

**X SEMINARIO DE LA RED-CAPS**  
***ii10 años haciendo red!!***  
***Barcelona, 14 de noviembre de 2008***

***LA SALUD DE LAS MUJERES EN LA MEDICINA: ¿Qué ha  
cambiado en los últimos diez años?***

***De la invisibilidad al estudio de las diferencias y desigualdades***

***Dra. Carme Valls-Llobet***  
*Médica endocrina*  
*Presidenta de CAPS*

**INTRODUCCIÓN**

El primer obstáculo para el abordaje de la salud de las mujeres y su empoderamiento (es decir, si pueden o no ser protagonistas de sus vidas), lo crearon quienes han decidido desde el principio (e impartido) qué y cómo había de ser la salud. Fueron, fundamentalmente, los estudios que partían de las facultades de medicina, los que iniciaron la concepción de lo que es salud y lo que es enfermedad.

Estos conceptos nacieron, fundamentalmente, del estudio de las personas hospitalizadas, que en su mayoría eran sido hombres. Por lo tanto, la mayoría de conocimientos médicos empezaron a partir de la patología masculina. Antes de la era que empezó con Vesalio (1514-1564), iniciador del estudio de la anatomía del cuerpo humano con disecciones multitudinarias, no existía ciencia pero si opiniones, que desde Aristóteles a los padres de la Iglesia, decidían quien era superior y quien inferior, quien era portador de la vida (el hombre) y quien tan sólo un receptáculo (la mujer) del homúnculo ya formado en el espermatozoide. Después, como veremos, las ciencias de la salud han continuado incorporando distintos sesgos de género, según el momento histórico.

El primer modelo de estudio de la Medicina moderna, plantea que las enfermedades no tienen sexo, que hombres y mujeres son iguales y que no hay diferencias en el enfermar, ni por razones biológicas ni por razones sociales. En determinadas patologías la frecuencia era mayor para el sexo masculino o para el femenino, pero quedaba implícito que las enfermedades causadas por agentes externos o cambios internos, no tenían matices diferenciales al evolucionar en un hombre o en una mujer. Ni los tratamientos tampoco. Se asumía que, estudiando a los hombres, quedaban estudiadas todas las mujeres, menos en el embarazo y el parto, esta era la única diferencia que formaba parte de los estudios básicos de medicina y profesiones sanitarias.

A partir de los años 70-80 del siglo XX, una corriente científica, fundamentalmente feminista, empezó a plantear que la salud de las mujeres, dependía de problemas sociales y culturales, que provenían en su mayor parte de la discriminación y la violencia que habían sufrido y que, por lo tanto, los problemas de salud eran fundamentalmente sociales. Esta concepción seguía partiendo de la base de que biológicamente hombres y mujeres éramos iguales, que el problema diferencial estaba en la violencia y discriminación sociales.

La aproximación a la realidad corporal de distintas corrientes de pensamiento, tanto del feminismo como del psicoanálisis, se enmarcan en este enfoque, el cual, al minimizar las diferencias biológicas, también nos aleja de la realidad, ya que en ella se manifiestan tanto las influencias culturales, medioambientales y genéticas asociadas a las diferencias endocrinológicas entre mujeres y hombres, como las diferencias individuales de cada ser humano debidas a su historia clínica y a su biografía.

Pero la ciencia médica de los años 90 se vio sacudida por la constatación de una diferencia que no había sido estudiada hasta entonces: fue el brusco descubrimiento de una nueva enfermedad denominada "menopausia". Promovidos los reclamos publicitarios por la industria farmacéutica, que deseaba colocar unos determinados productos, se asoció, en la estrategia de marketing, menopausia a dolor y decrepitud corporal. Esto se hizo, sin embargo, sin estudios epidemiológicos que basaran sus afirmaciones, y sin estudios clínicos que investigaran las causas del dolor y su diagnóstico

diferencial. Se aceptó por primera vez que existía una diferencia biológica, pero se convirtió a las mujeres en víctimas de su cuerpo. Aunque en los estudios de salud, la menstruación se había estudiado de forma muy superficial, y no se había pensado que pudiera influir de ninguna forma en la salud o en el humor o en el funcionamiento del organismo, su desaparición se convirtió en un acontecimiento trascendental para la salud de las mujeres e hizo aparecer por primera vez el concepto de que éramos “víctimas de nuestro cuerpo”. Este enfoque de la menopausia, dejó a millones de mujeres en estado de indefensión, sin explicaciones para saber, sin argumentos para decidir y con miedo a las catástrofes futuras (no demostradas) que se les baticinaron si no aceptaban para siempre la terapia hormonal sustitutiva.

En el año 1996, durante el primer Congreso Internacional, Mujeres, Salud y Trabajo

<sup>1</sup>, las investigadoras procedentes de muchos países del mundo que participamos (y que hemos seguido desde entonces conectadas en red) acordamos adoptar la definición propuesta por la Dra. Jerilynn Prior, feminista y endocrinóloga de Vancouver, que entiende que la salud de las mujeres se debe entender en relación con la biología, con la psicología y con la sociedad, entendiendo por sociedad no sólo la cultura, sino las condiciones de vida y trabajo y del medio ambiente (agua, aire, alimentos, cosméticos...).

## **Las causas y consecuencias de la invisibilidad**

*“La devaluación cultural es también importante como una de las influencias que hace enfermar a las mujeres. Todos los grupos sociales trabajan por medio de una gran variedad de discursos que hacen parecer como naturales las desigualdades y las diferencias de género” LESLEY DOYAL*

El hecho de que las mujeres sean invisibles<sup>2</sup> para la atención sanitaria, para el diagnóstico y tratamiento muchas enfermedades, que sus síntomas sean confundidos, minimizados, o no bien diagnosticados, y que sus quejas sean frecuentemente atribuidos a etiología psicológica o psicosomática, hace

replantear las bases en que se ha basado la ciencia para conocer los problemas de salud de hombres y mujeres. En este campo los avances en **la innovación han sido muy desiguales**, y poco sistemáticos, en cada una de las especialidades médicas; todavía existen pocos datos de investigación diferenciados por sexo, y se cruzan de forma incorrecta y reduccionista las causas y los efectos de determinadas patologías.

Además, se hace pasar por ciencia lo que no es otra cosa que las reglas del patriarcado aplicadas al cuerpo de las mujeres. Estas reglas se pueden resumir en tres<sup>3</sup>:

Naturalización de la diferencia sexual como inferioridad: Es decir, se considera natural por ejemplo que lo masculino está unido a la agresividad, al poder y a la dominancia, frente a la pasividad, sumisión y debilidad de lo femenino.

Fragmentación del cuerpo y de la experiencia: A la Medicina de la extrema especialización y la visión tecnológica del cuerpo, con exploraciones cada vez más sofisticadas, no le interesan los sujetos (especialmente si nos mujeres). No interesa el relato de la evolución de los propios síntomas, ni las experiencias en relación al propio cuerpo y sus dolencias. En la relación con la asistencia sanitaria se acaba diluyendo la experiencia de las personas y fragmentando sus cuerpos, a los que, a veces, se llega a aplicar tratamientos para los distintos síntomas incompatibles entre sí. Nada más lejos de la visión del cuerpo como organismo en el que todo está en relación.

Objetualización de los sujetos: Las mujeres (y ya bastantes hombres), pasan a ser objetos de mercado para ser poseídas/dos y manipuladas/dos a través de los cosmético, cirugía, industria de la moda y medicalizaciones varias.

El mensaje dominante es que las mujeres no son sólo diferentes, sino física, psicológica y socialmente inferiores.

### **La palabra género puede invisibilizar la salud de las mujeres**

El concepto género puede ser usado precisamente en contra de la visibilidad y participación de las mujeres en la vida social, científica y académica. Según

sea el sentido y la acción de las investigadoras que lo utilicen puede esconder o no las diferencias.

La salud se consideró como ausencia de enfermedad en las primeras definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la enfermedad se definió como una desviación de la norma biológica<sup>4</sup> con una etiología específica, y cuyo paradigma más claro fueron las enfermedades infecciosas, cada una causada por una bacteria, hongo o virus. Enfermedades en abstracto, sin relación con las condiciones de vida y trabajo, ni con la cultura, etnia, clase social, ni con el medio ambiente. Pero esta definición de enfermedad causada por una etiología única, se contradice con la realidad, ya que la salud de los seres humanos, de los *organismos humanos* está sometida a numerosos condicionantes que actúan al mismo tiempo, con grados diversos de intensidad, que se potencian o neutralizan mutuamente y cuyas consecuencias son las alteraciones de la salud física o mental.

Además estos condicionantes actúan de forma diferente en el cuerpo de hombres y mujeres, con consecuencias distintas, según la edad, la nutrición, la clase social, el trabajo que realicen, y las relaciones sociales que establezcan<sup>5</sup>. Sin embargo la mayoría de los estudios de investigación en ciencias de la salud no incluían estos matices diferenciales, por lo que el patrón de estudio aparentemente “neutro” se basaba en estudios con cohortes constituidas tan sólo de varones.

Para tener en mente la diversidad de condicionantes en el momento de analizar los problemas de salud individuales o para diseñar protocolos de investigación, nuestro grupo de investigación del PROGRAMA MUJER, SALUD Y CALIDAD DE VIDA del CAPS, decidió seguir el modelo que, para estudiar las consecuencias del estrés físico y mental, diseñó el equipo de investigadores del Instituto Karolinska, liderado por la Dra. Marianne Frankenhauser<sup>6</sup>. Ella y su equipo estudiaron si los problemas de salud que presentaban hombres y mujeres en relación con las condiciones de vida y trabajo, dependían de las diferencias biológicas y psicológicas o de el entorno psicosocial que rodeaba la vida y el trabajo. Sus conclusiones han abierto un amplio campo de investigación y han demostrado que en la salud de hombres y mujeres, pesan más los condicionantes del mismo trabajo, sea el remunerado o el doméstico,

incluido las demandas excesivas y el soporte social para realizarlo, que las diferencias psicológicas y biológicas entre los dos sexos.

No se puede separar la percepción de salud, la sensación subjetiva de estar bien, de “no encontrarse bien”, de la cultura en que estemos inmersos. En los países occidentales la cultura de salud está asociada a la ingesta de alguna o muchas pastillas, cultura que como veremos más adelante está alentada por una potente industria farmacéutica. Pero en otras culturas, más animistas, la salud puede estar asociada a determinados ceremoniales, a danzas, a la bebida de determinadas tisanas. Para la medicina oriental, está asociada a la armonía corporal y para ello en su práctica se recurre a la acupuntura, la meditación o el ayuno.

“Encontrarse bien” es encontrarse con uno mismo o con una misma, y la práctica de este encuentro es seguramente más fácil cuanto más holístico sea el acercamiento hacia el propio cuerpo, lleno de potenciales de salud y rodeado de riesgos para enfermar.

Un condicionante global de salud, además de la cultura es el medio ambiente, que ha emergido con fuerza desde el conocimiento de los efectos de los insecticidas en la salud y en el incremento de cáncer, en especial el de mama<sup>7</sup>, y en la interferencia en el desarrollo sexual de animales en los ríos y lagos<sup>8</sup>.

### **La necesidad de visibilizar las diferencias.**

La salud percibida es un concepto utilizado en las encuestas de salud de población, que valora a través de una sencilla pregunta, en qué estado de salud se siente una determinada persona. Si preguntamos a un grupo de población de mujeres y hombres “¿usted cómo se encuentra, bien, mal o regular?”, el resultado será que muchas más mujeres dirán que se encuentran mal y regular y muchos más hombres contestarán que bien y regular. Esta es una diferencia que se pone de manifiesto en todos los estudios del mundo.

¿Quiere decir esto que la mujer presenta una peor salud? No. El significado de la salud percibida sólo significa que la que responde siente que su salud no es buena, la percibe como mala. Pero esta percepción no se debe tan solo a la existencia de una enfermedad, sino de muchas otras

circunstancias vitales. La salud percibida es un vector de los condicionantes bio-psico-sociales, culturales y medioambientales de los que hablábamos al principio. Esta percepción no es tan solo una aproximación subjetiva, sino un complejo entramado de condicionantes, con mayor o menor prioridad según cada momento vital.

Existe un dato objetivo diferencial que fue motivo de análisis en profundidad en el Congreso<sup>9</sup> de Salud y Calidad de Vida del año 1990 celebrado en Barcelona. Se trata de la existencia de una mayor utilización de los servicios hospitalarios por parte de los hombres, y una mayor utilización de los servicios asistenciales ambulatorios por parte de las mujeres. Los hombres presentaban predominantemente patologías agudas que han de ser atendidas en los hospitales (infartos de miocardio, neumonías, úlceras de estómago, etc) y las mujeres presentan predominantemente patologías crónicas y sus demandas principales al sistema asistencial están relacionadas con el dolor en alguna parte del cuerpo y con el cansancio.

En el terreno de la investigación de las diferencias en mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombre, fue Lois Verbrugge<sup>10</sup> 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 o según interaccionen con la fase del ciclo menstrual.

En la década de los 90 las mujeres son por primera vez estudiadas como personas, además de cómo seres reproductores, y se empiezan a hacerse

“visibles” para la medicina en todas sus especialidades<sup>11</sup>. Pero, en los últimos 10 años, la perspectiva de género, además de ir afianzando esa visibilidad, nos ha permitido dar otro paso, una vuelta de tuerca más a la concepción de la salud centrada en la enfermedad y en la mujer como cuidadora de la familia y responsable de su salud y la de la comunidad en su conjunto. Este paso ha sido plantear la salud como agente satisfactor de las necesidades humanas fundamentales. Este nuevo enfoque concibe las relaciones de poder-subordinación y la división del trabajo como causa de la desigualdad entre los sexos en el ejercicio del derecho a la salud. Por ello, el objetivo ya no es dar formación a las mujeres para que puedan ser cada vez más cuidadoras de todos, sino facultarlas para la protección, promoción y autocuidado de su salud, con mecanismos de diálogo, concertación y negociación entre las instituciones de salud y las mujeres organizadas. Esta es la nueva perspectiva de género tanto para las actividades comunitarias en atención primaria como en las nuevas formas de hacer cooperación en salud<sup>12</sup>.

---

<sup>1</sup> Congreso Internacional, Mujeres, Salud y Trabajos. Caps. Barcelona abril 1996

<sup>2</sup> Valls-Llobet, Carme. “Mujeres Invisibles” 2006. Editorial de Bolsillo.

<sup>3</sup> Martínez Bellon, Isabel. Psicología y Género.

<sup>4</sup> Martínez Hernández, Angel. Antropología de la salud. Una aproximación genealógica. En: Prat J, Martínez Hernández A, editores. Ensayos de antropología cultural. 1996. Barcelona: Ariel Antropología. Pg 369-381.

<sup>5</sup> Valls-Llobet, Carme. Mujeres y hombres. Salud y diferencias. 1994 Editorial Folio

<sup>6</sup> Frankenhauser, Marianne y Lunberg, Ulf. (1996) Women, work and health

<sup>7</sup> Carson, Rachel L (2005) Primavera silenciosa. Biblioteca de Bolsillo

<sup>8</sup> Colburn Theo. Nuestro futuro robado.

<sup>9</sup> CAPS.(1991) Mujer y calidad de vida. Congreso Mujer Salud y Calidad de Vida de 1991.

<sup>10</sup> Verbrugge, Lois M. “Gender and health: An update on hypotheses and evidence” Journal of Health and Social Behavior 1985; 26 (3): 156-182.

<sup>11</sup> Valls-Llobet, Carme. Mujeres Invisibles. Editorial De bolsillo. Barcelona, 2006.

<sup>12</sup> Antolín , Luisa; Mazarrasa, Lucía. “Cooperación en salud con perspectiva de género”.Federación de Planificación Familiar de España. 1997.