

# Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias

## *Biological and clinical aspects of the differences*

Carme Valls Llobet

«Puede ser triste pero no sorprendente que las mujeres hayan sido tratadas demasiado a menudo sin equidad en las relaciones sociales, en la política, en los negocios, en la educación, en la investigación y en la asistencia sanitaria.»

Bernardine Healy, *El síndrome de Yentl*, 1991

Ante la enfermedad, las mujeres han sido «invisibles» a la atención sanitaria, a los procedimientos diagnósticos e incluso a los tratamientos. Desde que así lo publicó el *The New England Journal of Medicine*, se conoce esta situación como el «síndrome de Yentl». Los problemas de salud de las mujeres se han reducido a causas sociales, culturales y de otras índoles, que han ocultado su fisiología, su condición y su entorno.

As for the disease, women have been invisible to the health care system, to diagnosis processes and even to treatments. Since it was published by *The New England Journal of Medicine*, this situation is known as «Yentl's syndrome». Women health problems have been reduced to social, cultural and to other kind of causes, that have hidden their physiology, their condition and their environment.

Si analizamos la bibliografía médica tanto en su vertiente de la investigación como en la de asistencia, desde el año 1992, el título de la conferencia de hoy tendría una respuesta rápida, no hay aspectos biológicos ni clínicos de las diferencias.

Tradicionalmente, la ciencia biomédica ha sido androcéntrica y ha partido de la base que estudiando el ser humano *varón* en su autonomía, fisiológica, farmacocinética, manifestación y evolución de las enfermedades y tratamientos adecuados, ya había estudiado también el ser humano *hembra*.

Después, numerosos trabajos de la bibliografía sociológica y feminista han hecho grandes aportaciones señalando que las condiciones de vida y de trabajo, las discriminaciones sociales y laborales, y la violencia de género tienen una gran influencia en las diferencias en enfermar entre hombres y mujeres.

En contraposición, desde 1991, una gran cascada de publicaciones médicas que aborda, precisamente, el tratamiento de una diferencia (la menopausia) han querido afirmar que las mujeres «son víctimas de su propio cuerpo y de su propia biología» (Prior, 1996).

En 1990, en el Congreso Mujer y Calidad de Vida, organizado por el Centro de Análisis y Programas Sanitarios de Barcelona (CAPS), ya tuve la ocasión de señalar que existe una *morbilidad femenina diferencial* y que hay muchos aspectos biológicos y clínicos de las diferencias, como también tienen diferentes maneras de actuar los riesgos laborales a que están sometidas las mujeres como se demostró en el I Congreso Mujeres, Trabajos y Salud, celebrado en Barcelona, en 1996, organizado también por el CAPS, y que ha dado lugar a una nueva línea de investigación internacional.

A partir del año 1992, el tema «mujer y salud» fue incorporado al *Index Medicus* por primera vez y a las bases de datos bibliográficos, gracias a la presión internacional que numerosos grupos de investigación de todo el mundo hicieron para hacer visibles las diferencias en el ámbito biomédico entre mujeres y hombres.

Pero me es imposible analizar aquí *todos* los aspectos biológicos y clínicos de las diferencias precisamente por la falta de investigación que ha habido en esta área, que ha hecho *invisibles* para la medicina los aspectos biológicos y clínicos de las diferencias.

Pero analizando los aspectos de la morbilidad diferencial en que las mujeres han sido invisibles, me permitiré apuntar también cuáles son las principales causas de invisibilidad que hacen tener una mirada de género sesgada sobre la salud de las mujeres.

## El paradigma de la invisibilidad: la enfermedad cardiovascular

En primer lugar, me gustaría poner de manifiesto cómo la enfermedad cardiovascular se manifiesta en el sexo femenino y cómo se ha constituido en el paradigma de la invisibilidad. Veamos el caso de Paula Upshaw:

«Paula Upshaw era una terapeuta de afecciones respiratorias en Laurel (Marylane, Estados Unidos), cuando en 1991 sufrió un ataque al corazón: como profesional de la salud ella tenía muchos más conocimientos sobre sus síntomas. Los síntomas eran los denominados «clásicos» de un ataque al corazón (un dolor torácico terrible, hormigueo en el brazo izquierdo, sudación y náuseas). Paula dijo: «nunca consideraron que fuera un problema del corazón... siempre estuvieron seguros de que era mi estómago. Con mi insistencia (ya que era una paciente asertiva) me hicieron tres electrocardiogramas separados. Pero los médicos de urgencias dijeron que sus síntomas eran normales (por problemas de estómago)». La enviaron a casa y le prescribieron antiácidos y medicación antiulcerosa. Su problema cardíaco no fue diagnosticado hasta que se hizo una tercera visita de urgencias la tarde del viernes y se negó a volver a su casa. Aunque fue admitida en el hospital nadie pensó en su corazón. Al día siguiente, un cardiólogo de urgencias del fin de semana, estuvo analizando los electrocardiogramas, el de Paula Upshaw inclusive. Sin hacer caso del sexo de la paciente, preguntó: «Quién es el paciente de 36 años que tiene un ataque de corazón masivo.» (Henig, 1993). *The New York Times Magazine*

Hace tan sólo 15 años se consideraba que las mujeres no podían sufrir enfermedades cardiovasculares. Se creía que sus propias hormonas, su propia genética, o que el sexo femenino les protegía de la posibilidad de que sus arterias coronarias pudieran enfermar. La creencia que las mujeres no podían sufrir enfermedades coronarias, se basaba, quizás, en impresiones subjetivas acumuladas durante años, en que se veía que la mujer premenopáusica tenía una incidencia menor de urgencias cardiovasculares, infartos de miocardio, o ataques de corazón, pero no se basaba, en principio, en evidencia científica alguna, como veremos más adelante. A pesar de ello, el caso de Paula Upshaw es ilustrativo de lo que ha sucedido en muchos servicios de urgencias de todo el mundo. Cuando una mujer se presenta en los servicios de urgencias con un dolor torácico acompañado de alguna otra sintomatología, es mucho más que probable que se le diagnostique cualquier otra enfermedad o que la traten con sedantes o antidepresivos, antes no se plantee la posibilidad que pueda sufrir una enfermedad cardíaca. No obstante, la epidemiología y el estudio de mortalidad diferenciada por sexos en los últimos 15 años ha evidenciado que la realidad es totalmente diferente. La primera causa de mortalidad en el sexo femenino es de origen cardiovascular, por lo que es necesario cuestionar los planteamientos iniciales.

La enfermedad cardiovascular significa uno de los paradigmas más claros de la invisibilidad de las mujeres para la medicina. En primer lugar, los síntomas han sido olvidados, sesgados y no han conducido a un diagnóstico claro. El factor de la mortalidad ha sido poco valorado, precisamente, porque la mayoría de los infartos, como veremos, son silentes; la gestión y el control, el tratamiento y el diagnóstico de la enfermedad han sido claramente sesgados y con técnicas y procedimientos que no se están aplicando por igual a ambos sexos. Los riesgos de la enfermedad cardiovascular no han valorado si existían diferencias entre el sexo masculino y el femenino y, tal como demostraremos, se han ignorado factores de riesgo diferentes según sexos; las mujeres no han entrado en los programas de rehabilitación y se ha sesgado la posibilidad de recuperación después de un infarto; la mortalidad es 30 veces más elevada entre las mujeres que entre los hombres después de un infarto; la primera causa de muerte súbita en la población es de sexo femenino; no se realiza una prevención adecuada de la enfermedad cardiovascular dirigida específicamente a las mujeres... Todo esto nos lleva a una demostración clara, y es que falta

investigación médica que ponga de manifiesto las diferentes evoluciones de las enfermedades entre hombres y mujeres, justamente en el campo cardiovascular, es paradigmática de que la mayoría de ensayos clínicos realizados en los años setenta, las mujeres queden excluidas de los grupos que habían de ser investigados, y que, por tanto, la ciencia que se aplica posteriormente no ha recogido ni la sintomatología ni las evoluciones de las mujeres.

### **¿Qué pasa cuando las mujeres llegan al hospital con dolor torácico?**

En 1991 Ayanian y Epstein realizaron un estudio retrospectivo, en Estados Unidos, sobre unos 50 000 pacientes de Massachusetts y unos 34 000 de Maryland con el fin de determinar los procedimientos de control cuando llegaban al hospital con dolor torácico, la edad, los diagnósticos secundarios, la raza, y el estado de protección y seguridad social. Las tasas ajustadas por edad y sexo dieron unas referencias en los procedimientos efectuados que demostraron que las mujeres hospitalizadas tenían muchos menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que los hombres. Este estudio se ha realizado también en Cataluña; en 1998, Marrugat *et al.* observaron también que a igualdad de sintomatología cuando llegaban al hospital, los procedimientos, tanto terapéuticos iniciales como la trombólisis, el intento de deshacer los trombos, o después los procedimientos de investigación para conocer la extensión del problema, eran diferentes en los hombres que en las mujeres. Asimismo se detectó que las mujeres tenían un 68 % de mortalidad a los seis meses posteriores a un infarto, y sólo un 33 % los hombres.

Estas diferencias tan claras en la utilización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los servicios de urgencia y en la hospitalización de mujeres con problemas coronarios motivó que, en el año 1991, Bernardine Healy describiera el síndrome de Yentl en la prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine*. Tras el análisis de estudios que demostraban un sesgo de género en la gestión de control y en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de enfermedades cardíacas coronarias, se determinó que las mujeres sufrían dolor anginoso antes de un infarto tan frecuentemente, incluso con efectos más debilitantes, como los hombres, pero que a las mujeres se les aplicaba únicamente una cateterización cardíaca (la mitad de las veces que a los hombres). En cambio, a una mujer que ya había tenido un infarto se le aplicaban las mismas técnicas de cateterización cardíaca o de revascularización. A estos descubrimientos se les llamó *síndrome de Yentl*: una vez que una mujer había demostrado que «era como» un hombre, que podía tener un infarto de miocardio, una enfermedad coronaria, entonces era tratada como un hombre. Se planteó, por tanto, el problema de convencer a todos los sectores médicos y a la sociedad civil de que en la enfermedad de las coronarias era una enfermedad de mujeres y no solamente algo que les podía ocurrir a los hombres. La Dra. Healy fue la primera que advirtió de que la mayoría de estudios de investigación, de prevención, los métodos de diagnóstico y la intervención de enfermedades coronarias, se habían realizado tan sólo en poblaciones masculinas, por ejemplo, el estudio *The Veterans Administration Cooperative Study*, o el *The Multiple Risk Factors Intervention Trial*, o *USA Medical Trial* para prevenir problemas cardíacos adversos, demostrando que los beneficios profilácticos de Aspirina en disminuir el riesgo de infarto de miocardio, se habían realizado entre hombres, excluyendo las mujeres de la población estudiada.

Bernardine Healy escribía en 1991 en su libro *El síndrome de Yentl*: «Puede ser triste, pero no sorprendente, que las mujeres hayan sido tratadas demasiado a menudo sin equidad en las relaciones sociales, en la política, en los negocios, en la educación, en la investigación y en la asistencia sanitaria». Pero es que, además de las diferencias en exploración y diagnóstico, se han puesto de manifiesto diferencias en el tratamiento.

- Farmacocinética no estudiada:
- Efectos secundarios de los antihipertensivos según el sexo, no estudiados.
- Aspirina como uso preventivo, no probada en mujeres.

- Farmacocinética estudiada aunque no conocida de los:
  - Fármacos antiarrítmicos, como la conterfenadina, que producen más mortalidad en mujeres (debido a que las mujeres tienen una bomba de potasio diferente en sus células cardíacas).
  - Fármacos antilipídicos no estudiados mayoritariamente en el sexo femenino, los cuales producen unas miopatías como efecto secundario sobre todo entre mujeres con hipotiroidismo.
  - Fármacos como la digoxina, cuya eficacia no es la misma para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.
- Rehabilitación postinfarto: En la evaluación de los trabajos de más de 70 centros de rehabilitación postinfarto, se comprobó que sólo el 30 % de mujeres afectadas por infarto siguen programas de rehabilitación.

### **La invisibilidad de las mujeres en la ciencia biomédica**

El hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, incluso para su rehabilitación y programas de promoción de la salud, o que sus síntomas sean confusos, minimizados o no bien diagnosticados, y que sus quejas sean siempre relegadas a quejas psicológicas o psicosomáticas, hacen plantear los supuestos en que se ha basado la ciencia para reconocer los problemas de salud entre hombres y mujeres.

Todas las ciencias han nacido en un período histórico determinado aunque se creía que la ciencia era objetiva y neutra; desde Kuhn ya se inició un pensamiento crítico respecto a la pretendida «objetividad de la ciencia», en la que se pone de manifiesto que la ciencia es una construcción social, por tanto, influenciada por intereses políticos, económicos, ideológicos y sociales, externos e internos a la misma generación científica. Tampoco la ciencia no es ajena a las actitudes que tengan los investigadores hacia las mujeres y los hombres, y a los estereotipos mentales que han marcado su conducta. La ciencia médica precisamente ha nacido, fundamentalmente, de la concentración de pacientes en los hospitales, de los que empezó a acumular información para construir el cuerpo científico, el diagnóstico de las enfermedades, el detalle de los diagnósticos, y con ello comprobar la evolución de los tratamientos. Pero la mayoría de los hospitales atienden, sobre todo, patología masculina, si exceptuamos la relacionada con el parto, y la atención posparto; se trata predominantemente de enfermedades agudas, como neumonías, infartos de miocardio, úlceras de estómago, que tienen un predominio de incidencia en el sexo masculino (C. Valls-Llobet, 1996). Además, reconociendo que la ciencia no es objetiva ni definitiva, sino un proceso social en construcción, se debería partir de la base que, cuando se estudiaba al hombre se estudiaba asimismo la mujer y, por tanto, quedaba implícito que hombres y mujeres eran iguales para la ciencia biomédica y el hecho de haber estudiado a uno ya permitía actuar sobre el otro sexo. No obstante, la ciencia médica ha nacido sesgada porque ha nacido androcéntrica y hará falta investigar en qué apartados y cómo ha conseguido invisibilizar a las mujeres o sesgar su aproximación diagnóstica y terapéutica.

· *Las mujeres han permanecido invisibles para la ciencia biomédica porque se ha considerado que sus problemas son iguales que los de los hombres, y, por tanto, es posible extrapolarlos*

Cuando, en 1991, Bernardine Healy analizó la mala praxis de los servicios de cardiología americanos en no realizar las mismas técnicas diagnósticas y exploraciones a mujeres que a hombres, observó de dónde nacía este posible sesgo inconsciente y se remontó a los años ochenta, en que todos los programas de investigación que se realizaban relacionados con las enfermedades cardiovasculares estaban dirigidos al estudio del tabaquismo, los lípidos, las hiperlipemias o de los tratamientos y prevención de algunos fármacos en la enfermedad cardiovascular; todas estas investigaciones se habían hecho sólo en hombres dentro de la cohorte del estudio. Por tanto, el primer dato es que las mujeres durante años fueron

*excluidas sistemáticamente de los ensayos clínicos.* Muchos ensayos clínicos se habían realizado sólo entre hombres, suponiendo que los resultados se podían aplicar automáticamente a las mujeres, o que las mujeres estaban naturalmente protegidas de las enfermedades cardiovasculares y que, en cambio, únicamente los hombres corrían unos determinados riesgos.

Los factores de riesgo para la muerte súbita derivados del *Framingham Heart Study*, después de 26 años de seguimiento, son diferentes para hombres y mujeres. Para los hombres, los factores de riesgo más importantes de la enfermedad cardiovascular son, por este orden: la edad, el colesterol sérico, el número de cigarrillos fumados a diario, el peso relativo y la tensión arterial sistólica. En cambio, para las mujeres los tres principales predictores de enfermedad cardiovascular son: la edad, la capacidad vital (la capacidad respiratoria máxima) y el hematocrito, que indica el grado de anemia o el volumen de glóbulos rojos y, como dato al margen, en mujeres de más de 60 años, el colesterol y la glucosa también son otros factores de riesgo (Schatzkin, 1984).

· *Las mujeres han sido invisibles para la ciencia biomédica porque se cree que están protegidas por su diferencia, cuando en realidad presentan problemas parecidos a los masculinos*

Un ejemplo paradigmático de la invisibilidad en el estudio de las diferencias, creyendo que las mujeres están protegidas por su propia biología, ha sido precisamente la terapia hormonal sustitutiva aplicada a las mujeres después de la menopausia y la enfermedad cardiovascular. Esta relación se estableció sin ensayos clínicos de larga duración, tan sólo con ensayos de tres o cuatro meses viendo si mejoraba la calidad de vida inmediata, la sequedad vaginal y los sofocos y, en cambio, no se estudió el efecto a largo plazo sobre la enfermedad cardiovascular. El motivo es que eran estudios que debían durar de dos a tres años para poder ser validados. Se realizó una inferencia rápida no basada en estudios fisiopatológicos sino en la *creencia*—y decimos *creencia* con todo el sentido ideológico que lleva implícita esta palabra— que las mujeres tenían que estar más protegidas de los infartos porque, aparentemente, no presentaban la misma sintomatología que los hombres, aspecto que hemos demostrado con anterioridad que era totalmente falso, ya que las muertes súbitas por infarto son mucho más predominantes entre las mujeres que entre los hombres. Con esta creencia en mente, se decidió afirmar que la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia protegería a las mujeres de la enfermedad cardiovascular; por suerte, en este caso se aplicó la medicina basada en la evidencia, que quiere decir la medicina basada en los ensayos clínicos, sobre todo los incentivados y realizados desde las entidades no lucrativas o desde la salud pública de cada país. De hecho, se demostró que había un considerable mayor número de muertes por trombosis durante los primeros años del estudio entre el grupo tratado con terapia hormonal sustitutiva que en el grupo placebo (Hers, 1998; Women's Health Initiative, 2002).

· *Las mujeres han sido invisibles como seres diferentes por la ciencia biomédica porque solo se las ha contemplado como no-hombre*

Un primer grado de invisibilidad es la exclusión sistemática de las mujeres como sujetos de los ensayos clínicos y como componentes de la muestra a estudiar; pero un segundo problema es qué influencia tienen los problemas de género, los estereotipos de género en la salud y, por ello se precisa un esfuerzo metodológico y del significado del género y de su impacto sobre la salud. Aunque, en ocasiones, sexo y género se utilizan como si fueran términos que pudieran sustituirse uno por otro, la distinción entre ambos términos es crucial, porque el sexo está determinado por la estructura cromosómica en el momento de la concepción y se reserva para referirse a las características biológicas de los seres humanos; en cambio, el género es aquello que la sociedad y la cultura piensan de las características biológicas diferentes. El género tendrá una profunda influencia en las experiencias vitales y esto no es reductible sólo a las diferencias cromosómicas, es una categoría social cuyas características resultan del acceso controlado socialmente a los

recursos y oportunidades, y determinados socialmente por las actitudes, conductas y valores (Kunkel, 1996).

Como ejemplo de problemas de género que pueden influir en la salud, se cuenta la violencia de género que, ampliamente extendida en las capas más profundas de las relaciones humanas tanto domésticas como laborales, en el ámbito del ocio o de la convivencia humana, está produciendo gran violencia psicológica y física, lo que se traduce en problemas de salud a corto, medio y largo plazo (Barea, 2000).

Por otro lado, el papel socialmente aceptado de la mujer como cuidadora ha hecho que el 75 % de la atención del hogar no remunerada recaiga en sus dos terceras partes en la mujer. Este papel de cuidadoras ha tenido un impacto en sus trayectorias y en sus carreras profesionales al limitar su evolución personal y condicionar incluso el trabajo que han aceptado y realizado (Shapiro, 1993).

Más de la mitad de las mujeres cuidadoras tienen problemas significativos de salud y casi una tercera parte de éstas entran en su etapa de envejecimiento con serios problemas financieros. Una tercera desviación por género implica el hecho que las mujeres reclaman mayor asistencia sanitaria y más atención a su sintomatología. El hecho de que masivamente pidan ayuda a los centros de atención primaria conduce a una mayor prescripción de tranquilizantes y sedantes sin haber efectuado prueba diagnóstica alguna. Este sesgo de género en la atención y en la asistencia no tiene explicación científica alguna y ha de ser estudiado desde un punto de vista de estereotipos de género que atribuyen a las mujeres muchos más problemas psicosomáticos y psicológicos sin entender qué bases sociales y culturales entrañan.

Un cuarto problema que implica relaciones de género sería precisamente el hecho que los bajos niveles de ocupación, de renta, de trabajo, y de recursos (el denominado empoderamiento) que presentan las mujeres condiciona indirectamente problemas de salud al disponer de poco tiempo para tener cuidado de ellas mismas y también porque esto conduce a una diferencia en la presentación de los síntomas y en la negociación del tratamiento de sus enfermedades con los médicos. Cuando la sintomatología que se presenta es muy enredada y los recursos son escasos existen muchos límites para presentar estos problemas en el acto médico; entonces se producen invisibilidades por falta de valoración de los síntomas (Kunkel, 1996).

Un quinto problema de género es precisamente la constatación, denominada *paradoja entre la muerte y la vida* (Verbrugge, 1988), de la mayor esperanza de vida de las mujeres, pero con una mayor tasa de enfermedad y discapacidad. El análisis de género, salud y longevidad revela que las mujeres presentan muchas más enfermedades crónicas incapacitantes, muchas más visitas a los médicos, muchas más prescripciones o no prescripciones de fármacos utilizados para mejorar su estado de salud, sobre todo en las situaciones de dolor y cansancio.

Un último problema que sesga e impide la visibilidad de los problemas de género en las investigaciones de salud pública es la no inclusión en las encuestas de preguntas o cuestiones relativas a las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, así como las que harían referencia a las diferencias de sobrecarga diaria con los hombres, la doble jornada y las tareas concretas que realiza en el ámbito doméstico. Una pregunta tan simple como el número de personas que viven bajo el mismo techo podría ayudar a obtener una visión más realista de los problemas de salud que presentan las mujeres en relación con su entorno (I. Rohlfs, 1998).

Cuando los estudios analizan el sexo como variable o factor independiente *se reduce el ser mujer a la ausencia de ser hombre*; no obstante, esta situación impide observar la variable de género como variable predictiva y pronóstica. Por ejemplo, de las formas de enfermar, si se comparan modelos de mujeres y hombres por separado, existe mayor claridad para vislumbrar cómo las estructuras de género, los estereotipos, o las condiciones sociales ligadas al género están influyendo en la salud de las mujeres y los hombres.

Asimismo, el factor condicionante de desigualdades en salud otorga más peso al papel de la educación, la pobreza y la clase social (Borrell i Benach, en prensa).

· *Las mujeres han sido invisibles para la ciencia biomédica porque sus problemas se han reducido a causas sociales y culturales, psicológicas y reproductivas sin tener en cuenta las diferencias biológicas, clínicas y las repercusiones medioambientales*

Sabemos que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, de 7 a 10 años. Basados en esta afirmación sería posible creer que no es necesario realizar investigación alguna sobre la salud de las mujeres porque su vida está protegida de forma natural. La sociedad y los profesionales de la salud podrían creer que las mujeres disfrutan de un mejor estado de salud que el hombre. Pero si estudiamos cuántos de los años vividos de más lo son con calidad de vida, existe una gran similitud entre mujeres y hombres, porque las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y discapacidades durante la vida que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas (Valls-Llobet, 1991).

La noción de que existen diferencias intrínsecas entre ambos sexos se basa en la consideración que la salud de las mujeres es solamente una salud reproductiva y muchos profesionales sanitarios y muchas de las políticas que se establecen en los países en relación con la salud de las mujeres se centra sobre todo en relacionar la salud con el embarazo, anticoncepción, la planificación familiar, y, recientemente, en la menopausia. Se visibilizan los problemas relacionados con su misión reproductiva como puede ser la misma menstruación que todavía es un tema tabú para la asistencia primaria y permanece invisible para la investigación científica. Este reduccionismo hacia la salud reproductiva ha tenido como consecuencia la organización de servicios asistenciales con unidades que atienden «exclusivamente los problemas de las mujeres» o «unidades de atención a la mujer» segregadas de las unidades de atención primaria, o del sistema de atención de un hospital, olvidando la similitud de los problemas de salud entre mujeres y hombres, obstaculizando la real introducción de una mirada de género no sesgada en la atención primaria o en medicina interna o en las especialidades médicas. De hecho, es una paradoja y analizando a la mujer de forma separada se la introduce en un gueto que impide la visibilidad de la morbilidad que presentan y la atención correcta a los problemas que pueden ser comunes a toda la población como sería la hipertensión, la diabetes, etc., que por no ser consideradas enfermedades *de las mujeres* son mucho más frecuentes entre las mujeres y son más visibles en estas denominadas «unidades de atención a la mujer». Se supone que existen diagnósticos diferentes con mayor prevalencia entre mujeres que entre hombres, sin que hayan sido probados (por ejemplo, se afirma que las mujeres son más depresivas, más ansiosas, que sienten subjetivamente mucho más el dolor...) cuando quizás se podrían obtener diagnósticos más rigurosos si se utilizaran métodos de diagnóstico más adecuados a los problemas o se interpretaran de forma distinta a los resultados analíticos que se obtienen en los laboratorios (por ejemplo, muchas enfermedades endocrinológicas subclínicas causan síntomas parecidos a los cuadros ansiosos depresivos e incluso interfieren en los tratamientos que se administran psicofarmacológicamente a estas pacientes).

Este reduccionismo social, psicológico o reproductivo ha impedido investigar de forma clara las enfermedades que son predominantes entre el sexo femenino, lo que se denomina *morbilidad diferencial*, asignatura pendiente para la medicina, tanto para la atención primaria, como para la hospitalaria (tablas I y II).

· *Las mujeres han sido invisibles para la ciencia biomédica por sesgos de género en la organización sanitaria y en los análisis estadísticos por la actitud de los profesionales de la sanidad*

Los profesionales sanitarios y la organización sanitaria son los que construyen poco a poco el gran entramado del análisis estadístico de las frecuencias y prevalencias de las enfermedades, de las incidencias de las enfermedades nuevas, de los resultados de los tratamientos, y de su evolución. Si las actitudes de los médicos, de las/los profesionales sanitarios hacia las/los pacientes ya está sesgada en un inicio, difícilmente las estadísticas

de prevalencia de las enfermedades podrán ser objetivas si no se realiza un esfuerzo mayor. Las actitudes de los médicos de atención primaria hacia los pacientes, mujeres y hombres, fueron estudiadas por Berstein y Kane (1991). Se observó que el 25 % de las mujeres eran catalogadas como pacientes que se quejaban en exceso; los síntomas de las pacientes eran más fácilmente atribuidas a influencias emocionales que las de los hombres y las enfermedades de las mujeres iban a ser clasificadas como psicósomáticas en el 26 % de los casos frente solamente el 9 % en el caso del sexo masculino. Los médicos y las médicas aprecian, a menudo, que las demandas de los pacientes varones son más serias, y también es probable que valoren un componente psicósomático si la paciente es de sexo femenino. La confianza de los profesionales sanitarios a la hora de asistir y de investigar que la ciencia era neutra por naturaleza les hizo pensar que cualquier metodología introducida podía ser válida para estudiar las enfermedades porque no creyeron en ningún momento que hubiera diferencias de sexo, ni en la mortalidad, ni en la evolución de las enfermedades, ni en el metabolismo de los fármacos. Además creyeron que la misma organización sanitaria no podía influir de manera alguna en la metodología del estudio y en los resultados de los análisis estadísticos efectuados: «Parece que tanto las circunstancias sociales como los procesos biofisiológicos contribuyen a las frecuencias y a las estadísticas observadas. Una rígida adherencia a un aspecto en exclusión del otro es de un provincianismo destructivo. Además, esta aproximación tiene como resultado una incompleta y a veces poco rigurosa explicación de los fenómenos. Esta rigidez ha conducido a una investigación mal enfocada, a unas evaluaciones inapropiadas, y a unas intervenciones mal concebidas relacionadas con la enfermedad. Como resultado, tanto el reduccionismo sociológico entre sociólogos y trabajadores de salud pública se ha convertido en tan destructivamente miope como lo ha sido hasta ahora el reduccionismo biofisiológico entre los científicos de ciencias biológicas y naturales» (Mckinlay, 1996). Si las personas que realizan los estudios estadísticos nunca piensan que pueda haber una evolución de las enfermedades diferente, o una metabolización de los fármacos distinta, o incluso un riesgo más elevado de sufrir algún tipo de consecuencias negativas por la utilización de un fármaco, si no se piensa en aquello difícilmente las estadísticas resultantes serán fieles reflejos de la realidad, por tanto, se perpetuará la invisibilidad científica de las mujeres año tras año en la ciencia médica.

## Bibliografía

- AYANIAN, JOHN Z. *ET AL.*: «Differences in the use or procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease», *N Engl J Med* 1992; 325: 221-225.
- BANDYOPADHYAY, S. *ET AL.*: «Age and gender bias in statin trials», *Q J Med* 2001; 94: 127-132.
- BENZ SCOTT, LISA A. *ET AL.*: «Why are women missing from outpatient cardiac rehabilitation programs? A review of multilevel factors affecting referral, enrollment and completion», *J Women's Health* 2002; 11 (9): 773-791.
- BORRELL, C.; BENACH J.: «Desigualtats de salut a Catalunya», *Informe CAPS 2002*, en prensa.
- BUCHTHAL, STEVEN D. *ET AL.*: «Abnormal myocardial phosphorus-31 nuclear magnetic resonance spectroscopy in women with chest pain but normal coronary angiograms», *N Engl J Med* 2000; 342: 829-835.
- GILLIS, CATHERINE L. *ET AL.*: «Recruitment and Retention of Healthy Minority Women into Community-Based Longitudinal Research», *J Women's Health & Gender-Based Medicine* 2001; 10 (1): 77-85.
- GREENBERGER, PHYLLIS; GEVERS, SARAH N.: «Improving Clinical Research for Women», *J Women's Health* 2000; 9 (8): 809-811.
- GUINAN, MARY E.: «Scientific Standards and Studies of Women: Lack of Adherence to Established Principles by Scientists, Scientific Journals, and Science Writers», *J Women's Health* 1992; 1 (2): 93-94.
- HARJAI, K.J. *ET AL.*: «Does gender bias exist in the medical management of heart failure?», *Int J Cardiology* 2000; 75: 65-69.
- J.HARRIS, DAVID J.; DOUGLAS, PAMELA S.: «Enrollment of Women in cardiovascular clinical trials funded by the national heart, lung and blood Institute», *N Engl J Med* 2000; 343: 475-480.
- HEALY, M.D.: «The Yentl syndrome», *N Engl J Med* 1991; 325: 221-225.
- HENIG, ROBIN: «Are Women's Hearts Different?», *The New York Times Magazine* 1993, 58, oct. 2, págs.

58-61.

- HOCHLEITNER, MARGARETHE M.D.: «Coronary Heart Disease: Sexual Bias in Referral for Coronary Angiogram. How Does It Work in a State-Run Health System?», *J Women's Health* 2000; 09 (01): 29-34.
- KUNKEL SUZANNE, R.; ATCHLEY, ROBERT C.; OXFORD, OHIO: «Why Gender Matters: Being Female Is Not the Same as Not Being Male», *Am J Preventive Medicine* 1996; 12 (5): 294.
- LESLIE, SCD, JOANNE: «Women's Lives and Women's Health: Using Social Science Research to Promote Better Health for Women», *J Women's Health* 1992; 1 (4): 307-318.
- MARROCCO, ANGELA ET AL.: «We've Come A Long Way, Maybe: Recruitment of Women and Analysis of Results by Sex in Clinical Research», *J of Women's Health* 2001; 10 (2): 175-179.
- MCKINLAY, JOHN B.: «Some contributions from the Social System to Gender Inequalities in Heart Diseases», *J Health and Social Behavior* 1996; 37: 1-26.
- MEINERT, C.L.; GILPIN, A.K.: «Estimation of gender bias in clinical trials», *Statist Med* 2001; 20: 1153-1164.
- MERKATZ, RUTH B. ET AL.: «Women in clinical trials of new drugs. A change in food and drug administration policy», *N Engl J Med* 1993; 329: 292-296.
- MONTGOMERY, CAROL H.; SHERIF, KATHERINE: «The information Problem in Women's Health: A Piece of the Solution», *J Women's Health* 2000; 9 (5): 529-536.
- PRIOR, JOCELYN: «Comunicació al 1er. Congrés Internacional Dones, Treballs i Salut», Barcelona, 1996.
- PROUT, MARIANNE N.; FISH, SUSAN S.: «Participation of Women in Clinical Trials of Drug Therapies: A Context for the Controversies», *J Women's Health* 2001; 6 (5): wh1031.
- RAMASUBBU, K. ET AL.: «Gender Bias in Clinical Trials: Do Double Standards Still Apply?», *J Women's Health & Gender-Based Medicine* 2001; 10 (8): 757-764.
- RATHORE, SAIF S. ET AL.: «Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure», *N Engl J Med* 2002; 347: 1403-1411.
- RIDKER, M.D. ET AL.: «Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events», *N Engl J Med* 2002; 347 (20), november 14: 1557-1565.
- RUIZ, M. TERESA; VERBRUGGE, LOIS M.: «A two way view of gender bias in medicine», *J Epidemiology and Community Health* 1997; 51: 106-109.
- SCHATZKIN, M.D., ARTHUR ET AL.: «The epidemiology of sudden unexpected death: Risk factors for men and women in the Framingham Heart Study», *Am Heart J* 1984; June.
- SCHULMAN, KEVIN A. ET AL.: «The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization», *N Engl J Med* 1999; 340: 618-626.
- STEINGART, RICHARD M. ET AL.: «Sex differences in the management of coronary artery disease», *N Engl J Med* 1991; 325: 226-230.
- VALLS-LLOBET, C.: «Morbilitat diferencial», Congrés Dona i Qualitat de Vida, Barcelona, 1990.
- VALLS-LLOBET, CARME: *Mujeres y hombres, salud y diferencias*, Ed. Folio, Barcelona, 1996.
- VIDAVER, REGINA M. ET AL.: «Women Subjects in NIH-Funded Clinical Research Literature: Lack of Progress in Both Representation and Analysis by Sex», *J Women's Health* 2000; 9: 495.
- WENGER, NANETTE K. ET AL.: «Cardiovascular health and disease in women», *N Engl J Med* 1993; 329: 247-256.

## Carme Valls

Médica y Directora del Programa Dona, Salut i Qualitat de Vida del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), associación científica sociosanitaria sin ánimo de lucro, de la que es actualmente Presidenta. Organizó el primer Congreso Internacional Mujeres, Salud y Trabajo (1996), y está investigando los problemas de salud de profesiones feminizadas para hacer visible la morbilidad diferencial (enfermedades de mayor prevalencia entre las mujeres). Ha publicado artículos de prensa científica y divulgativa, así como libros: *Dones i homes: Salut i diferències*, 1994 i *Davant d'una edat difícil*, 1992. Ha dirigido la colección Salut i Qualitat de Vida (24 vol.) de Círculo de Lectores. Profesora en la Universitat de Barcelona de la asignatura de libre elección: "Dones i Homes. Epidemiologia de les diferències". Actualmente es Diputada por el Grupo Parlamentario *Socialistes-Ciutadans pel Canvi*, y Secretaria primera de la Mesa del Parlament de Catalunya.

[cavalls@parlament-cat.es](mailto:cavalls@parlament-cat.es)

**Tabla I** Morbilidad diferencial exclusiva de las mujeres

---

<b>I. Problemas de salud en torno al ciclo menstrual</b>	
1.	Derivada de los trastornos de la menstruación
	- Hemorragia excesiva, metrorragia
	- Oligoamenorrea
	- Síndrome premenstrual
	- Migraña premenstrual
	- Deficiencia de fase luteínica (déficit de progesterona)
2.	Desequilibrios hormonales que alteran la armonía del ciclo ovárico
	- Hiperprolactinemia
	- Alteración de la función de la glándula tiroides
	- Hirsutismo (por alteración ovárica y suprarrenal), síndrome del ovario poliquístico
	- Endometriosis
3.	Consecuencias patológicas de los trastornos de la menstruación
	- Anemia
	- Déficit de reservas de hierro (ferritinas bajas)
	- Mioma uterino
	- Mama fibroquística (aumento del riesgo de cáncer de mama)
	- Osteopenia (mala formación ósea)
<b>II. Cáncer de mama, ovario, cerviz y endometrio</b>	
<b>III. Patología derivada de partos y embarazos</b>	
	- Embarazos adolescentes
	- Incontinencia urinaria
	- Incontinencia de heces
	- Hemorroides
	- Rotura uterina

---

**Tabla II** Morbilidad prevalente y constante entre mujeres**Morbilidad prevalente\***

1. Anemias y ferropenias (18/1 y 75/1)
2. Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) (10/1)
3. Enfermedades de transmisión sexual (clamidias, gonorrea) (10/1)
4. Enfermedades autoinmunes (9/1)
5. Trastornos del tiroides (tiroiditis, hipotiroidismo) (50/1)
6. Enfermedades cardiovasculares (¿)
7. Miopatías que producen dolor (endocrinas y mitocondriales) (50/1)
8. Fibromialgia (¿)
9. Síndrome de fatiga crónica (¿)
10. Ansiedad y depresión (3/1)
11. Artritis y artrosis (3/1)
12. Osteoporosis (3/1)
13. Polimialgia reumática (3/1)
14. Hiperparatiroidismo secundario a déficit subclínicos de vitamina D (10/1)

**Morbilidad constante durante toda la vida**

- Bioacumulación de sustancias químicas
  - Estrés físico y mental
- 

\* Se exponen por orden cronológico de incidencia y, entre paréntesis, *ratio* mujeres/hombres