

Mujer y salud

La ciencia de la diferencia

Jesús Garrido



La percepción de la salud es peor en las mujeres que en los hombres, cerca de 10 puntos por debajo según algunas estimaciones. Pero más que de una mera percepción, se trata de una evidencia basada en el aluvión de datos que revelan la condición de la mujer a comienzos del siglo XXI.

En el campo de las Ciencias de la Salud, la mujer ha sido hasta ahora un reflejo del varón, tomado como referente único de estudio y patrón terapéutico. El enfoque adecuado de los problemas de salud de la mujer, con su propia identidad, es posible a partir de la incorporación de la ciencia de la diferencia, en la que ya trabajan profesionales de la investigación y la atención sanitaria.

Las desigualdades de género en todos los ámbitos, social, laboral o familiar, tienen repercusiones evidentes sobre el bienestar y la salud de la mujer. A escala global, la igualdad de la mujer parte de una situación claramente mejorable en los países más ricos, y pésima en los más pobres. Los organismos internacionales y muchos países han establecido programas transversales para reducir esas diferencias de trato por el hecho de haber nacido mujer, aunque todavía queda mucho por recorrer en esta carrera de fondo.

Un informe del Foro de Davos advertía que una década de progreso lento pero constante para mejorar la paridad entre los sexos se estancó en 2017, y que a este ritmo la brecha de género tardará un siglo en cerrarse. Este exclusivo club considera que mejorar la paridad de género podría generar enormes beneficios económicos tanto a gigantes como Estados Unidos y China, donde la situación de igualdad de la mujer dista de ser ideal, como a los países más pequeños, algunos de los cuales han sabido distribuir mejor sus recursos y oportunidades.

Organismos internacionales como ONU Mujeres, la institución de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer, denuncian la persistencia de factores socioculturales que impiden que las mujeres y niñas se beneficien de servicios de salud de calidad. Entre los principales obstáculos figuran las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres; las normas sociales que frenan el acceso a la educación y a oportunidades de empleo y desarrollo personal; la atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer, y el hecho de ser objeto de algún tipo de violencia, que sufre una de cada tres mujeres en el mundo.

Economía, educación y salud están estrechamente ligadas, y todo apunta a la pobreza como causa mayor de los malos resultados en salud para ambos sexos, aunque es una carga más pesada para las mujeres. Ellas son las más vulnera-

En portada

Mujer y salud. La ciencia de la diferencia

bles en el fenómeno actual de grandes desplazamientos forzados por conflictos armados o migraciones por motivos económicos.

Los datos que maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que, aunque la mujer es más longeva que el hombre, sufre una mayor morbilidad. Ellas utilizan más los servicios de salud, sobre todo los relacionados con la reproducción, clásicamente orientados al control de la natalidad. La OMS estima que 830 mujeres fallecen cada día en el mundo por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de ellas en países en vías de desarrollo. El VIH/SIDA es otro parámetro que revela la doble desigualdad de la mujer, por género y por pobreza: el riesgo de contraer la infección en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años es el doble que entre los varones de la misma edad.

Y todo ello pese a que las mujeres son, con diferencia, las que aportan más cuidados a la salud mundial. El 70% del personal sociosanitario de todo el mundo es femenino, pero la mitad de ese trabajo de las mujeres no está remunerado, el equivalente según la OMS a 3 billones de dólares anuales.

Androcentrismo

Desde la década de 1990 noventa hasta hoy, se han venido viendo signos esperanzadores de cambio en la lucha contra las diferencias. En relación con la salud, el sesgo de género ha sobrevivido con fuerza hasta el nuevo siglo, ya que el androcentrismo había normalizado la práctica ausencia de la mujer de la investigación biomédica. Sólo en las últimas décadas la comunidad científica ha empezado a reflexionar seriamente sobre las consecuencias de este clamoroso agujero a la hora de hacer ciencia de calidad, debido a las barreras que dificultan la presencia de la mujer en posiciones de liderazgo en el ámbito científico y a la ausencia de mujeres en los ensayos clínicos, lo que repercute directamente en sus resultados de salud.

En 1991 la cardióloga norteamericana Bernadine Healy denunció, en un artículo publicado en el *New England Journal of Medicine*, lo que denominó el «síndrome de Yentl», en referencia al título de una película, para decir que si las mujeres querían ser tenidas en cuenta en los problemas cardíacos era mejor que se disfrazasen de hombres, como hace la protagonista de la película para poder ir a la universidad. Hubo que esperar a la década de 1990 para que la Food and Drug Administration dictara unas recomendaciones sobre la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos, pese a lo cual en muchos campos todavía se sigue considerando válido que los resultados de muestras compuestas por hombres sean extrapolables a la población general.

En los estudios sobre mortalidad cardiovascular ya se está alcanzando una representación paritaria, consecuente con

el puesto que ocupa como primera causa de muerte en la mujer en España, mientras que en el hombre lo es el cáncer. Pero no todas las enfermedades se manifiestan de igual forma en hombres y en mujeres, ni su incidencia se reparte por igual. Por lo que respecta al cáncer en la mujer, el de cuello uterino y el de mama son los más frecuentes, y el cáncer de pulmón produce la mayor mortalidad.

Depresión y ansiedad son más comunes en la mujer, al igual que los trastornos de la conducta alimentaria o la incorporación en edades tempranas de hábitos insanos como el consumo de tabaco, alcohol y otros tóxicos. La fibromialgia, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes o las endocrinológicas tienen una alta prevalencia en el sexo femenino. Sin embargo, no parecen recibir la misma atención enfermedades graves en la mujer como la endometriosis que trastornos como la disfunción eréctil en el varón.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en las mujeres es otro ejemplo de morbilidad diferencial, como se constató en un debate organizado por la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA). La calidad de vida de las mujeres con EPOC es peor que la de los hombres, y el infradiagnóstico es mayor en la mujer. Pero la hospitalización en las salas de neumología es mayoritariamente masculina.

Compromiso

Modificar el *statu quo* significa darle la vuelta a una herencia cargada de estereotipos de género, y eso requiere una movilización social en la que las mujeres están hoy en vanguardia y un compromiso que se traduzca en iniciativas concretas. Con los pies sobre el terreno, existen iniciativas comprometidas con el objetivo de acabar con las desigualdades. Carme Valls Llobet es especialista en endocrinología y medicina con perspectiva de género. Dirige el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida en el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS), y ha publicado numerosos trabajos de divulgación en este campo al que ha dedicado una larga trayectoria profesional.

En el CAPS se ha creado una red de profesionales sanitarias de toda España; como explica la propia Valls, «ahora tenemos unas 450 doctoras organizadas que nos comunicamos diariamente novedades en problemas de tratamiento, de violencia y de sesgos en la atención, además de tener un seminario de formación continuada en estos temas desde hace más de 20 años. Organizarnos en red nos da más autoridad y más ciencia para poder tratar de forma diferente. Los cambios son posibles, pero van más lentos de lo que yo esperaba».

Con casi cuatro décadas de actividad, el CAPS ha sido un centro pionero en España y mantiene abierta su propuesta de colaboración, entre otros medios a través de la publicación periódica de su revista digital *Mujer y Salud* (<http://Ima->

El coste de oportunidad

Las diferencias de género en salud tienen una traducción monetaria. La plataforma ClosinGap, un clúster de grandes compañías privadas, ha realizado un estudio* que conjuga el concepto de brecha de género en salud con el de coste de oportunidad, o valor económico de la alternativa a la que se renuncia al decidirse por una determinada actuación o gasto; es decir, lo que cuesta no haber proporcionado a las mujeres mejores cuidados a sus necesidades y más adecuados en la última etapa de la vida. La esperanza de vida al nacer en España era en 2016 de 85,84 años en las mujeres y 80,31 años en los hombres, con perspectiva de convertirnos pronto en los más viejos del planeta. La mujer vive más pero con peor salud que los hombres, y esa brecha le cuesta al sistema público 8.945 millones de euros al año, un 0,8% del PIB; dicho de otra manera, representa el 70% de la factura farmacéutica.

Otro resultado llamativo del estudio es el impacto económico de la baja natalidad, relacionada con las condiciones de la maternidad, que en 2016 le restó 31.000 millones de euros a la economía española.

*Informe I. El coste de oportunidad de la brecha de género en la salud (www.closinggap.com).

triz.net), con conexiones con grupos y redes internacionales, especialmente latinoamericanas, y con el Colectivo de Salud de Mujeres de Boston.

Aumentar la presencia de mujeres científicas puede aportar una visión nueva, pero a pesar de que en España la presencia femenina ya es mayoritaria en la universidad (54,5%), el liderazgo de la investigación aún pertenece a los hombres. Según el estudio «Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España», que analiza el periodo 2007-2014 en el Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), el consorcio público de investigación del Instituto de Salud Carlos III, el 73% de los miembros de sus órganos de dirección son hombres. Y según las estadísticas del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), el 58% del personal investigador en formación es femenino, pero el 56% de las plazas para investigadores posdoctorales son ocupadas por hombres y el 75% de los profesores de investigación también son varones.

La feminización de las profesiones sanitarias no constituye, por sí misma, la solución al problema de los sesgos de género en la salud de la mujer. La doctora Carme Valls cree

que el hecho de que haya más mujeres en la medicina es una buena noticia, porque «hace falta una nota muy alta para entrar y eso quiere decir que tenemos a personas muy inteligentes en las consultas. Pero estas personas, sean hombres o mujeres, deben hacer una limpieza de los estereotipos de género que tengan en su mente. Ni hombres ni mujeres estamos libres de los estereotipos de género que nos impone nuestra cultura».

Medio ambiente y salud de la mujer

Carme Valls ha publicado este año un nuevo libro, *Medio ambiente y salud*, en el que sostiene que el cuerpo de la mujer es más vulnerable a los riesgos de la contaminación. La polución del aire, la contaminación del agua y la de los alimentos son los tres grandes elementos (también los cosméticos a través de los parabenos) que ponen en contacto a las mujeres con sustancias que actúan como disruptores endocrinos que alteran la armonía de las hormonas y causan diferentes problemas.

Según recuerda Valls en su libro, estos disruptores hormonales imitan en el cuerpo el efecto sobre todo de los estrógenos, aunque también hay disruptores antiandrógenos y disruptores de tiroides. «La mujer –explica– tiene un 15% más de grasa en el cuerpo que el hombre porque está preparada para la maternidad. Ese porcentaje extra de grasa hace que los tóxicos ambientales queden más acumulados en el cuerpo de la mujer que en el del hombre. Las ocupaciones que están relacionadas con la limpieza, en las que todavía son mayoritarias las mujeres, las hacen más vulnerables al efecto de tóxicos como disolventes, lejías o insecticidas.»

Los disruptores endocrinos alteran el ciclo menstrual y también la edad en que aparece y desaparece la regla. Cada día, afirma esta experta, «hay menstruaciones más precoces, sobre los 9 y hasta 8 años y medio en niñas que viven cerca de incineradoras. La exposición a plásticos o sus derivados produce menopausias precoces, antes o alrededor de los 40. Y además se ven otras alteraciones que afectan a la tiroides, y unas enfermedades nuevas que no conocíamos: las mujeres sienten muchos dolores, tienen más dolor muscular generalizado, más fatiga... Estoy hablando del síndrome de sensibilización química múltiple, de la fatiga crónica, de la fibromialgia».

La exposición a pesticidas, que aumentan la resistencia a la insulina, se relaciona también con la mayor incidencia de obesidad y diabetes en la mujer. El cáncer de páncreas también se ha relacionado con los tóxicos ambientales, y también se probó su papel en las alteraciones durante la gestación. A Valls le parecen especialmente preocupantes los casos de mujeres en contacto con tóxicos que han transmitido enfermedades a su descendencia, consecuencia del uso de productos peligrosos sin aplicar el principio de precaución para su evaluación.



«El primer sesgo de género consiste en no escuchar con atención»

Carme Valls Llobet

Directora del programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS
(Centro de Análisis y Programas Sanitarios)

– ¿Cuál es el objetivo del CAPS y qué líneas de trabajo desarrolla usted en la actualidad?

– El CAPS es una ONG científica sin ánimo de lucro. El objetivo desde sus inicios era visibilizar problemas de salud que ni la sanidad ni la universidad estaban estudiando. Cuando entré el CAPS ya llevaba unos 5 años de funcionamiento, era muy masculino y sólo había una doctora. A partir de 1990 empezamos una línea de trabajo que acabó llamándose Mujer, Salud y Calidad de Vida, en la que intentamos estudiar, investigar y hacer docencia sobre los problemas de salud de las mujeres que no eran visibles. Después vimos que uno de los problemas de salud, que era el cáncer de mama, tenía una relación con el medio ambiente, y acabé montando otra línea de trabajo: Medio Ambiente y Salud. Éstas son las dos líneas en las que estoy trabajando.

– Estamos en el siglo XXI. ¿Realmente existe un sesgo de género en la atención sanitaria que perjudica la salud de las mujeres? ¿Cómo las afecta?

– En el siglo XXI todavía persiste un sesgo de género porque los estudios de ciencias de la salud se habían centrado sobre todo en el varón, entendiendo que todo lo que pasara en la naturaleza del varón incluía también a la mujer. Y eso no es cierto. La mujer tiene enfermedades específicas, lo llamamos «morbilidad diferencial», o un efecto diferenciado de los tóxicos ambientales sobre su salud. Además, tiene algunos problemas graves, como, por ejemplo, la mortalidad cardiovascular; siempre se había pensado que era cosa de los hombres, pero en las mujeres la principal causa de mortalidad es la cardiovascular, mientras que en los hombres es el cáncer. Y esas ideas suponen maneras diferentes de atender a las mujeres: si pensamos que no van a sufrir un problema del corazón nunca las atenderemos bien, aunque nos digan que tienen dolor precordial. Es más fácil decirle a esa mujer que tiene un problema de ansiedad o depresión.

El sesgo de género persiste; más moderado, porque se nota que llevamos ya más de 20 años trabajando en este tema, pero aún persiste.

– ¿Cuáles son los sesgos de género más habituales en las consultas de atención primaria?

– El primer sesgo de género sería no escuchar atentamente lo que nos dicen las pacientes y los pacientes. Lo que sucede es que en atención primaria quien acude prioritariamente a las consultas es la mujer, y habitualmente consulta porque está muy cansada o porque tiene dolor en alguna parte del cuerpo. Y si no se la escucha, atribuimos estos síntomas a problemas de los nervios y sale de la consulta con un ansiolítico y un antidepresivo, sin buscar la causa. O sea, que el primer problema es no diagnosticarlas bien.

«Hay que pensar en los problemas más frecuentes en la mujer cuando nos dicen que están cansadas y doloridas»

– ¿Puede dar a los médicos de atención primaria algunos consejos sobre este tema?

– Creo que en atención primaria nos falta ciencia de la primaria. La ciencia que manejamos en atención primaria es una ciencia que ha nacido en el hospital, y en el hospital hay mayoritariamente hombres ingresados. Si vas a la sala de respiratorio, por ejemplo, encontrarás dos veces más hombres. Por tanto, la ciencia de la primaria no existe. Esto es algo que nos ha preocupado mucho en el CAPS, y dentro del programa Mujer, Salud y Calidad de Vida tenemos una línea de trabajo que se llama «morbilidad diferencial».

Hay que pensar en los problemas más frecuentes en la mujer cuando nos dicen que están cansadas y doloridas. El primer problema que no se ve nunca es todo lo relacionado con la menstruación, porque sigue siendo un tema tabú y no se acaba de entender que forma parte de la vida cotidiana de las mujeres. Los médicos de primaria deberían estar atentos a los problemas menstruales, a las carencias de hierro, a las carencias de tiroideos, que son las más comunes. Y también a las enfermedades autoinmunes, que son más frecuentes en el sexo femenino, y a problemas cardiacos que pueden prevenirse y que en las mujeres tienen una clara relación con la tiroides.

Y más allá de los 50 años, la mujer carece ya de vitamina D (el hombre un poco más tarde, hacia los 60), con lo cual muchas mujeres tendrán un problema de dolor por una carencia que se puede corregir fácilmente.

Por tanto, yo animo a los médicos de primaria, y por eso me gusta mucho hacerles docencia, para que vean que pueden hacer mucho trabajo además de mirar el colesterol. Creo que los médicos de primaria deben tener en cuenta la morbilidad femenina diferencial, aunque por desgracia esto todavía no lo hemos conseguido ni en la universidad.

– La investigación biomédica ¿sigue teniendo un importante sesgo de género en sus estudios? ¿Hay indicios de cambios significativos?

– Un primer problema que hemos tenido en la investigación médica de enfermedades o de fármacos es que en la investigación en la década de 1980 o 1990 sobre problemas coronarios o cardiacos y de fármacos como la aspirina, por ejemplo, no se incluyó a mujeres. Todos los trabajos de investigación, a excepción del estudio Framingham, excluían a las mujeres, y por tanto toda esa ciencia que se creó no sirve para nosotras. O sea, que el primer sesgo en investigación es la no inclusión de las mujeres, su invisibilidad total.

Otro problema es que muchos fármacos sólo se estudiaron en ratas macho. Se consideraba que el ciclo menstrual complicaba el manejo de los datos, pero la mujer tiene un ciclo menstrual e intervienen unas determinadas hormonas. Después, también se ha visto que la farmacocinética hepática de los fármacos es diferente en la mujer y en el hombre, y algunos fármacos deberían darse en dosis un 50% inferiores en las mujeres. Por ejemplo, los psicofármacos. Sin embargo, estos fármacos se dan principalmente a mujeres en todos los países del mundo, sobre todo en España. Eso hace que tengan unos niveles muy elevados en sangre que hacen que, sobre todo a partir de los 60 o 65 años, presenten

efectos secundarios a la mañana siguiente de la ingesta: no se levantan con la cabeza clara, pueden caerse, notan un aturdimiento que no es natural... El primer sesgo es no vernos, y el segundo, no estudiarnos a fondo. Y no sólo hay diferencias en la metabolización de los ansiolíticos, también las hay en los antibióticos, en las hormonas... Todo esto hace que en la ciencia haya un gran agujero: falta ciencia de la primaria.

– ¿Y qué nos puede decir respecto a los programas formativos de grado y posgrado?

– En la universidad, en los posgrados, todavía estamos en la fase previa: se habla de la salud de la mujer, pero aún cuesta entender que tengamos estereotipos de género y que eso es también una forma de violencia: invisibilizar a la persona que tienes delante y que tiene problemas es una forma de violencia. En mi penúltimo libro, *Mujeres, salud y poder*, dedico todo un capítulo a las microviolencias sanitarias mediante la exclusión de los problemas de la persona que tenemos delante. Y todo esto debemos abordarlo en la universidad, como hacemos en unos cursos de formación crítica que organizan los estudiantes de Medicina de la Universidad de Barcelona.

«Los médicos de primaria deben tener en cuenta la morbilidad femenina diferencial»

– ¿Cuáles son las grandes líneas de actuación para lograr la igualdad y mejorar la atención y el bienestar de la mujer?

– Creo que en los próximos años hemos de continuar y acelerar el trabajo de la ciencia de la diferencia. La equidad consiste en tratar con igualdad, con los mismos derechos aunque seamos diferentes. Hay que tratar las diferencias y, por tanto, previamente hay que estudiarlas. Se va avanzando y tenemos que ir por este camino: estudiar la ciencia de la diferencia. Hay que incorporar toda esta ciencia en la formación de todos los profesionales involucrados en la salud de las personas.



Accede a la videoentrevista

