

DE LA INVISIBILIDAD A LA CIENCIA DE LA DIFERENCIA

Carme Valls Llobet

1988. SIMPOSIO TECNOLOGIA MÉDICA Y CALIDAD DE VIDA. CAPS. Primera constatación de que los cuestionarios de calidad de vida permiten tomar decisiones complejas en medicina. Por ejemplo, la decisión sobre quien es tributario de trasplante de riñón.

1990. CONGRESO INTERNACIONAL MUJER Y CALIDAD DE VIDA. CAPS. Primer estado de la cuestión sobre MORBILIDAD DIFERENCIAL. Mujeres invisibles en la mayoría de trabajos de investigación. Mabel Burin, Emilce Dio, "Malestar de las mujeres"

1990-1991. RESONANCIA MÓRFICA: Lorraine Dennerstein en Melbourne : menopausia no medicalizada; Kaissa Kaupinnen en Finlandia: acoso sexual en trabajo; Karen Messing en (Quebec)Canadá: condiciones de trabajo invisibles que dañan; Jeryllyn Prior en Vancouver (Canadá): nutrición y progesterona en el ciclo menstrual; Noruega. Estrés materno y bajo peso al nacer; Brasil: Fumigaciones en los campos de algodón con insecticidas e incremento de suicidios.

1991. SINDROME DE YENTL. Bernardine Healy. Las mujeres invisibles para la cardiología.

1993. Primer WORKSHOP DE MUJERES, SALUD Y TRABAJO. CAPS.

¿????? REVISTA MUJERES Y SALUD primer número.

1993. NIH EDITA CARTA PARA INVESTIGACIÓN. No se becarán los trabajos que no incluyan mujeres ni minorías étnicas.

1996. I CONGRESO INTERNACIONAL MUJERES, SALUD Y TRABAJO. BARCELONA. (España) 53 países1998. Primer Seminario de autoformación de la REDCAPS. Madrid

1999. II CONGRESO INTERNACIONAL MUJERES, SALUD Y TRABAJO. RIO DE JANEIRO.(Brasil)

1999. I Seminario de Autoformación de la RED CAPS.Madrid. (ver listado en Anexo I

2000. Beca FIS para FERROPENIA con Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Primera interpelación en el Parlamento catalán sobre violencia de género.

2002. III CONGRESO INTERNACIONAL MUJERES, SALUD Y TRABAJO. Estocolmo (Suecia)

2003. Acuerdo de Parlamento para instaurar una línea de teléfono para mujeres que pidan ayuda por violencia de género y actualización de casas de acogida.

2003. Acuerdo Parlamentario para sustituir los Centros de Atención a la Mujer (Centros de Atención a la dona), por ASSIR (Asistencia a los centros de salud sexual i reproductiva)

2005. IV CONGRESO INTERNACIONAL MUJERES, SALUD Y CALIDAD DE VIDA. New Delhi (India).

2005-2006. Colaboramos desde CAPS con Teresa del Rio la ponente sobre la Ley General de Igualdad, en la redacción de los aspectos de salud de las mujeres y reconocimiento de las diferencias bio-sociales en salud.

2007. LEY GENERAL DE IGUALDAD, que modifica a su vez la de Sanidad.

2008. V CONGRESO INTERNACIONAL MUJERES, SALUD Y TRABAJO. Zacatecas. (Méjico)

Ley contra la violencia de genero

2010. Londa Schienberg en Universidad Stanford empieza a desarrollar centro de datos sobre las diferencias sexo-género en la Ciencia.

2018. 20 Seminario de la RED CAPS.

CAMBIOS CUALITATIVOS EN LA VISIBILIDAD

1990. MORBILIDAD DIFERENCIAL (C. Valls-Llobet)

Conjunto de patologías, factores de riesgo, y motivos de consulta que merecen una atención específica o diferente hacia las mujeres.

Motivada por:

*Diferencias biológicas, sociales, psicológicas, culturales o medioambientales.

*Mayor prevalencia en el sexo femenino, o causa de mortalidad prematura.

*Riesgos que obliguen a un abordaje diagnóstico y terapéutico diferente.

MORBILIDAD POR BIOLOGÍA DIFERENCIAL:

Trastornos del ciclo menstrual:	
Amenorrea u Oligoamenorrea	(10% y +)
Metrorragias.	(50% y +)
Déficit de fase luteínica.	(80% y +. Prevalencia "lifetime")
Síndrome premenstrual	(30% y +. < 20 años y > 40 años)
Ciclos anovulatorios.	(+ 50% en < 20 años)
Mastopatía fibroquística	.(+ de 60% y +)
Miomas uterinos. Fibroadenomas mamarios.	(? +)
Síndrome ovario poliquístico.Hiperplasia suprarrenal congénita de comienzo tardío.	(?) 17 % Israel
Endometriosis.	(5%. Aumenta incidencia).
Hiperprolactinemias	(? +).

(Andersch y Backström 1990)

MORBILIDAD DERIVADA DE BIOLOGIA DIFERENCIAL

	Prevalencia	Ratio M/H	
Anemias.	(16% Eu. > 40% Asia y África)		
Ferropenias.	(75% mujeres trabajo a destajo)		
Osteopenia por anovulación/ déficit de fase lutea (DFL)	(30% a 70% según profesión)		(Prior 1993)
Síndrome de ansiedad por DFL.			
Enfermedades autoinmunes:			
Lupus eritematoso	1/1000	9/1	
Tiroiditis autoinmune.	5% M> 40 años.		50/1
Artritis reumatoide.	1-2%.	9/1	
Endocrinopatías: Hipotiroidismos	20% M > 40 años)		50/1
Hipertiroidismo	5% M > 60 años).		
Déficit de melatonina.	(?).	(?)	

Morbilidad mayores de 50 años:

Hipertensión. (20%)	2/1
Diabetes (10% > 50 años.	2/1
Patología tiroidea. Tiroiditis. (25%.)	50/1

Cancer de mama (40-7 /100.000 año. Incidencia aumenta	
Obesidad con pérdida de cintura.	(?)
Déficit Vit. D e Hiperpara secundario. (38%)	30/1
Osteoporosis. (30% M)	3/1
Fibromialgia o el dolor desbordado. (2-4%).	50/1
Síndrome de Fatiga crónica	50/1
Sensibilidad Química Múltiple	(?)
Patología cardiovascular: IAM. AVC.	2/1

Efecto diferencial de los tóxicos:

Cuerpo de mujer es el primer “bioacumulador químico” ambiental (pesticidas, disolventes, derivados de plásticos, hidrocarburos de coches).

Efecto doble del alcohol en absorción y toxicidad hepática.

Tabaquismo provoca osteoporosis.

Anorexia –Bulimia o “Restringidoras de comida”.

Terapias hormonales sin investigación y control.

Consumo drogas aún es de predominio masculino.

Mortalidad diferencial:

Las 10 principales causas de defunción entre las mujeres por grupos de ingresos (2004)				Las 10 principales causas de defunción entre las mujeres por grupos de ingresos (2004)			
Escala mundial				Países de ingresos bajos			
Orden	Causa	Muertes (miles)	%	Orden	Causa	Muertes (miles)	%
1	Cardiopatía isquémica	3371	12.2	1	IRA2	1397	11.4
2	AVC1	3051	11.1	2	Cardiopatía isquémica	1061	8.7
3	IRA2	2014	7.3	3	Enfermedades diarreicas	851	7
4	EPOC3	1405	5.1	4	AVC1	749	6.1
5	Enfermedades diarreicas	1037	3.8	5	VH/SIDA	742	6.1
6	VH/SIDA	1013	3.7	6	Alecciones matemas	442	3.6
7	Diabetes mellitus	633	2.3	7	Infecciones neonatales 5	426	3.5
8	Prematuridad y BPN4	567	2.1	8	Prematuridad y BPN4	405	3.3
9	Infecciones neonatales	546	2.0	9	Paludismo	404	3.3
10	Cardiopatía hipertensiva	530	1.9	10	EPOC3	404	3.3
1 Accidentes vasculares cerebrales.				1 Accidentes vasculares cerebrales.			
2 Infecciones de las vías respiratorias bajas.				2 Infecciones de las vías respiratorias bajas.			
3 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.				3 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.			
4 Bajo peso al nacer.				4 Bajo peso al nacer.			
5 Incluye infecciones neonatales graves y otras causas no infecciosas aparecidas en el período neonatal				5 Incluye infecciones neonatales graves y otras causas no infecciosas aparecidas en el período neonatal			

Las 10 principales causas de defunción entre las mujeres por grupos de ingresos (2004)				Las 10 principales causas de defunción entre las mujeres por grupos de ingresos (2004)			
Países de ingresos medios				Países de ingresos altos			
Orden	Causa	Muertes (miles)	%	Orden	Causa	Muertes (miles)	%
1	AVC1	1842	16.4	1	Cardiopatía isquémica	650	15.8
2	Cardiopatía isquémica	1669	14.8	2	AVC1	459	11.2
3	EPOC3	875	7.8	3	Alzheimer y otras demencias	195	4.7
4	IRA2	451	4	4	IRA2	165	4
5	Cardiopatía hipertensiva	319	2.8	5	Cáncer de mama	163	4
6	Diabetes mellitus	309		6	Cáncer pulmonar y traqueobronquial	159	3.9
7	VH/SIDA	264		7	Cáncer colorectal	130	3.2
8	Cáncer de mama	231		8	EPOC3	126	3.1
9	Cáncer gástrico	201		9	Diabetes mellitus	123	3.0
10	Cáncer pulmonar y traqueobronquial	191		10	Cardiopatía hipertensiva	91	2.2
1 Accidentes vasculares cerebrales.				1 Accidentes vasculares cerebrales.			
2 Infecciones de las vías respiratorias bajas.				2 Infecciones de las vías respiratorias bajas.			
3 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica				3 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			

Fuente: OMS 2009. Las mujeres y la salud.: los datos de hoy, la agenda de mañana.. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf

El cáncer es la primera causa de muerte en los hombres y la segunda en mujeres. La mortalidad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres de todo el mundo, sólo superada por la insuficiencia respiratoria en los países de renta más baja.

1993. LEY NIH. “No se podrá becar con dinero público ningún trabajo de investigación que no contenga mujeres y etnias minoritarias” B. Healy

1995. “No se aceptarán trabajos de investigación que no hayan diferenciado los datos por sexo” Marcia Angell

1996. Conclusiones de I Congreso de Mujeres Salud y Trabajo:

- 1.- Incluir la perspectiva de género y las diferencias por sexo en las Ciencias de la Salud.
- 2.- Tener en cuenta en la investigación sobre mujer y salud los condicionantes biopsico sociales.

2007. Ley igualdad 3/2007. Modifica ley de sanidad. La igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Art.27.- Integración del principio de igualdad en la política de salud.

1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.
2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de la igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.
3. . Las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades las siguientes actuaciones:
 - a) La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.
 - b) El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección

de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.

- c) La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razones de sexo.
- d) La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.
- e) La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- f) La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

Disposición adicional octava que modifica la Ley General de Sanidad:

1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.
2. En la ejecución de lo previsto en el apartado anterior, las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando si igual derecho a la salud. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres.
3. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres.

4. La prestación de los productos terapéuticos precisos, atendiendo a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.
5. La protección, promoción y mejora de la salud laboral, con especial atención al acoso sexual y al acoso por razones de sexo.
6. La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria, incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género.
7. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.
8. El tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica para permitir el análisis de género, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por sexo.

Modificación apartado 2 y 3 Art.53:

1. El sistema de información sanitaria contendrá información sobre las prestaciones y la cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, e incorporará, como datos básicos, los relativos a población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación y resultados obtenidos, así como las expectativas y opinión de los ciudadanos, todo ello desde un enfoque integral de la salud, desagregando por sexo todos los datos susceptibles de ello.
2. Con el fin de lograr la máxima fiabilidad de la información que se produzca, el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establecerá la definición y normalización de datos y flujos, la selección de indicadores y los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información y para su análisis de la perspectiva del principio de igualdad entre mujeres y hombres.

Género y medicalización:

Medicalización es el proceso por el que problemas no- médicos o sociales son definidos y tratados como problemas médicos (enfermedad o trastorno). Las etapas vitales de las mujeres han sido más medicalizadas que los hombres. (Miranda Wagoner 2010). (Juan Gervás 2015). Algunos grupos con problemas específicos, o enfermedades discutidas advocan por la medicalización en parte para el reconocimiento de su experiencia, dolor y sufrimiento.

Ciclos vitales de las mujeres medicalizados:

CICLO MENSTRUAL: Supresión menstruación. SPM.

INFERTILIDAD.

EMBARAZO Y PARTO.

MENOPAUSIA.

SALUD MENTAL.

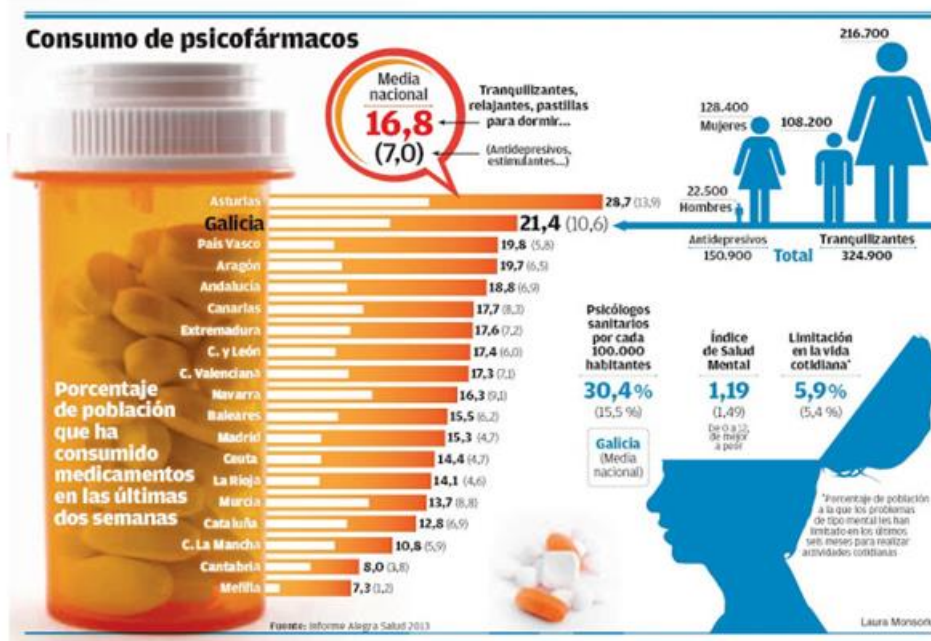
SEXUALIDAD.

CIRUGIA ESTETICA.

PREVENCION :

PREVENCION CARDIOVASCULAR. (estatinas)

PREVENCION DE CANCER. (mamografías?)



Diferencias farmacocinéticas entre hombres y mujeres

Calvo Hernández, Begoña; Gómez López-Tello, Paloma; Ruiz de Alegría López, María Dolores; Publicado en FMC. 2013; 20: 351-7

Casos de crisis por medicalización: (a completar por la REDcaps). Los conflictos de interés.

- Afectadas por fumigación por insecticidas en lugar de trabajo.
- Terapia hormonal sustitutiva.
- VIOX como tratamiento del dolor. Merck no publica efectos secundarios cardiovasculares después de medio año de administración. 150.000 demandas por infartos. (en tribunales)
- Vacuna Papilomavirus humano, aplicado niñas desde el 2008 sin haber sido investigado más que en mujeres de 16 a 24 años. (casos en tribunales)
- Controversia sobre mamografías.
- AGREAL, como tratamiento sofocaciones, ha resultado precursora de Parkinson y Alzheimer. (en tribunales)
- ESSURE, como método anticonceptivo. Lesiones permanentes (en tribunales).
- Parche de testosterona para aumentar la libido.
- Pastilla rosa para aumento de libido.
- No reconocimiento de Sensibilidad Química Múltiple, ni Sensibilidad Electromagnética. Implantación silenciosa de 5G.
- Los conflictos de interés saltan: Baselga y la crisis Cochrane.
- La malla vaginal y prótesis de cadera. Fallos en las agencias reguladoras que han de seguir el marketing de productos para la salud.

¿Cómo adecuar los planes de docencia en Género y Salud?

(En: Valls-Llobet, Carme. 2001.El estado de la investigación en salud y género. En Consuelo Miqueo, Concepción Tomas, Cruz Tejero, M^a José Barral, Teresa Fernandez y Teresa Yago (eds). Perspectivas de género en salud. Minerva ediciones.Pg 179-195)

“Hemos de cambiar el modelo de investigación y docencia hacia un modelo médico-científico relacional[i], que se aleje del concepto de salud sólo reproductiva, y del cuerpo de la mujer lleno de hormonas destinadas a la reproducción y haga una nueva lectura del cuerpo como organismo,

de su funcionamiento, de los conceptos de la medicina, en Anatomía y Fisiología atendiendo a las diferencias, entre mujeres y hombres, como tales, y no como inferioridades, y abordando la ciencia de la morbilidad diferencial” [i] Esteban, Mari Luz (ed)2007. Introducción a la Antropología de la Salud. Osalde. Bilbao.Pg 85

ÁREAS DE FORMACIÓN DE MÉDICAS/OS EN MUJER Y SALUD (Hohmann 1989)

1. Enfermedades cardíacas (enfermedad de arterias coronarias, dislipemias)
2. Enfermedades endocrinas (tiroides, diabetes, hirsutismo)
3. Enfermedades infecciosas (SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente)
4. Enfermedades de las vías urinarias (incontinencia, infección de las vías urinarias)
5. Enfermedades neurológicas (migraña, síndrome de fatiga crónica) Enfermedades musculoesqueléticas (osteoporosis, lupus, fibromialgia, síndrome túnel carpiano)
6. Problemas en mamas (benignos, malignos, galactorrea)
7. Salud reproductiva (Contracepción, salud pregestacional y postgestacional, embarazos de alto riesgo)
8. Menopausia y terapia hormonal sustitutiva.
9. Sexualidad.
10. Enfermedades que afectan a vagina y cérvix (vaginitis, displasia cervical)
11. Anomalías pélvicas (enfermedades inflamatorias de la pelvis, fibromas, cáncer uterino)
12. Anomalías de la menstruación (amenorrea, metrorragias, endometriosis, síndrome premenstrual)
13. Trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia)).
14. Violencia doméstica
15. Adicción a drogas y fármacos.
16. Mujeres en la medicina (problemas personales, profesionales y familiares).

Pero la diferencia cualitativa de la investigación y docencia llevada a cabo por las feministas de la vida es que sus trabajos no se basan sólo en prolongar la vida en número de días o años, sino en la calidad de esta vida.

“Para muchas mujeres sentirse enfermas o sufrir malestar es disponer de menos energía para llevar a cabo sus actividades cotidianas; es decir, la sensación de tener fuerzas para enfrentar sus tareas o la falta de la misma sirve para que muchas mujeres se vivan en plenitud o enfermedad... pues bien en el campo de la salud las mujeres expresan y simbolizan mediante los conceptos de fuerza, vitalidad, resistencia y energía, su bienestar o su malestar. (Mari Luz Esteban 2001).

“El concepto de calidad de vida como medida de salud ha sido un concepto olvidado hasta la última década del siglo XX, en la que medir la calidad de vida se introdujo lentamente en las decisiones terapéuticas, en la decisión de los trasplantes de órganos, en la valoración de las medidas asistenciales para atender a personas ancianas o con dolor invalidante. Las primeras medidas de calidad de vida intentaron profundizar de que recursos y posibilidades físicas, mentales y sociales, goza un ser humano, y de cómo pueden influir en la vida de las personas, en hacerlas más autónomas, y capaces de conducir sus propias vidas dentro de las limitaciones y dificultades que cada etapa de vida o que cada discapacidad plantea . Para ello exploraron áreas como la salud psicológica, y los estados de ansiedad y depresión y aceptación de la enfermedad; salud física, como el dolor, movilidad, calidad del sueño, capacidad de cuidar el propio cuerpo, de asearse, y de alimentarse; salud social, como la capacidad de relacionarse, de comunicarse, de poder tener relaciones sexuales, de implicarse en actividades sociales y de ocio; y de salud laboral, como las posibilidades de realizar un trabajo remunerado, y de acabar las ocupaciones domésticas que decida realizar.

Las medidas de calidad de vida no han permitido discriminar como las condiciones de vida y trabajo han condicionado la salud diferencial de mujeres y hombres, ya que no permiten medir como las desiguales oportunidades, en educación, en experiencias, en trabajo, han llegado a condicionar determinados aspectos de salud. Para ello ha sido necesario desarrollar cuestionarios de evaluación de salud, adecuados a cada condición que se ha necesitado explorar.

Pero hay campos que influyen en la calidad de vida aun inexplorados. El campo de los deseos, de los motivos personales para la implicación social y familiar, el campo que permite el desarrollo de un tiempo propio y de un espacio propio, es aún difícil de estudiar y conocer sino es con métodos

cualitativos, o explorando el inconsciente. Para muchas mujeres, no se puede desear lo que ni siquiera se puede imaginar.

Continúa pendiente el interrogarnos, en que entendemos por vida, para poder impedir que cualquier forma de poder venga de donde venga interfiera en las decisiones que coarten nuestra libertad. Las feministas de la vida, las de la igualdad y las de la diferencia, debemos trabajar junto a los y las intelectuales, filósofas y filósofos, y mujeres y hombres de “buena voluntad” para conseguir definir qué acciones emprendemos para mejorar nuestra vida, que acciones emprendemos para impedir que nuestro medio ambiente lesiones nuestra salud, y que acciones emprendemos para mejorar nuestra calidad y dar vida a nuestros años”. (Mujeres, Salud Y Poder. Cap 4)

Conclusión:

Colocar la VIDA Y LA CALIDAD DE VIDA en el centro de las políticas públicas y en la investigación científica.

Docencia transversal con perspectiva de género en todas las Ciencias de la Salud.

Nueva cultura de SALUD: BIO-PSICOSOCIAL-MEDIOAMBIENTAL.