relacionadas con la salud de las mujeres, que atravesarán toda la historia del feminismo hasta la actualidad¹.

La primera sostiene que la supuesta debilidad innata de las mujeres, a la que se atribuyó su lábil salud, es una construcción interesada al servicio de los varones, que tiene la clara intención de excluirnos del ámbito público, político y económico, del poder, el conocimiento y el desempeño profesional, para recluarnos en el ámbito doméstico, destinándonos al servicio y cuidado de los varones, su

¹ La consistencia, persistencia y pervivencia de los argumentos feministas en el tiempo es un hecho que ha sido destacado de este modo por Amelia Valcárcel: "Una de las cosas que siempre más me han llamado la atención en mis estudios de Historia de las Ideas es la enorme estabilidad de la agenda feminista. Esa estabilidad se corresponde también con la estabilidad de sus argumentaciones. A veces, leyendo a Wollstonecraft se tiene la impresión de estar en el puro presente, no en el Siglo de las Luces. Y eso es tan extraño, habida cuenta de la variabilidad y hasta la volubilidad de otras tradiciones políticas, que sorprende e incluso inquieta" (Valcárcel, 2017). Disponible en: http://elpais.com/elpais/2017/05/25/opinion/1495703140_313473.html.

descendencia y su familia². Con esta finalidad, se utilizaron diferentes argumentos, sustentados en su particular biología. La menstruación y los ciclos biológicos, caracterizados como problemáticos y debilitantes, sirvieron para justificar que las mujeres no pudiesen aspirar a la igualdad profesional y social, alegando que interrumpen el pensamiento y generan estados depresivos y de languidez. Se vetó su acceso a la educación, afirmando que les restaría la energía necesaria para el funcionamiento correcto de sus capacidades reproductivas. La menor dimensión del cerebro de las mujeres, o incluso su menor estatura, se utilizó para fundamentar su falta de capacidad mental, arguyendo que de un menor tamaño se derivaba una menor capacidad. La inclinación de las mujeres a la locura también ha poblado el imaginario patriarcal. En el lenguaje médico, las mujeres hemos sido protagonistas indiscutibles de la pérdida de la razón (García Puig, 2019:13). En definitiva, se consideraba que las mujeres eran hombres que no habían evolucionado completamente, ni física ni mentalmente (García y Pérez, 2017:21-22).

La segunda línea argumentativa establece claras y profundas relaciones entre la salud de las mujeres y la desigualdad, entre las limitaciones que los hombres han impuesto en sus vidas mediante las instituciones y estructuras patriarcales, tanto materiales como simbólicas, y su malestar y enfermedad. El feminismo pone de manifiesto que es precisamente el patriarcado el que causa graves daños en la salud de las mujeres, produciendo un sufrimiento añadido al que conlleva la vida, y no su naturaleza y su biología.

La tercera línea argumentativa sustenta que la enfermedad y el malestar de las mujeres no se muestran únicamente como un claro y distinto efecto del patriarcado. El feminismo teoriza el debilitamiento de las mujeres como una potentísima y necesaria herramienta para su sometimiento, control y dominación. Impedir a las mujeres el acceso a las fuentes de poder ha sido históricamente una política imprescindible para su subordinación: prohibir o dificultar su acceso al conocimiento, a la ciencia y la práctica profesional, y por tanto, a ser sujeto de los discursos científicos y profesionales, al derecho al voto y a la participación política, a la propiedad de los bienes y el acceso a los recursos, al control de su sexualidad y su capacidad reproductiva.

² Luisa Posada resalta el doble proceso de exclusión/reclusión que caracteriza la dinámica de sometimiento y subordinación de las mujeres (Posada, 1998:25).

Las mujeres, así debilitadas y desposeídas, con escasa salud y baja autoestima, no tendrán energía para enfrentarse a los múltiples y diversos obstáculos, tanto políticos, como sociales, profesionales, económicos y relacionales que les impiden su desarrollo en un contexto de desigualdad. También tendrán numerosas dificultades para protegerse y defenderse frente a las diferentes formas de violencia que utilizarán los hombres y las instituciones patriarcales para su control y sometimiento. Por otra parte, este debilitamiento al que las mujeres se ven abocadas, aunque producido intencionadamente, refuerza la idea de que la vulnerabilidad y labilidad de su salud es debida a su naturaleza, lo que les dificultará deconstruirla y desafiarla³. Por tanto, debilitar a las mujeres individual y colectivamente, física, emocional e intelectualmente, privarlas de todo aquello que les posibilita tener poder sobre sus vidas y hacerlas dependientes y esclavas de sus cuerpos, se muestra como uno de los intereses primordiales del patriarcado. De ahí que el empoderamiento de las mujeres, corporal, emocional, intelectual, económico y político, tanto personal como colectivo, sea uno de los objetivos centrales en la promoción y recuperación de la salud desde un marco feminista.

Estas líneas argumentativas se iniciaron en la Ilustración, en la obra de Mary Wollstonecraft, *Vindicación de los Derechos de la Mujer* (Wollstonecraft, 1994), considerada un texto fundacional que sentó las bases intelectuales y políticas del feminismo (Amorós y Cobo, 2007:128). Wollstonecraft atribuyó el malestar y la enfermedad de las mujeres a las limitaciones físicas, intelectuales y profesionales que los hombres imponían en sus vidas para impedir su desarrollo, recluyéndolas en el mundo doméstico y centrando su educación en ser objetos de deseo al servicio de los varones:

“Confinadas en jaulas como la raza emplumada, no tienen nada que hacer sino acicalarse el plumaje y pasearse de percha en percha. Es cierto que se les proporciona alimento y ropa sin que se esfuercen o tengan que dar vueltas; pero a cambio entregan salud, libertad y virtud” (Wollstonecraft, 1994:183).

Argumentó que es la consecuente insatisfacción vital por la falta de posibilidades de desarrollo personal la que mina su salud, y no la biología y la naturaleza femeninas: “el descontento socava su salud y quiebra su espíritu” (Wollstonecraft, 1994:140).

³ Rosa Cobo sostiene que los sistemas de dominación, para perdurar, necesitan de dispositivos de legitimación, que hagan posible que la dominación quede fuera de la discusión pública y política. Esta legitimación debilita el pensamiento y la conciencia crítica. La naturalización de la inferioridad de las mujeres ha sido uno de esos dispositivos que el patriarcado ha utilizado permanentemente (Cobo, 2008:103).

Estableció que estas limitaciones, además, son la causa de la pérdida de su autoestima y de la confianza en sí mismas, de su debilitamiento físico, intelectual y emocional, un debilitamiento que, sostiene, es intencionado y necesario para someter a las mujeres, mostrando que los hombres que se han esforzado por “domesticar a las mujeres han tratado de debilitar sus cuerpos y entorpecer sus mentes” (Wollstonecraft, 1994:195).

Como consecuencia de sus análisis, se dirigió a las mujeres exhortándolas a que no se construyesen como seres débiles, dóciles y delicados, sino que se fortalecieran física e intelectualmente:

“Quiero persuadir a las mujeres para que traten de conseguir fortaleza, tanto de mente como de cuerpo, y convencerlas de que las frases suaves, el corazón impresionable, la delicadeza de sentimientos y el gusto refinado son casi sinónimos de epítetos de debilidad, y que aquellos seres que son solo objetos de piedad y de esa clase de amor que se ha calificado como su gemela, pronto se convertirán en objetos de desprecio” (Wollstonecraft, 1994:102).

En definitiva, que adquieran poder sobre ellas mismas, “no deseo que tengan poder sobre los hombres, sino sobre ellas mismas” (Wollstonecraft, 1994:193), con un concepto contemporáneo, que se empoderaran. Es esta una propuesta incorporada en la actualidad en las acciones para la promoción y el cuidado de la salud desde una perspectiva feminista.

Otras feministas ilustradas en España también abordaron en sus textos numerosas cuestiones relacionadas con la salud. Entre ellas, Josefa Amar y Borbón e Inés Joyés, que afirmaron la igualdad de los hombres y las mujeres ante la salud, un bien que consideraron de máxima importancia para todos los seres humanos, también para las mujeres, impugnando la idea de la inferioridad de las mujeres en la salud: “los hombres y las mujeres son iguales porque los dones más preciados de la especie, la inteligencia, el vigor corporal y la salud, no admiten distinciones entre unos y otros” (Amar y Borbón, 1790, citado en López-Cordón, 2014:71). También visibilizaron el papel que jugaban los profesionales de la medicina al servicio de los intereses masculinos e identificaron el poder normativo de los discursos médicos

· Sus obras han sido recogidas y estudiadas por Mónica Bolufer (Bolufer, 1998; 2008; 2011), María Victoria López-Cordón (López-Cordón, 2005) y Amalia Martín-Gamero (Martín-Gamero, 1975).

que imponían a las mujeres estrictas normas de conducta⁵, como expuso Inés Joyés en relación al amamantamiento:

“Algunos que escriben de crianza empiezan poniendo todo su conato en persuadir a las madres a que alimenten a sus hijos con su propia leche. Tienen razón, pero no es justo traten de malas madres a todas las que no lo hacen: muchas hay cuya constitución delicada no les permite tolerar los trabajos de tal empeño, y yo he conocido a quienes costó la vida. Lo peor es que algunos maridos que leen los tales tratados, el primero y a veces el único punto a que se aficionan es ese, teniendo valor de ver a sus pobres mujeres pasar postemas de pecho, inapetencias y otros males, sin querer que se remedien. Las infelices sienten todavía más la dureza y falta de compasión de sus maridos que el mismo mal que padecen, y cuanto más entendidas y de más finos sentimientos, más se afligen. Este es ciertamente un punto que se debería dejar a la prudencia y conciencia de la misma que lo ha de sufrir” (citado en Johnson y Zubiaurre, 2012:66-67).⁶

Las líneas discursivas sobre la salud de las mujeres, iniciadas en la Ilustración, tomarán fuerza durante el sufragismo. En el texto que se considera su acta fundacional, *La Declaración de Séneca Falls*, se establece una relación de causalidad entre la carencia de derechos, que limita la vida de las mujeres a la esfera doméstica, y su autoestima. En esta declaración se responsabiliza a los hombres de haber creado en las mujeres sentimientos de menosprecio y vejación y de haber destruido la confianza en sí mismas: “Él ha tratado por todos los medios posibles de destruir la confianza de las mujeres en sus propias capacidades, reduciendo su autoestima y conduciéndola a una vida dependiente y miserable” (Declaración de Seneca Falls, 1848, en Nash y Álvarez González, 2002:89).

Durante el sufragismo, se desarrolló una potente argumentación dirigida a impugnar y desactivar los discursos médicos y sociales en los que se apoyaba la exclusión de las mujeres del ámbito sanitario, tanto académico como profesional, con la clara intencionalidad de impedir su desarrollo intelectual y profesional y su incorporación a los estudios universitarios, especialmente a la medicina. A finales del siglo XIX, la pretensión de las mujeres de acceder a los estudios de medicina era fuertemente cuestionada, posiblemente porque era ésta una carrera que se estudiaba, no solamente con el afán de obtener mayores conocimientos y cultura, sino con el objetivo de ejercerla. En este caso, las mujeres elegían unos estudios superiores como preparación para un ejercicio profesional en el que no se había previsto la participación femenina. Y cuentan con una gran oposición masculina.

⁵ El poder normativo de los discursos médicos es una de las líneas discursivas que ha conducido a un potente campo de investigación en el marco de la epistemología feminista en las últimas décadas (Bolufer, 2007; Esteban, 2006; García Dauder y Pérez Sedeño, 2017; Sánchez, 2003; 2008).

⁶ La presión a las mujeres para la práctica de lactancia materna continúa siendo, en la actualidad, una cuestión de debate político y analizada como una herramienta del patriarcado (Gimeno, 2018).

En España participaron muy activamente en esta polémica Emilia Pardo Bazán, Concepción Arenal y Bertha Whilelmi, entre otras, desplegando inteligentes y provocadoras argumentaciones para defender el acceso de las mujeres a la medicina. Frente a uno de los argumentos que se esgrimía, la incompatibilidad entre el pudor y el decoro “propios de la mujer” y cierto género de estudios anatómicos y fisiológicos del hombre que implicaban exploraciones en regiones corporales determinadas, Emilia Pardo Bazán y Bertha Whilelmi replicaron recordando que la Hermandad de la Caridad conocían a la perfección las anatomías masculinas y estaban familiarizadas con ciertas clases y causas de enfermedad, pero no se planteaba que dejaran de cuidar, mostrando que era el acceso a los estudios universitarios lo que en realidad estaba en juego (Scanlon, 1986:72).

Las primeras mujeres que obtuvieron una licenciatura en España y que adquirieron el grado de doctoras, lo hicieron en la Facultad de Medicina, Dolores Aleu Riera⁷ y Martina Castells Ballespí. Defendieron sus tesis doctorales en 1882 y las dedicaron, precisamente, a desactivar los discursos médicos en contra del acceso de las mujeres a la educación. Consuelo Flecha resalta que en sus tesis argumentaron con un análisis de género, cuestionando el pensamiento médico del momento (Flecha, 2001:226). Afirma Flecha que “parece que en sus intervenciones estas universitarias se habían propuesto descentrar el debate en torno al supuesto destino biológico-psíquico-social admitido como fundamento del lugar subordinado de las mujeres en la sociedad” (Flecha, 2001:227).

En este periodo, también se impugnaron duramente los discursos médicos que atribuían el malestar y la enfermedad de las mujeres a su naturaleza biológica. Concepción Arenal, como ya lo hizo Wollstonecraft, sostuvo que la debilidad de las mujeres, en ningún caso, podía atribuirse a su biología. Las mujeres, afirmó, son debilitadas física, moral e intelectualmente por el tipo de vida y el trabajo que realizan, por la inactividad en las mujeres de la burguesía y por la sobrecarga de trabajo en las mujeres de clase baja, la insalubridad de sus lugares de trabajo, la carencia de recursos y la escasa valoración que reciben, aspectos todos ellos relacionados con el ámbito social:

7 La tesis doctoral de Dolores Aleu, “De la necesidad de encaminar por nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer”, está escrita a mano, consta de 88 páginas y está disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/2257?show=full>. (Consulta: 15/04/2019).

8 La tesis de Martina Castells, “Educación física, moral e intelectual que debe darse a la mujer para que esta contribuya en grado máximo a la perfección y la de la humanidad”, está recogida íntegramente por Consuelo Flecha (Flecha, 2001:239-250).

“Víctima de grandes injusticias y de grandes errores, sufre todavía los efectos de las causas que, calificándola de débil, la debilitan inhabilitándola para la plenitud de su vida física, moral e intelectual. Se notan y censuran sus condescendencias no razonables, sus contradicciones, la energía de la falta, sin notar la que necesita y la que se le quita. No es cierto que la mujer sea débil, pero sí que está debilitada por el exceso de trabajo o la ociosidad; por el tedio, por la inacción de sus facultades más elevadas; por la mala higiene; por la falta de recursos; por el poco aprecio en que se la tiene y por la escasa instrucción que se le da” (citado en Jagoe et alia, 1998:499).

Asimismo, Concepción Arenal, adelantándose a Betty Friedan, identificó el malestar de las mujeres, considerándolo, en el mismo sentido que lo hiciera Mary Wallstonecraft, una consecuencia de la imposibilidad de desarrollarse intelectualmente:

“Cuántas mujeres se hallan mal, o tal vez son desgraciadas sin que acierten a saber por qué, y miran como inevitable su malestar, atribuyendo a sus nervios, a su desdicha o a su culpa, lo que es consecuencia de la inacción de sus facultades más nobles” (Arenal, 2000:63).

Argumentó que la prohibición de acceder a la formación y al desempeño de una profesión lleva a las mujeres al tedio y éste produce un malestar que “es como ciertas enfermedades que revisten mil formas, pero cuyo origen es el mismo” (Arenal, 2000:63).

Esta idea será el centro del trabajo de Betty Friedan, *La mística de la feminidad*, primer texto feminista dedicado íntegramente a exponer un problema que no tenía nombre, el malestar de las mujeres, un concepto que será desarrollado e investigado ampliamente en el marco del feminismo radical. En esa obra, Friedan describió extensamente el malestar que sentían las mujeres dedicadas a ser esposas y madres (Friedan, 2009:35-74), un malestar que estaba oculto, silenciado y para el que tampoco existían marcos de análisis y comprensión desde los parámetros del conocimiento profesional y científico desarrollado hasta el momento. Lo relacionó con un modo de vida, la dedicación exclusiva al cuidado del marido, de las hijas e hijos y del hogar, y con la rutina e insatisfacción vital que suponen el trabajo doméstico y el trabajo de los cuidados: “la lógica de la mística de la feminidad redefinió la mismísima naturaleza del malestar de la mujer... el malestar que no tiene nombre, un vago e indefinido deseo de ‘algo más’ que fregar platos, planchar, castigar y alabar a los niños” (Friedan, 2009:99).

Amelia Valcárcel señala que éste era el malestar por el talento prohibido de las mujeres (Valcárcel, 2009:15), un malestar que llenaba los hospitales de enfermas

con un síndrome antes no conocido (Valcárcel, 2009:11). La mística de la feminidad “es una horma moral... es algo inauténtico que, si se intenta llevar a cabo, produce consecuencias cada vez más graves. Comienza por un difuso malestar y termina por producir enfermedades verdaderas” (Valcárcel, 2009:11-12).

En *La mística de la Feminidad* se pone de manifiesto el poder de las ideas y la creación de imaginarios para conformar el comportamiento de las mujeres y conseguir su confinamiento en la vida doméstica, que ya no se producirá por prohibiciones legales y coercitivas, sino que el patriarcado actuará, como señaló Kate Millett, con tácticas psicopolíticas (Millett, 2010:146) y mediante la colonización interior (Millett, 2010:70). Así es como operó la mística de la feminidad.

También en la obra de Simone de Beauvoir (Beauvoir, 1960; 1983; 2015) encontramos numerosas alusiones a la relación entre la salud y la enfermedad de las mujeres con las concepciones culturales del cuerpo y la biología femenina, con las condiciones específicas de trabajo y la doble jornada, con la carencia de derechos sexuales y reproductivos, la maternidad, la menopausia y la vejez, con el ejercicio de la prostitución. Beauvoir atribuyó el malestar y la pérdida de salud de las mujeres a la interacción de múltiples aspectos que actúan conjuntamente: la sobrecarga de trabajo, la falta de valoración social y los conflictos y tensiones internas que producen en las mujeres, factores todos ellos de índole psicosocial, que resumió de este modo:

“A causa de la tensión moral de que he hablado, a causa de todas las tareas que asumen, de las contradicciones en que se debaten, las mujeres están sin cesar hostigadas, al límite de sus fuerzas; esto no quiere decir que sus males sean imaginarios: son reales y devoradores como la situación que expresan. Pero la situación no depende del cuerpo, sino a la inversa” (Beauvoir, 2015:868).

En el feminismo radical, la salud es uno de los aspectos centrales en los discursos y vindicaciones feministas. Al igual que otras muchas cuestiones que hasta el momento eran consideradas del ámbito privado, la salud de las mujeres adquiere una fuerte dimensión política.

En esta tercera ola feminista, el patriarcado se conceptualiza como un sistema estructural y global de dominación de los hombres sobre las mujeres que configura todos los ámbitos de la vida, público, privado y doméstico. La teoría feminista

desvela el entramado institucional y las estructuras materiales y simbólicas que mantienen y reproducen la situación de subordinación de las mujeres (Cobo, 2014), acuñando numerosos conceptos que identifican los mecanismos y dispositivos de dominación y sus efectos en las mujeres, entre los que se señalan los profundos daños que causan en su salud: las múltiples formas de violencia patriarcal, la sobrecarga física y emocional como consecuencia de la doble carga de trabajo productivo y reproductivo, con especial hincapié en el impacto del trabajo de cuidados a personas enfermas y dependientes, la carencia de poder, la feminización de la pobreza, las limitaciones para decidir sobre sus cuerpos, su sexualidad y su capacidad reproductiva, las restricciones impuestas a sus proyectos vitales, las dificultades para su participación social y política, la desigualdad en todas sus formas, se muestran como determinantes en la salud de las mujeres.

El feminismo, en esta etapa, dirige su foco de atención a la salud sexual y reproductiva, considerándola un aspecto clave en la autodeterminación y el empoderamiento de las mujeres. Desarrolla un nuevo conocimiento sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, métodos anticonceptivos y de interrupción del embarazo que no conlleven la dependencia del sistema sanitario y no dañen su salud, a la vez que impugna los argumentos médicos que se oponían al derecho al aborto y al acceso a la anticoncepción, denunciando el poder que el patriarcado ejerce mediante el sistema y las políticas sanitarias para el control de las mujeres⁹. En ese sentido, se realizó un profundo cuestionamiento de las categorías diagnósticas de la medicina, la ginecología, la psiquiatría y la psicología, ya que enmascaran el origen político del sufrimiento de las mujeres y continúan atribuyéndolo a su naturaleza, a factores y características individuales o a conflictos intrapsíquicos. Al poner el foco de su mirada en los aspectos estructurales que inciden en la salud procedentes de un sistema de dominación, el patriarcado, subrayando la centralidad de los factores políticos como causas del debilitamiento, el malestar y la enfermedad de las mujeres, el concepto de salud feminista es biopsicosociopolítico. Como consecuencia, plantea la necesidad de que los sistemas de salud y las ciencias sanitarias acompañen y promuevan transformaciones sociales y culturales paralelamente a las personales. Des-sanitarizar la salud y la vida de las mujeres y politizar su malestar también conlleva proponer la utilización de otros recursos, además de los sanitarios, en los que las

⁹ Se pueden encontrar perspectivas globales sobre las investigaciones realizadas en las publicaciones de Sara Velasco (Velasco, 2009), Carmen Valls (Valls, 2006; 2009) y Belén Nogueiras (Nogueiras, 2018).

¹⁰ El emblemático libro del Colectivo de Mujeres de Boston, *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas* (Colectivo de Mujeres de Boston, 1981), es un claro exponente del conocimiento desarrollado en esos años.

dimensiones sociopolíticas de su malestar puedan ser escuchadas, entendidas y atendidas, y en los que puedan adquirir herramientas de poder sobre sus cuerpos y sus vidas. En ese sentido, los centros municipales de atención a las mujeres en las Concejalías de Igualdad, cuando sus programas y actividades son diseñados desde un marco feminista, y las organizaciones de mujeres especializadas en este ámbito están ofreciendo espacios de reflexión que promueven, cuidan y recuperan su salud.

Hasta mediados de los años ochenta, fue el movimiento feminista el que protagonizó los discursos sobre la salud. A partir de la década de los noventa, será en el ámbito académico y profesional y en las organizaciones de mujeres especializadas en este campo. Con la incorporación de las mujeres a las universidades, especialmente a los Institutos de Estudios Feministas, así como al ejercicio profesional en el ámbito sanitario, se realizan numerosos estudios e investigaciones que ponen de manifiesto que las diferencias biológicas entre mujeres y hombres no son suficientes para explicar las diferencias de morbilidad y mortalidad reconocidas por el sistema sanitario o la diferente utilización de los servicios sanitarios por unas y otros¹¹. Los aspectos reproductivos no representan el único riesgo para la salud de las mujeres. Las mujeres tienen necesidades de salud más allá de su condición de madres y reproductoras. En la salud se refleja con rotundidad la desigualdad entre mujeres y hombres.

Desde el paradigma feminista se interpela a la ciencia, y de un modo especial a las ciencias de la salud¹², considerada un saber objetivo, neutral y universal, un discurso de la verdad, mostrando sus graves sesgos científicos y clínicos, *Las mentiras científicas sobre las mujeres* (García-Dauder y Pérez Sedeño, 2017) y su visión naturalizadora y determinista sobre su salud (Esteban, 2006). La desarticulación de estos discursos “científicos” ha puesto de manifiesto su carácter androcéntrico, sexista y misógino, su contribución a la subordinación y discriminación de las

¹¹ Los varones, como en todos los ámbitos de la vida, debido a su posición privilegiada, obtienen beneficios en el acceso a los recursos sanitarios y a la atención sanitaria. Por el contrario, las mujeres sufren retrasos en los diagnósticos, se les realizan menos pruebas diagnósticas y menos trasplantes, ya que se investigan en mucha menor medida las causas de sus malestares y enfermedades. Este hecho ha estado enmascarado e invisibilizado hasta que las investigaciones feministas lo han puesto de manifiesto. Es emblemática la investigación en las enfermedades cardiovasculares y el riesgo de infarto (Valls, 2009).

¹² La interpelación feminista a los discursos científico-sanitarios y las prácticas profesionales patriarcales es una constante en la historia del feminismo. Existen documentos que muestran que este desafío se produjo ya por las sanadoras: “quisiera suplicar a los cirujanos que asisten a mujeres en su parto que saquen la placenta con paciencia, como las matronas, o que dejen que la matrona la saque, por el desgarramiento que he visto en las placentas que algunos cirujanos extraen” (citado en Ortiz y Sánchez, 1995:253). Las matronas también consideraban el fórceps como una intrusión violenta en el proceso del parto. Era frecuente que la criatura quedara destrozada dentro del útero o que éste se desgarrase, produciendo la muerte de la madre y la criatura. Como señaló Margaret Alic, “‘estos carniceros’, como a veces se llamaba a los parteros varones, se convirtieron en blanco especial de los ataques de las feministas de los siglos XVII y XVIII” (Alic, 1991:128).

mujeres, a la naturalización de la desigualdad, a la devaluación de sus capacidades para el pensamiento y el desarrollo profesional en todos los ámbitos, incluido el científico.

Las ciencias de la salud, además, se han identificado como potentísimas fuentes de legitimación del patriarcado. El hecho de su reconocimiento como discurso de la verdad, como saber objetivo, neutral y universal, dificulta que las y los profesionales sometan a crítica los postulados científicos y sus consecuentes aplicaciones clínicas, incorporando en sus prácticas sanitarias la conceptualización patriarcal de la salud de las mujeres que subyace en las ciencias y las políticas sanitarias, la labilidad e inferioridad de la salud de las mujeres, tanto física como emocional. De este análisis, se ha derivado una de las acciones de la política feminista en salud, la necesidad de formación de las y los profesionales en la perspectiva feminista de la salud, una perspectiva que todavía no se ha incorporado en la formación académica si no es como materia optativa, a pesar de décadas de trabajo en esta dirección.

El sistema sanitario se desvela como un ámbito imprescindible para el control de la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres, sin el que el patriarcado no sería eficaz y no podría alcanzar sus objetivos, y como una de las principales instituciones reproductoras de las relaciones de desigualdad, que ha contribuido en una grandísima medida a la construcción de la diferencia femenina, sobredimensionando la esfera reproductiva, a naturalizar la desigualdad y a legitimar la subordinación de las mujeres, sustentándola en su biología. Las políticas sanitarias, por tanto, constituyen una herramienta indispensable del patriarcado.

2. LA DESARTICULACIÓN DE LA POLÍTICA SANITARIA DEL PATRIARCADO

El ámbito de la salud es un aspecto clave para la emancipación de las mujeres y, por tanto, un ámbito indispensable para su dominio y subordinación. Las políticas patriarcales para el control del cuerpo y la vida de las mujeres necesitan de la intervención desde el sistema sanitario. Las investigaciones feministas han desvelado los intereses del patriarcado en su apropiación, tanto en su dimensión

científica como en sus aplicaciones clínicas, para lo que ha desplegado una extrema violencia y desarrollado una intensa política sanitaria en contra de las mujeres.

Uno de los mayores exponentes de esta violencia contra las mujeres en el ámbito sanitario tuvo lugar en la Edad Media, cuando fueron expulsadas del desempeño profesional como sanadoras. La historiografía feminista documentó las múltiples formas de violencia masculina contra las sanadoras. Y también sus formas de resistencia y vindicación (Cabré y Ortiz, 2001; Ortiz, 2006).

Las mujeres desarrollaron un trabajo sanitario a lo largo de la historia y tuvieron un status reconocido en el ámbito público y social como sanadoras. En el arte de partear tuvieron exclusiva competencia durante siglos. Sanar había sido tradicionalmente prerrogativa de las mujeres. También contribuyeron al conocimiento en el ámbito de la salud, descubriendo y aportando a la cultura formas de tratar las enfermedades y mantener la salud en diferentes momentos de la vida. En la Edad Media, mediante la institucionalización de los sistemas médico y universitario, los hombres excluyeron a las mujeres del acceso a la universidad y las expulsaron del desempeño sanitario. Se apropiaron de este campo profesional con el objetivo de monopolizar un ámbito que les proporcionaría en exclusiva poder social y económico, prestigio y reconocimiento. Ninguna otra actividad que hoy consideramos profesional y que desarrollaron las mujeres, provocó tal reacción masculina para su apropiación y control. Las sanadoras suponían una fuerte competencia y una amenaza de tipo económico para los médicos y otros profesionales sanitarios. Los hombres, valiéndose de un verdadero pacto patriarcal entre varones (Amorós, 1990), no solo les impidieron el acceso a la formación académica y el ejercicio profesional. Desde el poder institucional que se otorgaron, impusieron normativas reguladoras sobre las prácticas sanitarias de las mujeres, les prohibieron administrar medicinas, realizar tratamientos quirúrgicos o el uso de instrumentos, que pasaron a definirse como tecnologías masculinas. Además, se apropiaron y usurparon los saberes de las mujeres; silenciaron e invisibilizaron sus aportaciones al conocimiento en salud; descalificaron sus discursos y prácticas sanadoras; subordinaron las actividades sanadoras de las mujeres a las profesiones sanitarias de las que ellos se habían apropiado, iniciándose, en este momento, la tradicional división sexista del trabajo sanitario; estigmatizaron a las mujeres que desarrollaban actividades sanitarias y las discriminaron. Las que continuaron ejerciendo a pesar de las prohibiciones fueron denunciadas ante los tribunales, juzgadas y condenadas al pago de multas o al destierro. La violencia y persecución

que los hombres, desde las instituciones académicas, médicas y eclesiásticas, ejercieron contra ellas fue de una extrema virulencia, hasta tal punto que culminaron en la tortura y el asesinato de miles de mujeres por la inquisición, con el apoyo de las instituciones académicas, especialmente la de medicina (Ehrenreich y English, 1988; Federici, 2010). La represión y el exterminio de las sanadoras bajo el avance de la medicina institucional fue una lucha política y una toma de poder activa por parte de los hombres (Ehrenreich y English, 1988:8). Como consecuencia, se produjo la creación de la profesión médica masculina.

Desde esa posición de poder, profesional y académica, que los hombres se otorgaron, articularon los discursos y prácticas sanitarias sobre las mujeres sin las mujeres, sin tener en cuenta su conocimiento, experiencia y sus necesidades en salud. Una vez excluidas las mujeres del poder de los discursos científico-sanitarios, los hombres se sirvieron de esos discursos y sus aplicaciones clínicas para naturalizar la desigualdad y legitimar la ideología dominante que sustenta la subordinación de las mujeres en su biología, para controlar su sexualidad y su capacidad reproductiva e imponer una normatividad basada en la mística de la feminidad y el ideal maternal, que garantizase su dedicación al cuidado de la familia y al ámbito doméstico, construyendo, de este modo, una auténtica y potente política sanitaria patriarcal.

Las políticas sanitarias del patriarcado para el control y sometimiento de las mujeres se han desplegado y aplicado a través de los discursos científico-sanitarios, de las prácticas clínicas, de los diagnósticos y tratamientos, de la sanitización y medicalización normalizada y sistemática, aspectos identificados por el feminismo como armas políticas para el control de las mujeres y para el mantenimiento del sistema sexo-género.

Desde el poder normativo de los discursos médicos se han impuesto a las mujeres estrictas normas de conducta, que funcionan como políticas disciplinadoras en cuestiones como la lactancia materna, el ejercicio de la maternidad, el cuidado de las criaturas y la sexualidad. Para ello, también han utilizado otro potente dispositivo, la creación de subjetividades, que ejemplifica Rosa María Medina en la “subjetividad de la menopáusica como mujer enferma, que sitúa a las mujeres en una etapa vital negativa y débil y por tanto, a proteger por la huestes médicas” (Medina, 1999:123). La clase médica ha tratado a las mujeres como seres

enfermizos, que debían mantener, en tanto que pacientes, al igual que en otros ámbitos de la vida, una actitud de pasividad, obediencia y dependencia.

Las prescripciones médicas para la recuperación de la salud de las mujeres, que han ido tomando diversas formas en la historia, son un claro exponente de su carácter patriarcal. Mediante el uso de categorías diagnósticas y sus correspondientes tratamientos se estigmatizó y privó de libertad a aquellas mujeres que no se atenían a los mandatos y roles de género patriarcales y a la sexualidad normativa, tratando de frenar su autonomía y sus deseos de desarrollo en el ámbito público: el aislamiento doméstico y el reposo, alejándolas de actividades intelectuales y sociales³, como ha dejado constancia Charlotte Perkins en su obra *El papel de pared amarillo* (Perkins, 2002); la cirugía e intervenciones en los órganos sexuales y reproductivos, a los que se atribuían toda enfermedad, ya fuera física o emocional, por lo que se extirparon miles de ovarios y se realizaron multitud de clitoridectomías (Ehrenreich y English, 1988: 56-58); el internamiento en instituciones psiquiátricas contra su voluntad y la aplicación de terapias con electroshock y otras prácticas opresivas, violentas y normalizadoras (Cabruja, 2007; Rich, 2001:71), de las que dan cuenta, entre otras, Victoria Sau en su libro *Mujeres Lesbianas* (Sau, 1979) y Kate Millett en *Viaje al manicomio* (Millett, 2019).

Se identifican las nuevas formas mediante las que el sistema sanitario renaturaliza a las mujeres, sanitizando sus vidas y reproduciendo las relaciones de género patriarcales (Blázquez, 2010; Esteban, 2001)⁴. La medicalización sistemática y normalizada de las mujeres, la prescripción de tranquilizantes o antidepresivos para sostenerse en sus vidas cotidianas y sobrellevar sus problemas psicosociales, pone de manifiesto la banalización y trivialización de las mujeres y de nuestra salud. Constituye, además, una gravísima violencia sanitaria. El sobreesfuerzo de las mujeres, su sobrecarga física y emocional, está tan naturalizado como invisible, y se observa desde el sistema sanitario como algo insignificante e intrascendente. El malestar de las mujeres y el estrés psicosocial continúan tratándose como problemáticas banales (Bayo-Borrás, 2017), a pesar de los esfuerzos realizados para

³ Por el contrario, frente a las prescripciones masculinas de pasividad y descanso, las primeras mujeres que ejercieron la medicina a finales del siglo XIX y comienzos del XX, prescribían actividad física e intelectual. Consideraban su profesión como una herramienta de emancipación para las mujeres, y les facilitaban información sobre sus cuerpos y conocimientos para el control de su sexualidad y su capacidad reproductiva. Como ocurrió en el feminismo radical, crearon clínicas para mujeres, escuelas de formación y se constituyeron en un intenso movimiento asociativo (Iglesias, 2003). Podemos considerar que es una tradición en la historia feminista en el campo de la salud que las profesionales deberían conocer y reconocer como parte de nuestra genealogía feminista en este ámbito.

⁴ En la revista *MYS*, que se edita por la red de mujeres profesionales de la salud desde 1996, se puede encontrar el desarrollo del pensamiento crítico sobre la atención sanitaria a las mujeres. Disponible en: <https://matriz.net/>.

incorporar el paradigma feminista en las instituciones sanitarias, tanto desde las instituciones de igualdad, como por profesionales sociosanitarias (Nogueiras, 2018:337-386). Aunque ha transcurrido más de medio siglo desde que Betty Friedan dejó constancia por primera vez de la prescripción de psicofármacos a las mujeres como un recurso para sobrellevar su malestar¹⁵, y treinta años de la publicación *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada* (Burin et al, 1991), se han producido escasos, o nulos cambios y el silencio y la incompreensión del malestar de las mujeres continúan presentes en el sistema sanitario. Diversos estudios e investigaciones (Gil y Ortiz, 2008; Romo y Gil, 2008; Velasco, 2006, 2008, 2009), han puesto de manifiesto la prescripción de analgésicos, tranquilizantes, sedantes, hipnóticos y antidepresivos para soportar, por ejemplo, las largas jornadas de trabajo de pie y el dolor producido por las consecuentes alteraciones músculo-esqueléticas en las camareras de piso de los hoteles, o por posturas mantenidas durante horas en otros trabajos mecánicos que realizan las mujeres en fábricas, jornadas a las que además se añade el trabajo doméstico:

“estas mujeres se tomaban dos fármacos analgésicos para poder realizar un trabajo que empezaba muy pronto por la mañana, después de dejar las tareas domésticas realizadas, y así poder aguantar toda la jornada en el trabajo de ensamblaje de relojes. Estos dos fármacos analgésicos, además, disminuían la fatiga y mejoraban la concentración; eran, pues, esenciales para mantener la armonía industrial y doméstica” (Menéndez, 2006:12).

La sobremedicalización de las mujeres en la vejez y la prescripción de psicofármacos contra la tristeza derivada de la soledad, que solo puede combatirse con tejido asociativo y programas sociales de acompañamiento (Pérez Oliva, 2019)¹⁶, también fue documentada (Freixas, 2013; Ramos, 2006).

Mediante la sistemática sanitización, patologización y medicalización de sus procesos vitales y su malestar, las mujeres permanecen sometidas a la vigilancia del sistema sanitario: “La fisiología femenina se convierte en casi patológica o sospechosa de llegar a serlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Deberá hacerse continuas revisiones pues es un organismo al que hay que vigilar y controlar” (Pérez Sedeño, 2001: 481). Bajo la continua presunción de un permanente riesgo de disfunción, se diseñan programas y se crean unidades de atención a las mujeres que sanitizan sus cuerpos y sus vidas. En este sentido, Mary Luz Esteban

¹⁵ “Muchas amas de casa de los barrios residenciales ingerían tranquilizantes como quien toma caramelos para la tos” (Friedan, 2009:67).

¹⁶ Disponible en: https://elpais.com/elpais/2019/03/25/opinion/1553541998_616351.html.

destacó que la menopausia, construida como una entidad clínica nueva en las últimas décadas, está suponiendo la regulación de la vida de las mujeres, la medicalización llevada al extremo, ya que en torno a los tratamientos de la menopausia muchas mujeres se ven sometidas a múltiples pruebas, algunas de ellas cruentas y dolorosas, que se repiten con frecuencia y durante muchos años. Además, acudir muy a menudo a los servicios sanitarios convierte a las mujeres en seres más vulnerables a las opiniones e intervenciones de los médicos sobre sus vidas (Esteban, 2000:82). Añade que, paralelamente, se está produciendo otro fenómeno relativamente nuevo, la invención de la edad media de la vida de las mujeres como un momento crítico, de riesgo y vulnerabilidad para todas. La epidemióloga Carmen Mosquera sostiene que la terapia hormonal sustitutiva es el paradigma de la medicalización de la población sana desde el sistema sanitario, que causó miles y miles de casos de cáncer de pecho, infarto y tromboembolismo en mujeres sanas. Se produjo una clara epidemia que no fue ni estudiada ni documentada por el Ministerio de Sanidad, una epidemia silenciada e ignorada. Y también provocada. No se disponía de la adecuada investigación y, aun así, la terapia hormonal sustitutiva se recetó masivamente a las mujeres. No se les informó de sus efectos, o se les dio una información sesgada (Mosquera, 2017). Este hecho es otro claro ejemplo de la banalización y trivialización de las mujeres y de nuestra salud.

En la actualidad, el feminismo desvela la alianza del patriarcado con el capitalismo neoliberal, la industria farmacéutica y estética y los intereses económicos médicos, que se sirven de la política sanitaria del patriarcado para categorizar los malestares derivados de la subordinación y la desigualdad como enfermedades que pueden tratarse con fármacos; para medicalizar, sanitarizar y farmacologizar procesos y ciclos vitales como el embarazo, el parto y el postparto, la menopausia y la edad media de la vida, en un verdadero encarnizamiento médico con las mujeres (Gervás y Pérez-Fernández, 2016); para extraer ingentes beneficios induciendo a cirugías estéticas con discursos médicos para su justificación, que son claros exponentes de las representaciones patriarcales de la feminidad y los valores subyacentes, como la promesa de aumentar la autoestima con el aumento del pecho, considerándolo un símbolo de la feminidad y la sexualidad (Pérez Sedeño, 2012a; 2012b; 2014; Tubert, 2011b); mediante las técnicas de reproducción asistida, aprovechándose de los imaginarios patriarcales y los deseos creados en las mujeres (Tubert, 2011a; 2012); sirviéndose de la institución de la heterosexualidad

normativa y coitocentrada, para desarrollar y recetar anticonceptivos químicos dirigidos exclusivamente a las mujeres o la pretendida creación de la viagra femenina para aumentar el disminuido deseo sexual de las mujeres (González García, 2015); mediante la vacunación masiva de las adolescentes contra el virus del papiloma humano, a pesar de las investigaciones que plantean la necesidad de una moratoria, teniendo en cuenta sus efectos nocivos y su dudosa eficacia. Podemos hablar de una auténtica política sanitaria del patriarcado contra las mujeres. Desenmascararla, denunciarla y desactivarla sigue siendo uno de los objetivos del activismo feminista en salud y de las investigaciones en este campo.

3. REFLEXIONES FINALES

Las tesis patriarcales sobre la debilidad innata de las mujeres, su frágil salud y su consecuente proclividad “natural” al desarrollo de problemas físicos y emocionales, han quedado impresas en el imaginario colectivo, después de atravesar siglos de historia, permaneciendo agazapadas y ocultas en las ciencias y prácticas profesionales sanitarias bajo el manto de la objetividad y neutralidad. Este imaginario se pondrá en juego en las actuaciones sanitarias, en el diseño de las políticas públicas de salud, en los discursos científicos y clínicos, con la aquiescencia implícita de las y los profesionales, si no realizan un análisis crítico de su conocimiento y práctica profesional desde una perspectiva feminista, si no hacen consciente el marco teórico desde el que se analizan, identifican y se da respuesta a las necesidades y demandas sanitarias de las mujeres, si no se preguntan en qué medida sus actuaciones sanitarias contribuyen, y de qué manera, al empoderamiento y la autonomía de las mujeres, o, por el contrario, a qué otros intereses responden.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Aleu, Dolores (1882). *De la necesidad de encaminar por nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer*. Tesis doctoral. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/2257?show=full>.
- Alic, Margaret (1991). *El legado de Hipatia. Historia de las mujeres en la ciencia desde la Antigüedad hasta fines del siglo XIX*. México: Siglo veintiuno.
- Amar y Borbón, Josefa (1790). *Discurso sobre la educación física y moral de las mujeres*. Madrid: Imprenta de D. Benito Cano.
- Amorós, Celia (1990). Violencia contra las mujeres y pactos patriarcales. En Maquieira, Virginia y C. Sánchez (comp.), *Violencia y sociedad patriarcal* (pp.39-53). Madrid: Pablo Iglesias.

- Amorós, Celia y Cobo, Rosa (2007). Feminismo e Ilustración. En Amorós, Celia y de Miguel, Ana, *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización* (pp. 91-144). Madrid: Minerva Ediciones.
- Arenal, Concepción (2000). *La mujer del porvenir*. Vigo: Ir Indo.
- Bayo-Borrás, Regina (2017). De la pluri a la inter-disciplinariedad. *MYS*, 43, 37-39. Disponible en: <https://matriz.net/mys43/img/Mujeres-y-Salud-43.pdf#page=37>.
- Beauvoir, Simone (1960). Prólogo. En Lagroua Weill-Hallé, Marie-Andrée, *La Grande Peur d'Aimer. Journal d'une femme médecin* (pp. 7-13). París: Julliard.
- Beauvoir, Simone (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- Beauvoir, Simone (2015). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Blázquez Rodríguez, Maribel (2010). Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista. En Esteban, Mary Luz, Comelles, Josep M. y Díez Mintegui, Carmen (eds.), *Antropología, género, salud y atención*, (pp. 209-231). Barcelona: Bellaterra.
- Bolufer, Mónica (1998). *Mujeres e Ilustración. La construcción de la feminidad en la España del siglo XVIII*. Valencia: Diputació de Valencia, Institució Alfons el Magnànim.
- Bolufer, Mónica (2007). Género, historia e historia de la medicina: diálogos historiográficos. En Campos, Ricardo; Montiel, Luis y Huertas, Rafael (coords.), *Medicina, ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI)* (pp. 635-645). Madrid: CSIC.
- Bolufer, Mónica (2008). *La vida y la escritura en el siglo XVIII. Inés Joyes. Apología de las Mujeres*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Bolufer, Mónica (2011). Inés Joyes, autora de "La Apología de las mujeres: en defensa de las mujeres en la Andalucía de la Ilustración". *Andalucía en la Historia*, 32, 80-83.
- Burin, Mabel; Moncaraz, Esther y Velázquez, Susana (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Barcelona: Paidós.
- Cabré, Monserrat y Ortiz, Teresa (eds.) (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.
- Cabruja, Teresa (2007). Violencias de la psicología a las mujeres: psicologización, psicopatologización y silenciamiento. En Biglia, Bárbara y San Martín, Conchi, *Estado de Wonderbra. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género* (pp. 155-170). Barcelona: Virus editorial.
- Cobo, Rosa (2008). Patriarcado y feminismo: del dominio a la rebelión. *Revista Anual del pensamiento*, 6, 99-113.
- Cobo, Rosa (2014). *Aproximaciones a la teoría crítica feminista*. Lima, Perú: Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de las Mujeres-CLADEM.
- Colectivo de Mujeres de Boston (1981). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Un libro por y para las mujeres*. Nueva York: The Boston Women's Health Book Collective.
- Ehrenreich, Bárbara y English, Deirdre (1988). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las Sanadoras. Dolencias y trastornos. Política Sexual de la enfermedad*. Madrid: Horas y Horas.
- Esteban, Mary Luz (2000). El análisis y la intervención en relación a la salud. En Arranz, Fátima, *Las políticas públicas en favor de las mujeres* (pp. 67-96). Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas.
- Esteban, Mary Luz (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Tercera Prensa-Hirugarren Prentsa S.L.

- Esteban, Mary Luz (2006). El estudio de la Salud y el Género: las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, 2, 1, 9-20.
- Federici, Silvia (2010). *Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Flecha, Consuelo (2001). La Educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina de la Universidad Española, año 1882. En Cabré, Monserrat y Ortiz, Teresa (eds), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII-XX* (pp. 217-238). Barcelona: Icaria.
- Freixas, Anna (2013). *Tan frescas. Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Friedan, Betty (2009). *La mística de la Feminidad*. Madrid: Cátedra.
- García Dauder, S. y Pérez Sedeño, Eulalia (2017). *Las 'mentiras' científicas sobre las mujeres*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- García Puig, Mar (2019). Prólogo Mujeres y Locura. En Millett, Kate, *Viaje al manicomio* (pp. 13-20). Barcelona: Seix Barral.
- Gérvas, Juan y Pérez-Fernández, Mercedes (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres. 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas*. Barcelona: Los libros del lince.
- Gil García, Eugenia y Ortiz Gómez, Teresa (2008) La medicalización del malestar: el caso de la anorexia. En Ortiz Gómez, Teresa; Olagüe de Ros, Guillermo; Rodríguez Ocaña, Esteban; Menéndez Navarro, Alfredo; Gil García, Eugenia; Luna Maldonado, Marco; Sevilla Olmedo, Maite y Gómez Núñez, Antonio, *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, (136-166). Granada: Universidad de Granada.
- Gimeno, Beatriz (2018). *La lactancia materna. Política e identidad*. Madrid: Cátedra.
- González García, Marta I. (2015). *La medicalización del sexo. El viagra femenino*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Iglesias Aparicio, Pilar (2003). *Mujer y Salud: Las Escuelas de Medicina de Mujeres de Londres y Edimburgo*. Tesis Doctoral. Málaga: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Málaga.
- Jago, Catherine; Blanco, Alda y Enríquez de Salamanca, Cristina (1998). *La mujer en los discursos de género. Textos y contextos en el siglo XIX*. Barcelona: Icaria.
- Johnson, Roberta y Zubiaurre, Maite (eds.) (2012). *Antología del pensamiento feminista español (1726-2011)*. Valencia: Cátedra.
- López-Cordón Cortezo, M^a Victoria (2005). *Condición femenina y razón ilustrada. Josefa Amar y Borbón*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- López-Cordón Cortezo, M^a Victoria (2014). Josefa Amar y Borbón (1749-1833): Los debates ilustrados sobre las mujeres. En Cenarro, Angela y Illion, Régine (eds.), *Feminismos. Contribuciones desde la historia*, (pp. 51-80). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Martín-Gamero, Amalia (1975). *Antología del feminismo. Introducción y comentarios*. Madrid: Alianza Editorial.
- Medina, Rosa María (1999). Ideas para perder la inocencia sobre los textos de ciencia. En Barral, María José; Magallón, Carmen; Miqueo, Consuelo y Sánchez, Dolores, *Interacciones ciencia y género* (pp. 103-127). Barcelona: Icaria.
- Menéndez Fuster, María (2006). La salud de las mujeres en el entorno laboral. *MYS*, 17, 12-14.
- Millett, Kate (2010). *Política Sexual*. Madrid: Cátedra.
- Millett, Kate (2019). *Viaje al manicomio*. Barcelona: Seix Barral.
- Mosquera, Carmen (2017). Terapia hormonal para la menopausia: la historia de una epidemia provocada. *MYS*, 43, 16-19.

- Nash, Mary y Álvarez González, Ana Isabel (2002). *Seneca Falls. Un siglo y medio del Movimiento Internacional de Mujeres y la lucha por el sufragio femenino en España*. Oviedo: Instituto Asturiano de la Mujer.
- Nogueiras García, Belén (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: Discursos y prácticas (España, 1975-2013)*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/49892/1/T40529.pdf>.
- Ortiz, Teresa (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.
- Ortiz Gómez, Teresa y Sánchez, Dolores (1995). La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. En Ballarín, Pilar y Martínez, Cándida (eds.), *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas* (pp. 249-255). Granada: Universidad de Granada.
- Pérez Oliva, Milagros (2019). Psicofármacos contra la soledad. *Diario El País*, 26 de marzo. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2019/03/25/opinion/1553541998_616351.html.
- Pérez Sedeño, Eulalia (2001). La función de las oposiciones binarias en biología y medicina. En Pérez Sedeño, Eulalia y Alcalá Cortijo, Paloma (coords), *Ciencia y Género* (pp. 473-484). Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense.
- Pérez Sedeño, Eulalia (2012a). ¡Una talla 100, por favor!. En Pérez Sedeño, Eulalia; Toscano, Juan Carlos; Flecha, Consuelo; Guil, Ana; Macías, Oscar y Pinero, M^a Encarnación, *Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género*, Sevilla: Disponible en: <http://www.oei.es/congresoctg/memoria/>.
- Pérez Sedeño, Eulalia (2012b). Ciencias y tecnologías del cuerpo: la práctica de la tecnología de los implantes mamarios. En Pérez Sedeño, Eulalia e Ibáñez Martín, Rebeca (eds.), *Cuerpos y diferencias* (pp. 131-152). Madrid: Plaza y Valdés.
- Pérez Sedeño, Eulalia (2014). Feminismo, ética y cirugía estética. En Pérez Sedeño, Eulalia y Ortega Arjonilla, Esther (eds.), *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*, (pp. 91-132). Madrid: Cátedra.
- Perkins, Charlotte (2002). *El papel de pared amarillo*. Méjico: Siglo Veintiuno.
- Posada Kubissa, Luisa (1998). *Sexo y Esencia. De esencialismos encubiertos y esencialismos heredados: desde un feminismo nominalista*. Madrid, Horas y Horas.
- Ramos, Mónica (2006). Mujeres mayores: nuevos derechos para nuevas realidades. En Maquieira, Virginia (ed.), *Mujeres, globalización y derechos humanos*, (191-244). Madrid, Cátedra.
- Rich, Adrienne (2001). *Sangre, pan y poesía. Prosa escogida 1969-1985*. Barcelona: Icaria.
- Romo, Nuria y Gil-García, Eugenia (2008). Los discursos de las mujeres en relación al consumo de psicofármacos: estrategias y causas de la medicalización. En Ortiz Gómez, Teresa; Olagüe de Ros, Guillermo; Rodríguez Ocaña, Esteban; Menéndez Navarro, Alfredo; Gil García, Eugenia; Luna Maldonado, Marco; Sevilla Olmedo, Maite y Gómez Núñez, Antonio, *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, (pp. 121-125). Granada: Universidad de Granada.
- Scanlon, Geraldine (1986). *La polémica feminista en la España contemporánea, 1868-1974*. Madrid: Akal.
- Sánchez, Dolores (2003). *El discurso médico de finales del siglo XIX en España y la construcción del género. Análisis de la construcción discursiva de la categoría la mujer*. Granada: Universidad de Granada.

- Sánchez, Dolores (2008). El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LX, 1, 63-82.
- Sau, Victoria (1979). *Mujeres Lesbianas*. Barcelona: Icaria.
- Tubert, Silvia (2011a): El deseo de hijo como pasión. *MYS*, 30, 27-30.
- Tubert, Silvia (2011b). La tiranía de la belleza. Cirugía del aspecto, sacrificio del cuerpo. *MYS*, 31, 15-19.
- Tubert, Silvia (2012). Reproducción asistida: la medicalización de la maternidad. En Pérez Sedeño, Eulalia e Ibáñez Martín, Rebeca (eds.), *Cuerpos y diferencias* (pp. 79-102). Madrid: Plaza y Valdés.
- Valcárcel, Amelia (2009). Presentación. En Friedan, Betty, *La mística de la Feminidad* (pp. 9-16). Madrid: Cátedra.
- Valcárcel, Amelia (2017). La agenda sobrevenida del feminismo. Diario *EL PAIS*, 13 de junio. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2017/05/25/opinion/1495703140_313473.html.
- Valls Llobet, Carme (2006). *Mujeres Invisibles*. Barcelona: Mondadori Debolsillo.
- Valls Llobet, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Velasco, Sara (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Velasco, Sara (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*, Madrid: Observatorio de Salud de las Mujeres.
- Velasco, Sara (2009). *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva.
- Wollstonecraft, Mary (1994). *Vindicación de los derechos de las mujeres*. Madrid: Cátedra.