

ENTREVISTA A CARME VALLS LLOBET

«Hay que introducir la Ciencia de la Diferencia en los estudios universitarios de las Ciencias de la Salud»

Nuria del Viso
FUHEM Ecosocial

Médica especializada en endocrinología, Carme Valls Llobet dirige desde hace 20 años el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida en el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) y es vicepresidenta de esta ONG científica dedicada a investigar sobre salud con perspectiva de género. Valls Llobet también ha desarrollado actividad política desde su etapa universitaria y posteriormente como diputada del Parlamento de Cataluña del Grup Socialistes-Ciutadans pel Canvi entre 1999 y 2006. Valls Llobet es autora de una extensa bibliografía de divulgación médica y sobre la invisibilización del factor diferencial de la enfermedad por razones de sexo y género, entre la que figura *Dones i homes: salut i diferències* (Columna Ed., 2002) y *Mujeres, Salud y Poder* (Cátedra, 2009).

Nuria del Viso (NV): De inicio, resulta significativo que ya en la segunda década del siglo XXI aún resulte una "rareza" hablar de un componente de género en la enfermedad, en la forma de enfermar y de manifestar síntomas, en la forma de metabolizar los fármacos... entre hombres y mujeres. ¿Cómo se ha producido el hecho que desde la ciencia médica se haya ignorado, y se siga ignorando, la investigación sobre la morbilidad de las mujeres?

Carme Valls Llobet (CVL): En el terreno de la investigación de las diferencias en mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombres, fue Lois Verbrugge la pionera que empezó a analizar y a demostrar 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 especialidades. De hecho, la ciencia de la diferencia se está abriendo paso con dificultades, pero si partimos de la base de que a principios de 1990 era muy difícil encontrar trabajos de investigación que incluyeran mujeres en su cohorte de estudio, actualmente ya podemos encontrar más de un 38% de trabajos de investigación sobre mortalidad cardiovascular, por ejemplo, que incluyen mujeres y hombres en los estudios.

«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 especialidades»

NV: ¿Cómo se plasma este sesgo de género (por acción u omisión) en la forma en que se hace y se ejerce la medicina, desde el diseño de la investigación hasta cómo el/la médico de familia trata determinadas patologías?

CVL: De muchas formas. Desde el tipo de investigaciones que se realizan, donde las enfermedades crónicas, que son más frecuentes en mujeres, son las menos estudiadas. 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, y la falta de estudio diferencial de los resultados según el sexo e 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 solo en el hombre ha producido sesgos en el momento del diagnóstico, tanto por considerar que enferman igual hombres y mujeres (cuando hay diferencias) como por considerar inversamente que, como son diferentes, no pueden tener problemas similares, o bien por no tener en cuenta los condicionantes biopsicosociales de las enfermedades. 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 y el rigor científico aplicado al estudio de los problemas más prevalentes entre las mujeres.

NV: ¿En la formación a los nuevos profesionales de la medicina se está corrigiendo esta falla?

CVL: La formación del médico o la médica de primaria o de hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino, ni tampoco dispone –porque no existe– 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 han intentado controlar con psicofármacos o con todo tipo de analgésicos sin entender las causas –en medicina, la etiología– de los síntomas que presenta.

«Los efectos sobre la salud humana de los tóxicos ambientales se ejercen en varios momentos del desarrollo y con distinta intensidad y duración según el sexo»

«Lois Verbrugge fue la pionera que empezó a analizar y a demostrar 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»

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 otro 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 aprendida 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 sí solo 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.

NV: ¿Cómo esta falta de sensibilidad a las diferencias entre hombres y mujeres y las distintas vulnerabilidades incide en la salud de las mujeres?

CVL: 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 a 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, que tienen como consecuencia las anemias y las deficiencias en

«Falta desarrollar la ciencia de la *morbilidad diferencial* y comunicarla. Este es el cuerpo de la ciencia que empecé a desbrozar en mis dos primeros libros, pero después de quince años me he dado cuenta que existen intereses creados para que permanezca invisible»

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 o de vitaminas por nutrición incorrecta o por diferencias en el metabolismo entre mujeres y hombres; todo ello produce una mayor carencia y más precoz 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. Este es el cuerpo de la ciencia que falta desarrollar y que empecé a desbrozar en mis dos primeros libros, pero después de quince años me he dado cuenta 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.

NV: Las condiciones medioambientales (incineraciones, tóxicos químicos, insecticidas, campos electromagnéticos...) o relacionadas con los estilos de vida (anticonceptivos y terapia de sustitución hormonal, cosméticos...) están incidiendo muy seriamente en la salud. ¿Cómo se manifiesta diferencialmente en mujeres y hombres?

CVL: Los efectos sobre la salud humana de los tóxicos ambientales se ejercen en varios momentos del desarrollo y con distinta intensidad y duración según el sexo. Ante la misma exposición, mujeres y hombres pueden padecer efectos diferentes, siendo la edad también un factor de riesgo. Empezando por la afectación a la carga genética de óvulos y espermatozoides. Desde el momento de la concepción y durante el desarrollo fetal, el medio ambiente en que están inmersos los padres y madres puede influir en el sexo del embrión, en el peso y desarrollo cerebral de la criatura, y puede llegar a tener incluso efectos teratógenos, causando malformaciones congénitas. Muchos de los productos tóxicos químicos actúan como disruptores endocrinos que alteran la cantidad de hormonas circulantes y sus ritmos de producción, y en especial en las mujeres alteran la armonía del ciclo menstrual y producen modificaciones en su salud reproductiva. Las alteraciones hormonales pueden producirse en todas las glándulas endocrinas, aunque son las que se producen en la zona hipotalámica del cerebro, con hipersecreción de la hormona de crecimiento y tumores hipofisarios, las más graves para la salud. Según la Autoridad de Fertilidad Humana y Embriología,¹ los hombres presentan actualmente más problemas de fertilidad que las mujeres y se estima que el problema de la esterilidad humana está aumentando, por lo que uno de cada cuatro nacimientos se produce hoy por inseminación artificial.

«Cuando la misoginia de Moisés quiso explicar los dolores del parto como castigo divino, el imaginario colectivo, trasladó el dolor del parto a todo otro tipo de dolor; muchas mujeres acuden a las consultas con una indefensión y resignación aprendida»

«Las profesiones feminizadas son muy estresantes, pero con baja remuneración y producen muchas lesiones musculares y articulares y estrés físico y mental. Sin embargo, no se relacionan con sus condiciones de trabajo, sino que se pretende atribuir al hecho de que son mujeres y que son más vulnerables a lesiones musculares »

NV: ¿Cómo la feminización de ciertas profesiones o la inserción de mujeres en ellas genera también un "déficit de salud" para las mujeres?

CVL: Las profesiones denominadas feminizadas, servicios de limpieza, enseñanza o sanidad, o cadenas de montaje industrial, son profesiones muy estresantes, pero con baja remuneración, y en las que se producen un gran número de lesiones en el sistema muscular y en las articulaciones y problemas de estrés físico y mental.

¹ Human Fertilisation & Embryology Authority, HFEA en sus siglas en inglés.

Estos problemas de salud no se relacionan con sus condiciones de trabajo, que han sido escasamente estudiadas, sino que se pretenden atribuir al hecho de que son mujeres y se considera que son más vulnerables a lesiones musculares. Esta afirmación, que científicamente es falsa, ha sido bien estudiada y rebatida por la investigadora Karen Messing, del centro CINBIOSE de Canadá, que ha demostrado que las profesiones más feminizadas son las más estresantes desde todos los puntos de vista, biológico y mental.

NV: Está claro que el factor diferencial de la salud de las mujeres es mucho más que su salud reproductiva. En cualquier caso, me gustaría preguntarle, ¿si y cómo los factores reproductivos siguen siendo relevantes en una peor salud de las mujeres?

CVL: Todavía se está culpabilizando a las mujeres de los problemas de esterilidad cuando la creciente crisis de fertilidad en la sociedad industrial se debe a la contaminación medioambiental. Sometidas a repetidas sesiones de las nuevas tecnologías reproductivas, sumamente estresantes para el cuerpo y la psique, para muchas mujeres intentar la reproducción está suponiendo una nueva enfermedad y un estado de ansiedad. Por otra parte, aún se medicaliza demasiado el embarazo y por el contrario no se siguen los procesos negativos postparto, como la depresión o la misma tiroiditis postparto que se produce en una de cada cuatro mujeres y que muchas veces pasa desapercibida.

«Las quejas de las mujeres con consideradas psicósomáticas en más del 30% de los casos y los psicofármacos consumidos en España son suministrados mayoritariamente a mujeres»

NV: Los datos muestran que se ha duplicado el consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos) desde 2005, con un 12% de la población que los usa, y que alcanza el 16% en las mujeres. Además, España es el país europeo donde más ha crecido su consumo. ¿Cómo interpretar estos datos? ¿En qué medida la crisis ha impactado más duramente en las mujeres? ¿Y hasta qué punto en el imaginario colectivo sigue funcionando el estereotipo de la mujer como histérica?

CVL: El estereotipo de la histeria continúa estando presente en muchas de las miradas hacia las mujeres cuando se queja o presenta demandas hacia la sanidad. Cuando se desconocen o ignoran las causas del malestar de las mujeres que pueden ser biológicas, psicológicas, sociales o medioambientales y se atribuyen todos sus síntomas a problemas psiquiátricos se inducen ya los tratamientos que se le administraran. Las quejas de las mujeres son consideradas psicósomáticas en más del 30% de casos y los psicofármacos consumidos en España son administrados mayoritariamente a mujeres, tanto sedantes como antidepresivos.

NV: Como ha escrito Silvia Gil, «poder y saber aparecen íntimamente entrelazados en el género de la salud». ¿Qué papel tiene en ello la industria farmacéutica?

CVL: La industria farmacéutica es una poderosa industria de *marketing*, que muchas veces utiliza a las mujeres como objeto de mercado. A veces se han introducido fármacos cuyos efectos no habían sido estudiados en mujeres, ni en animales de experimentación hembras, desde la simple aspirina hasta algunos antiarrítmicos. El caso de algunos fármacos que se administraron a mujeres para disminuir los sofocos, como el Agreal, y que provocaron trastornos graves y mortales de salud mental, ha llegado ya a los tribunales.

También, en aras de incrementar las ventas se han creado enfermedades que deben ser tratadas con oportunos fármacos de dudosa eficacia, como es el caso de la fibranserina para mejorar supuestamente la falta de deseo sexual de las mujeres.

«Las diferencias en la biología de las mujeres son simplemente diferencias, y no inferioridades. Tenerlas en cuenta al estudiar las causas del dolor y el cansancio de las mujeres es una necesidad científica»

NV: El feminismo puso luz sobre el factor sociohistórico de la vida de las mujeres como elemento que incide negativamente en su salud. Sin embargo, evitó mirar a las diferencias orgánicas, biológicas (más allá de la reproducción) como factor de enfermedad en la mujer por temor a que sirviera como argumento de una supuesta inferioridad de la mujer. Después han llegado teorías subjetivistas que integran cuerpo y mente, pero para primar la psique de forma un tanto perversa (responsabilizando a la enferma de su situación). ¿Cómo podríamos equilibrar el enfoque? ¿Ha llegado el momento de explorar y admitir la importancia de los factores orgánicos?

CVL: Creo que ha llegado la época de evitar todos los reduccionismos etiológicos y saber que a los problemas complejos no podemos darle soluciones simplistas. Las diferencias en la biología de las mujeres son simplemente diferencias, y no inferioridades. Tenerlas en cuenta en el momento de estudiar las causas del dolor y el cansancio de las mujeres es una necesidad científica. Los estereotipos de género siempre querrán considerar inferior lo que les ocurra a las mujeres. Las aproximaciones más científicas ayudarán a conocer mejor las verdaderas etiologías de sus problemas.

NV: ¿Hay alguna otra cuestión que quieras añadir?

CVL: Creo que es el momento de introducir la Ciencia de la Diferencia en los estudios universitarios de las Ciencias de la Salud, Medicina, Enfermería y Psicología.

