La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad

POR DRA. CARME VALLS-LLOBET.
Médica. Endocrinóloga. Directora del Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS.

ESTE TEXTO FUE PRESENTADO EN EL CONGRESO SARE DE EMAKUNDE *"INNOVAR PARA LA IGUALDAD"*, CELEBRADO EL 13 Y 14 DE OCTUBRE DE 2008. SE PUBLICA AQUÍ CON EL PERMISO DE EMAKUNDE (INSTITUTO VASCO DE LA MUJER)

1 BUTLER, J. *Deshacer el género*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, 2006.

RESUMEN

El avance de las ciencias de la salud en los últimos diez años ha sido notable en diversas especialidades médicas y en especial en la cardiología en la que se han mejorado los métodos de diagnóstico y de tratamiento, además del reconocimiento de la alta prevalencia de patología cardiovascular en el sexo femenino, y de que es la primera causa de la mortalidad femenina a todas las edades en los países industrializados. La primera innovación ha sido pasar de la invisibilidad a la atención a la diferencia para conseguir la igualdad.

Palabras clave: patología cardiovascular, mujeres, tratamiento diverso.

ABSTRACT

The advance of health sciences in the last ten years has been very great in the diverse specialities, and specially in cardiology, where the methods of diagnosis have been improved, also it has been recognised that cardiovascular pathologies have a high presence in female sex, and that it is the first cause of female mortality in all ages in the whole countries industrialized. The first innovation has been to change from the invisibility to the attention to diversity in order to fulfill with the equality.

Key words: cardiovascular pathology, women, diverse treatment.

«...la tecnología es un *locus* de poder en el cual el humano es producido y reproducido –no sólo la cualidad humana del niño sino también la humanidad de aquellos que tienen y que educan niños, tanto los padres como los que no lo son–. De forma similar, el género aparece como una precondición para producir y sostener una humanidad que se pueda descifrar. Si pudiera darse una coalición intelectual entre los diversos movimientos que integran la Nueva Política de Género, sin duda se centraría en las presunciones sobre el dimorfismo corporal, los usos y abusos de la tecnología y el controvertido estatus de lo humano y de la vida misma. Si debe protegerse la diferencia sexual de su posible desaparición en manos de una tecnología que se concibe como falocéntrica en sus objetivos, entonces ¿cómo distinguimos entre la diferencia sexual y las formas normativas de dimorfismo contra las cuales luchan diariamente el activismo intersex y transgénero? Aunque la tecnología es un recurso al cual algunas personas quieren tener acceso, también es una imposición de la cual otras buscan liberarse». Judith Butler[1] (subrayado de la autora).

El avance de las ciencias de la salud en los últimos diez años ha sido notable en diversas especialidades médicas y en especial en la cardiología en la que se han mejorado los métodos de diagnóstico y de tratamiento, además del reconocimiento de la alta prevalencia de patología cardiovascular en el sexo femenino, y de que es la primera causa de la mortalidad femenina a todas las edades en los países industrializados. La **primera innovación médica** a escala mundial ha sido el reconocimiento de la patología cardiovascular entre las mujeres, por lo que estas han tenido por primera vez la posibilidad de ser tratadas con **igualdad de oportunidades** respecto a los hombres, y su principal causa de muerte no ha permanecido invisible. Por primera vez en años hemos podido tener una guía de prevención de los problemas cardiovasculares en el sexo femenino, con tratamientos adecuados que han tenido en cuenta las diferentes causas de la hipertensión y las hiperlipidemias entre mujeres respecto a los hombres y establecer estrategias específicas diferenciadas por sexo, de tratamiento y prevención. **La primera innovación ha sido pasar de la invisibilidad, a la atención de la diferencia, para conseguir la igualdad**.

Pero si existen cada vez más datos científicos que nos ponen de manifiesto la existencia de diferencias en el modo de enfermar entre hombres y mujeres, en la evolución de las enfermedades, y en la forma en que actúan los medicamentos. ¿Por qué se continúan considerando como inferiores o poco importantes los problemas crónicos que presentan las mujeres? ¿Porqué no se incluyen todavía a las mujeres en los ensayos clínicos de forma sistemática? ¿Porqué se medicalizan sistemáticamente los procesos naturales como el embarazo, el parto y la menopausia? ¿Por qué no se estudian los problemas que realmente padece y en cambio se crean nuevos problemas cuando se trata el dolor y el malestar con psicofármacos, sin averiguar las causas o las patologías subyacentes? ¿Cómo se han construido e introducido en el inconsciente de los profesionales de la medicina los estereotipos de género que creen que todo lo referente a las mujeres es inferior, maligno, debe ocultarse, o debe esconderse porque no es relevante?

El hecho de que las mujeres sean invisibles[2] para la atención sanitaria para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, o 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 reconocer 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, en las que todavía existen pocos datos de investigación diferenciados por sexo, y en las que se cruzan de forma incorrecta y reduccionista las causas y los efectos de determinadas patologías.

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 para determinadas enfermedades sin base científica. Además la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos actuales que **podría considerarse una tímida innovación** en camino hacia la igualdad de oportunidades, sólo se ha aplicado en el 25 ó 30% de los trabajos publicados en los últimos quince años, y son muy escasos los trabajos científicos que estudian al mismo tiempo condiciones de vida y trabajo y que se realizan por lo tanto con perspectiva de género. Esta es la gran asignatura pendiente para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres, introducir la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica, demostrando paso a paso los sesgos de la pretendida neutralidad de la ciencia biomédica oficial. El hecho de abandonar toda investigación sobre las condiciones sociales, laborales o ambientales como factores de riesgo de las enfermedades de mujeres y hombres y concentrar los presupuestos de investigación en el estudio del genoma humano, ya es un primer sesgo que deberemos combatir para evitar una nueva invisibilidad de los condicionantes del enfermar de los seres humanos[3].

¿INNOVACIÓN EN LOS DIAGNÓSTICOS DEL MALESTAR O NORMALIZACIÓN DE LA INFERIORIDAD?

Muchos parámetros bioquímicos relacionados con la energía, la fatiga y la calidad de vida, que han supuesto una gran **innovación** en los últimos diez años, ya que permiten detectar precozmente cambios sutiles en el sistema endocrinológico, inmunológico, o hematológico, han sufrido un sesgo de género en su valoración y se consideran "normales" en las mujeres con cifras más bajas que en los varones, normalizándose de este modo la inferioridad.

Los patrones de normalidad fueron en principio la media de los valores encontrados en una población dada. Pero las primeras poblaciones estudiadas fueron las de hombres y con el patrón hombre como patrón de la "normalidad se construyeron los primeros valores que se consideraron normales, para evaluar el estado de salud físico de una población para una parámetro determinado (número de glóbulos rojos, número de glóbulos blancos, o niveles de colesterol sérico). Precisamente en los parámetros relacionados con el metabolismo del hierro, y en el numero de hematíes, y su eficacia en el transporte de oxigeno, como la hemoglobina y el volumen corpuscular medio, aunque la ciencia médica ha propuesto determinados parámetros relacionados con la reservas de hierro en la médula ósea[4] existe una gran dispersión de resultados en la valoración de normalidad. Por ello muchos laboratorios han utilizado un eufemismo y en lugar de hablar de normalidad, valoran los parámetros como "valores de referencia", según la población atendida en estos centros. Esta valoración confunde habitualmente a los/las profesionales sanitarios que deben interpretarlos, ya que los valores de referencia se confunden con los valores normales, sin que las dos valoraciones se hayan relacionado con el estado de salud ni con la calidad de vida[5].¿Era normal que una mujer presentara un millón menos de glóbulos rojos que un hombre? Era debido a que ya presentaba una ligera anemia? De hecho esta diferencia, en este caso, esta inferioridad se consideró **normal**, y dentro del número de hematíes se consideró "normal" que las mujeres posean de medio a un millón menos de hematíes que los varones.

Otros parámetros relacionados con el metabolismo de los glóbulos rojos como los niveles de hemoglobina, el volumen corpuscular medio o el hierro almacenado (ferritina) también presentaban diferencias ostensibles según el sexo de las personas analizadas. ¿Lo que era normal para un hombre no lo era para una mujer? Estas diferencias no se han estudiado con métodos rigurosos y epidemiológicos de forma sistemática, sino que se aceptó la exis-

tencia de diferencias en el metabolismo del hierro y glóbulos rojos, con un silogismo que puede ser falso:

Dado que las mujeres tienen la menstruación es "natural" que tengan menos glóbulos rojos porque pierden sangre cada mes. De hecho se ha normalizado la inferioridad. Un claro ejemplo es la valoración del indicador de la reserva de hierro la Ferritina[6]. Los valores normales de la ferritina, de 50 a 200 ng/ml se correlacionan con el hierro almacenado en la médula ósea[7], pero los valores de referencia de la ferritina, en diversos laboratorios de análisis clínicos, son absolutamente dispersos según los diversos laboratorios de análisis clínicos, sean hospitalarios o ambulatorios. No se ha valorado la relación que existe entre los niveles de ferritina y la capacidad vital, el cansancio, la energía corporal, el dolor muscular generalizado, y la ansiedad, ni con calidad de vida. Además cuando los resultados de referencia se expresan de forma diferente entre mujeres y hombres, se asigna a los hombres los valores de referencia que son más elevados. Se ha aceptado como "normalidad" la inferioridad de estos parámetros en las mujeres en edad reproductiva o premenopáusicas como consta en muchos

2 VALLS-LLOBET, C. *Mujeres Invisibles.* Nuevas Ediciones de Bolsillo. Barcelona, 2006.

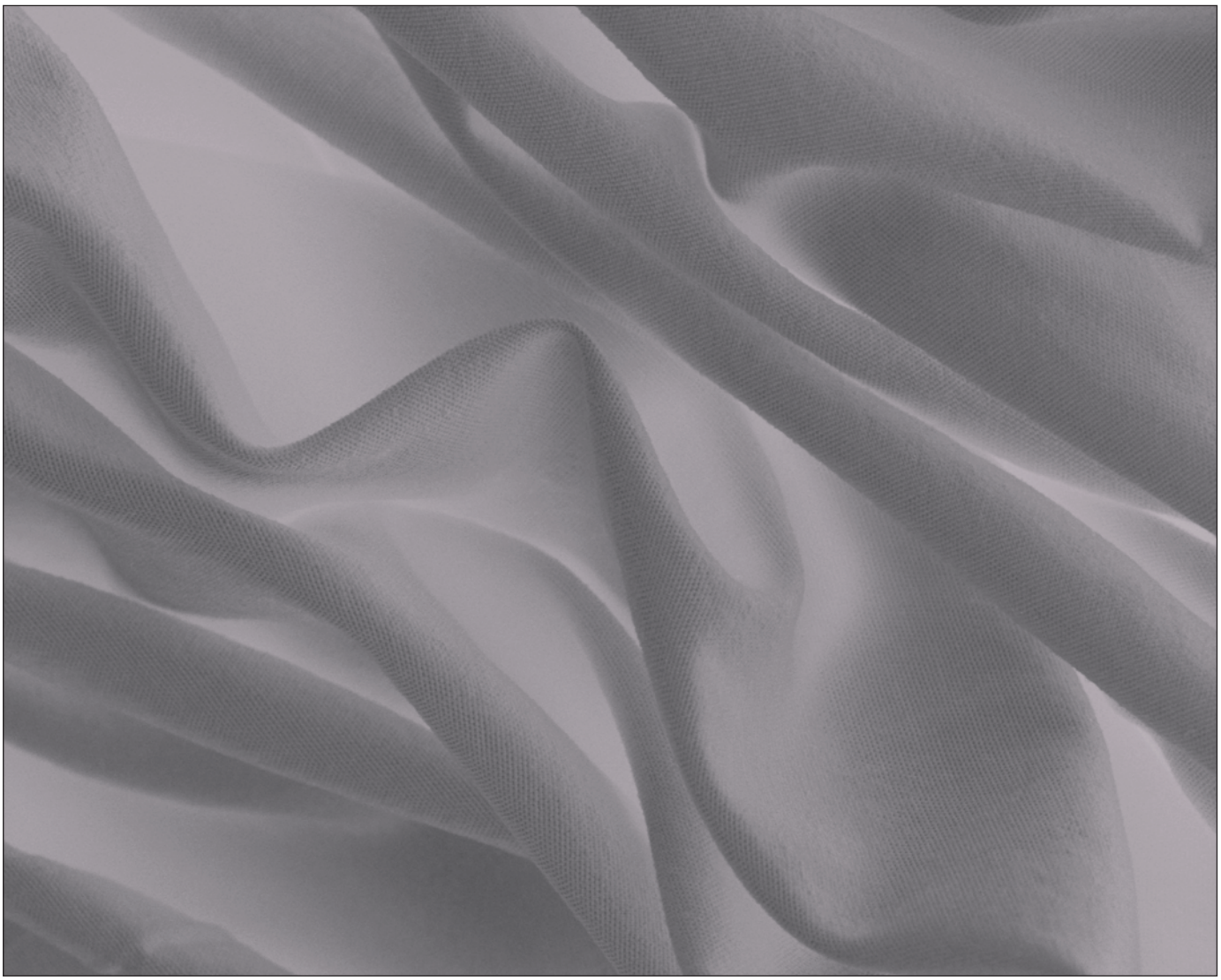
3 VALLS-LLOBET, C. "Salud comunitaria con perspectiva de género". *Comunidad*, nº 10, 2008, pp. 61-70.

4 JAMESON, J. N., KASPER, D. L., HARRISON, T. R., BRAUNWALD, E., FAUCI, A. S., HAUSER, S. L. y LONGO, D. L. *Harrison's principles of internal medicine.* McGraw-Hill Medical Publishing Division. New York, (16 ed.), 2005, pp. 586-592.

5 RUSHTON, D. H., DOVER, R., SAINSBURY, A. W., NORRIS, M. J., GILKES, J. J. y RAMSAY, I. D. "Iron deficiency is neglected in women's health", *BMJ*, 325, 2002 (7373), p. 1.176.

6 NAGHII, M. R. y FOULADI, A. I. "Correct assesment of iron depletion and iron deficiency anemia". *Nutr Health*, 18(2), 2006, pp. 133-9.

7 HILLMAN, R.S. y FINCH, C. A. *Red Cell Manual.* Philadelphia: Davis, (7 ed.), 1996, pp. 20-26.



documentos de valores de referencia. Por lo tanto la mayoría de mujeres con deficiencia de reservas de hierro no son tratadas adecuadamente, ya que no se diagnostica una carencia, sino que se considera "normal" que sea carente, con la persistencia durante toda la vida del cansancio y el dolor muscular que conlleva estas carencias.

Esta primera observación de la dispersión de resultados en unos parámetros que están frecuentemente alterados en el sexo femenino durante la edad reproductiva y el hecho de reducir la inferioridad a normalidad, constituyen sesgos de género que la medicina debería abordar, adecuando los límites de los valores normales o valores de referencia a parámetros clínicos de salud y calidad de vida. **Si no se generan desigualdades en salud, en lugar de hacer que las nuevas innovaciones en la tecnología de los instrumentos de diagnóstico, sirvan para mejorara la igualdad de las condiciones biológicas de salud**.

¿TRATAMOS O MEDICALIZAMOS?

El sesgo de género más paradigmático en cuanto a los tratamientos de las enfermedades reales o supuestas, se manifiesta de tres formas:

1

Ausencia de mujeres en los ensayos clínicos.

2

Medicalización excesiva de procesos naturales, como los trastornos de la menstruación o la menopausia, y de la salud mental.

3

No asistencia de los procesos biológicos o sociales que sean causa del malestar y la fatiga.

Voy a detallar brevemente cómo se manifiestan estos tres sesgos, que he explicado con más extensión en mi libro *"Mujeres invisibles"* (2006).

1

Ausencia de mujeres en los ensayos clínicos

Muchos de los fármacos que se aplican actualmente no han sido investigados entre mujeres ni entre ratas hembras en la primera fase del ensayo clínico. Históricamente las mujeres han sido poco representadas o no han sido incluidas en los ensayos clínicos y como resultado los datos que se derivan de los ensayos para el tratamiento de los

pacientes se han basado sobre todo en población masculina y se han extrapolado de forma inadecuada para el uso clínico en las mujeres. Pero en la era de la medicina basada en la evidencia no era posible continuar justificando esta aproximación especialmente cuando se había informado de forma clara que existía unas diferencias de género relacionadas con la farmacocinética de los fármacos y que muchas de las drogas utilizadas se metabolizaban diferente en el hombre y en la mujer, incluso tenían efectos diferentes.

En respuesta a estos problemas sobre las limitaciones de los resultados que se obtienen de los ensayos clínicos el Instituto Nacional de Salud de EE.UU. (NIH) publicó unas líneas de trabajo, unas guías de trabajo realizadas en 1993 que específicamente promovían la inclusión de mujeres y minorías en la mayoría de estudios de investigación. Estas guías de trabajo se formalizaron bajo el nombre de Acta de Revitalización exigiendo la inclusión de mujeres con posibilidades de quedar embarazadas en todas las fases de los ensayos clínicos para la investigación de nuevos fármacos. También se exigió que se analizaran los datos de los estudios especificando las diferencias de género cuando se realizaran ensayos clínicos de fase III. Esta acta de revitalización constituía **una innovación real** a favor de la **igualdad de condiciones para la investigación** de nuevos fármacos.

Sin embargo diez años después de la promulgación o difusión de estas guías de trabajo, múltiples estudios han analizado el impacto que los mandatos del Gobierno han tenido para promover la equidad de género en la investigación y por desgracia han demostrado que se ha presentado muy pocas mejorías tanto en el reclutamiento de mujeres como en el uso de análisis específicos de género[8]. Las mujeres premenopáusicas se enfrentan a barreras para participar en la investigación y desarrollo de fármacos en la Fase I y en la Fase II de los ensayos clínicos. Los cambios en las políticas de inclusión de mujeres han hecho que muchas terapias y muchos fármacos y sus efectos en las mujeres tengan que ser revalorados, así como algunas de las leyes que permiten la participación de mujeres en edad reproductiva tengan que ser revisadas, además la participación no es suficiente, se necesita un análisis específico por sexo que asegure que las diferencias entre hombres y mujeres son efectivamente valoradas.

2

Medicalización excesiva de procesos naturales, como los trastornos de la menstruación o la menopausia, y de la salud mental

> **"Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones le son ajenas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea".**
>
> Victoria Sau, 2000

Los trastornos de la menstruación han permanecido invisibles para el diagnóstico médico, ya que la tendencia ha sido enmascararlos con el tratamiento con anticonceptivos, que supusieron en su momento un gran innovación para la planificación familiar pero de los que no se valoraron los efectos secundarios ni a corto no a largo plazo. Estudios recientes nos alertan de su uso continuado antes del nacimiento del primer hijo, así como de los riesgos de la píldora para impedir la menstruación durante largos periodos.

Los riesgos a corto, medio y largo plazo de la administración de anticonceptivos orales de segunda y tercera generación adolecen de la escasez de ensayos clínicos randomizados para evaluar su efectividad y efectos secundarios. Los síntomas más frecuentes a corto plazo son la ganancia de peso, las náuseas, la mastodinia y tensión mamaria, la disminución de la frecuencia de los ciclos menstruales, la aparición de sangrados intempestivos, la dismenorrea y las metrorragias y el edema de extremidades inferiores; pero estos síntomas no han demostrado diferencias según el tipo de anticonceptivos usado en un reciente estudio publicado realizado entre 2.863 mujeres francesas[9]. Por ello los autores recomiendan mejorar los estudios para tener mejores datos basados en la evidencia que mejoren la eficiencia del consejo médico sobre la tolerancia de los anticonceptivos, más que basarse en sus propiedades teóricas. Tampoco han sido estudiados la incidencia del estímulo de la autoinmunidad, con incremento de la presencia de Anticuerpos antinucleares (ANA), fenómenos lupus-like, desencadenamiento de lupus eritematoso, y de tiroiditis auto inmune. Su alta prevalencia entre la población femenina lo hace más complejo, y el efecto sumatorio de otras fuentes de estrógenos como los ambientales, en el estímulo de las enfermedades auto inmunes.

Esta falta de estudios a largo plazo también incluye el de la supuesta nueva píldora anticonceptiva que se puede administrar durante meses sin descanso y que prolonga en realidad los efectos de la píldora de segunda generación ya que su composición es parecida[10]. Dada la escasez de datos para recomendar o no su uso prolongado, individualizando el tratamiento en una mujer concreta, deberíamos extrapolar la información de los efectos secundarios de la píldora anticonceptiva en general y de la segunda generación de anticonceptivos hormonales en particular. El uso de anticonceptivos hormonales con baja dosis de etinil estradiol y alta de progestágenos de síntesis, incluido el

8
VIDAVER, R. M.; LAFLEUR, B., TONG, C., BRADSHAW, R. y MARTS, S. A. "Women subjects in NIHfunded clinical research literature: lack of progress in both representation and analysis by sex". *J Womens Health Gend Based Med*, 9 (5), 2000, pp. 495-504.

9
MOREAU, C., TRUSSELL, J., GILBERT, F., BAJOS, N. y BOUYER, J. "Oral contraceptive tolerance: does the type of pill matter?". *Obstet Gynecol*, 109 (6), 2007, pp. 1.277-85.

10
VALLS-LLOBET, C. "Riesgos de la píldora de uso continuado para suprimir la regla". *Diálogos*, 72(52), 2007, pp. 19-21.

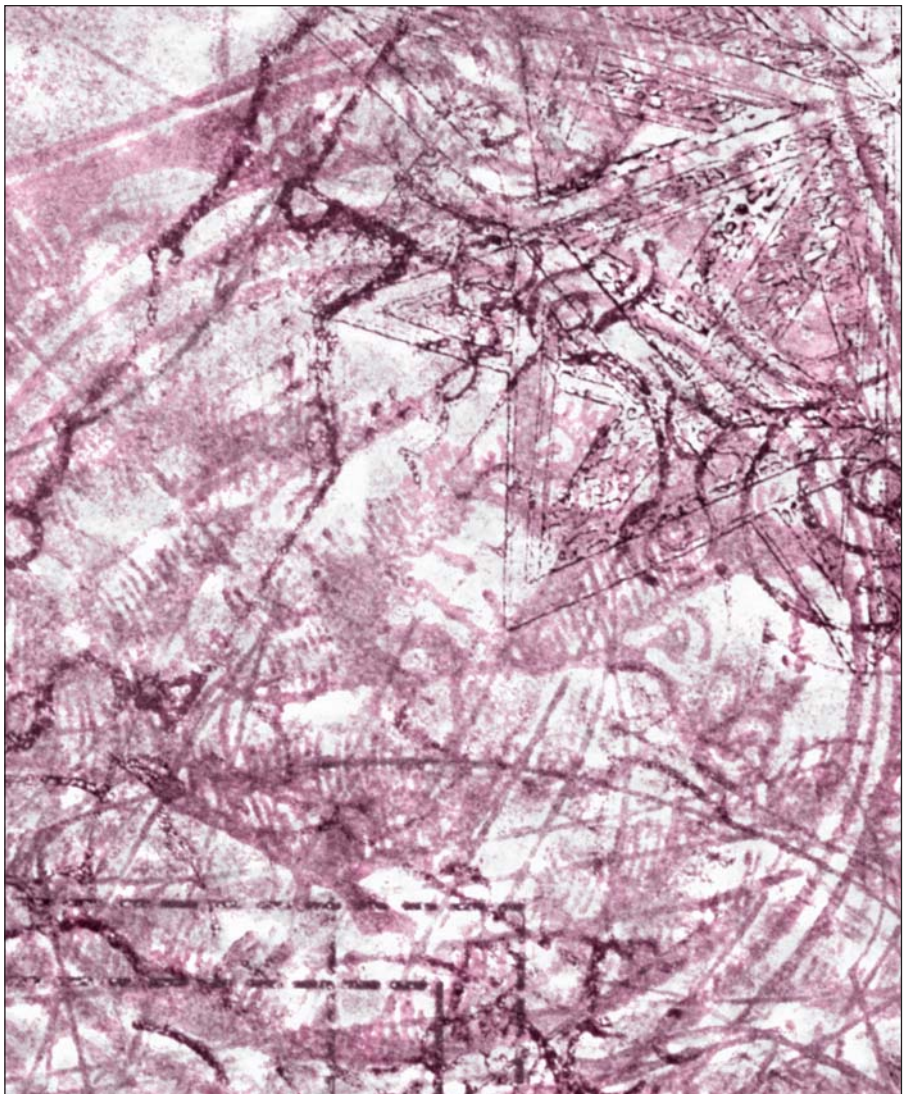
levonorgestrel, aumenta de forma significativa el riesgo de enfermedad cardíaca, y vascular arterial, con un incremento de problemas vasculares arteriales con los anticonceptivos de tercera generación[11]. El uso de anticonceptivos hormonales se asocia con un incremento de riesgo de cáncer de mama en la premenopausia, en especial con el uso de anticonceptivos más de 4 años antes de tener el embarazo a término[12].

Un ejemplo paradigmático de la invisibilidad en el estudio de las diferencias creyendo que las mujeres están protegidas por su misma biología ha sido precisamente la terapia hormonal substitutiva aplicada a las mujeres después de la menopausia, que es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular y para el cáncer de mama, pero que se introdujo al principio de los años 90 como el paradigma de la prevención del envejecimiento y de la osteoporosis. En este campo la **verdadera innovación** se realizó en el año 1996-1997, cuando el NIH de EE.UU., puso en marcha el Proyecto Women's Health Initiative, impulsado por la cardióloga Bernardine Healy. Éste se ha convertido en el primer estudio a gran escala de población para deshacer los mitos que pesaban sobre la terapia hormonal sustitutiva y las falacias que se habían introducido en el primer momento, y constituía un primer paso para desarrollar ciencia médica teniendo en cuenta precisamente las necesidades o intereses de las mujeres que tradicionalmente habían sido olvidados o despreciados. En un momento en que las informaciones sensacionalistas de los medios de comunicación han hecho pasar información como científica cuando no era o se han difundido noticias que se confunden con ciencia sin base experimental, el hecho de que un departamento de salud pública haya financiado un estudio a gran escala con más de 100.000 participantes durante 4 ó 5 años, de hecho el estudio estaba diseñado para 10, constituye un hito muy importante en la historia de la investigación biomédica dirigida precisamente hacia las mujeres. Precisamente este estudio ha demostrado el mayor riesgo de padecer cáncer de mama, de endometrio, y patología cardiovascular y de vesícula biliar entre las mujeres consumidoras de Terapia Hormonal Sustitutiva a dosis altas y continuadas.

En los dos últimos años la presentación de una nueva vacuna, investigada sólo dos años en mujeres de edades que oscilan entre 16 y 15 años, se ha presentado como una innovación en la prevención del cáncer de *cervix*, pero la obligatoriedad de la vacunación a niñas de 9 a 10 años plantea serias dudas a la comunidad científica y epidemiológica, dado que no cubre todas las cepas que pueden producir cáncer y en concreto en muchas CC.AA. sólo cubre el 20% de las cepas que pueden producir displasias y se han descrito una gran número de efectos secundarios leves y graves. Por esta razón se ha pedido una moratoria[13] a su obligatoriedad, mayor información veraz, y un seguimiento epidemiológico de las niñas vacunadas.

La medicalización sin bases científicas se manifiesta también en la administración de psicofármacos masivamente administrados a mujeres o el auge de la cirugía estética, donde la innovación de las técnicas quirúrgicas se convierte en una nueva forma de esclavitud mental. A lo largo de las vidas de las mujeres y cada vez a edad más temprana, es mucho más probable que una mujer reciba ansiolíticos o antidepresivos en la primera consulta que se hace a un especialista o a una consulta de Atención primaria.

Los psicofármacos son los primeros fármacos que incrementan la factura farmacéutica del Estado español durante el año 2003. En Catalunya, se calcula en 43.000 millones de pesetas la factura farmacéutica en psicofármacos durante el mismo año. Más del 85 % de los psicofármacos son administrados a mujeres en el estado



español, sobrepasando en mucho la evidencia científica de que existe como mucho el doble de ansiedad y depresión entre mujeres que en hombres, y en cambio los tratamientos con psicofármacos contradicen la evidencia anterior. Por cada diez personas que toman psicofármacos 8,5 son mujeres y 1,5 son hombres. ¿Existe más depresión y ansiedad en España entre mujeres o existe una cierta inclinación a ayudar a soportar la dureza de las discriminaciones y del papel de eternas cuidadoras a las mujeres haciendo acallar sus quejas y demandas con psicofármacos? La falta de diagnósticos adecuados o la falta de servicios sociales adecuados, o el sistemático papel de cuidadoras, no se puede confundir sistemáticamente con ansiedad. Asimismo el hecho de que muchos de los procesos que cursan con dolor o con cansancio, (los dos primeros motivos de consulta entre mujeres) sean poco diagnosticados por falta de protocolos o de recursos, facilita un exceso de tratamientos con ansiolíticos o antidepresivos con el deseo de mejorar la sintomatología sin conseguirlo de forma eficaz. La mayoría de personas diagnosticadas de fibromialgia son tratadas, con varios antidepresivos, ansiolíticos, e hipnóticos a la vez, y en ocasiones acompañados de parches de morfina. Y empieza a ser frecuente que esta prescripción se haga frente a cualquier presentación de dolor generalizado que se atribuye a fibromialgia aunque no cumpla los criterios diagnósticos. Si el dolor se puede presentar en un 32% de la población femenina, y un 15% de la masculina, ¿hemos de dar psicofármacos a un 30% de la población?

3

No asistencia de los procesos biológicos o sociales que sean causa del malestar y la fatiga

La mayoría de las causas de fatiga y de malestar entre mujeres y hombres se deben a un amplio abanico de interacciones entre condiciones biológicas, psicológicas, sociales y medioambientales que interactúan de forma diferente en hombres y mujeres. Hemos definido el término de **morbilidad diferencial**[14] para objetivar estas condiciones. Definimos la morbilidad femenina diferencial como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres sea porque sólo en ellas se puede presentar dichos problemas o por-que sean muchos más frecuentes en el sexo femenino.

Puede ser causada por las **diferencias biológicas** con el sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos. También entran en esta definición las enfermedades que, sin ser específicas del sexo femenino, se presentan con **una mayor frecuencia** (alta prevalencia) en él y son causa de enfermedad, discapacidad, o muerte prematura, más entre las mujeres que entre los hombres, como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinológicas y la ansiedad y depresión.

Existen también **factores de riesgo diferenciales** que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes mellitas, o la obesidad. Lois Verbrugge en 1989 señalaba que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno, la falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias.

En 1992 la revista JAMA publicó un monográfico dedicado a la salud de las mujeres en las que se señalaba la necesidad de llenar los vacíos en la investigación incluyendo la relacionada con atención primaria (Clancy et al., 1992). Diez años después aunque se han llenado algunos huecos todavía quedan amplios campos que investigar (DeAngelis, 2001). En los últimos ocho años se han publicado varios libros sobre la asistencia a las mujeres en atención primaria (Leppert y Howard, 1997) (Smith y Shimp, 2000), pero la falta de estudios de prevalencia y de análisis de los factores de riesgo con perspectiva de género hacen que su contenido siga muy ligado a la salud reproductiva y no contemple la salud diferencial. No obstante, actualmente la formación de MIR de 18 universidades americanas en mujer y salud incluye ya el rotatorio por 16 especialidades empezando por cardiología y endocrinología y este aspecto diferencial de la docencia también ***constituye una innovación****.*

CONCLUSIÓN:

Las nuevas tecnologías en forma de métodos diagnósticos, análisis clínicos, vacunas, o fármacos diversos, son **innovaciones** que pueden mejorar la salud y la calidad de vida, y crear **mejores condiciones para la igualdad, o pueden** constituir fórmulas para empeorar la salud, embotar las mentes, y aumentar los riesgos de cáncer, incrementando **las desigualdades en salud**, dependiendo de su utilización sin sesgos de género.

11 BAILLARGEON, J. P., MCCLISH, D. K., ESSAH, P. A. y NESTLER, J. E. Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, 90(7), 2005, pp. 3.863-70.

12 KAHLENBORN, C., MODUGNO, F. POTTER, D. M. y SEVERS, W. B. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc*, 81(10), 2006, pp. 1.287-9.

13 Razones para una moratoria en la aplicación de la vacuna del virus del papiloma humano en España. Disponible en: www.caps.pangea.org (pág. oficial de CAPS). Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2008.

14 VALLS-LLOBET, C., BANQUE, M., OJUEL, J. y FUENTES, M. "Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres". *Anuario de Psicología*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, 39(1), pp. 9-22.