

Sesgo de género - desigualdad evitable - y la Sensibilización Central (SSC)



Introducción:

La identidad y los roles de género, así como la posición social de menor poder (status de subordinación) de las mujeres, pueden ser importantes determinantes de la salud de estas, y de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres. La medicina basada en la evidencia es útil para los problemas de salud de los que hay evidencia, pero no así para los que no hay. [1] Como es el caso de las enfermedades de Sensibilización Central (SSC); Fibromialgia (FM), Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) también llamada Encefalomiелitis Miálgica (EM), Sensibilidad Química Múltiple (SQM) denominada también Intolerancia Ambiental Idiopática (IAI) y la Electrohipersensibilidad (EHS).

Esto sucede con muchos problemas de salud en los que el conocimiento no es exhaustivo, lo que ocurre con bastantes de los problemas de salud de las mujeres. Y buena parte de esta realidad tiene su origen en las investigaciones que utilizan a los hombres como prototipos poblacionales. [1]

Estas investigaciones producen nuevo conocimiento sobre las exposiciones a riesgos para la salud propias de los hombres, sobre la forma de enfermar de estos, y sobre su respuesta a los tratamientos y sus pronósticos, que con posterioridad se infiere a las mujeres, lo que en múltiples ocasiones ha sido erróneo desde un punto de vista científico. [1]

Se investiga para actuar, pero como la creación de conocimiento parte del conocimiento existente, y como este hasta hace poco no era sensible a la condición de género y a su perspectiva y análisis, en la actualidad, los hallazgos de las investigaciones todavía corren el riesgo de seguir caracterizándose por tener sesgos de género, y por tanto ser poco exhaustivos y útiles para la salud de las mujeres. [1]

1. Sesgo de género en la medicina y en la atención sanitaria:

Alteraciones de la TSH o falta de hierro, situaciones que afectan más a las mujeres, no son convenientemente tratadas. Falta diagnóstico diferencial que diferencie por sexos. Cualquier aspecto de la medicina se ha de diferenciar por sexos cuando se estudia. En las universidades, se enseña que hombres y mujeres son iguales y que no hay diferencias. Y eso no es cierto del todo, hay enfermedades que pasan de forma distinta en mujeres que en hombres. La mujer tiene más enfermedades crónicas y el hombre plantea más problemas agudos. En general, las mujeres sobreviven más a las infecciones porque tienen mejores defensas que los hombres. Las mujeres tienen una inmunidad diferente a los hombres que no se tiene en cuenta. El

sistema médico “escucha” de forma diferente a un hombre frente a una mujer. La mujer es tratada como neurótica, mientras que la sintomatología que manifiesta el hombre es creíble. Dolor, cansancio y ansiedad son los más frecuentes síntomas que presentan mujeres en la atención primaria y suelen ser síntomas sin diagnóstico. [2]

En las mujeres se tiende a atribuir sus síntomas difusos a un estado nervioso más que a buscar la causa. Porque falta ciencia del diagnóstico diferencial para poder encontrar las causas de los síntomas de hombres y de mujeres. [2]

2. Sesgo de género en la investigación:

Falta ciencia del diagnóstico diferencial para poder encontrar las causas de los síntomas de hombres y de mujeres. En los ensayos preclínicos apenas se utilizan ratas y en los ensayos clínicos sigue sin haber las suficientes mujeres y sin hacer análisis diferencial de los resultados por género y sexo. Hay trabajos muy recientes de investigadores que buscaron qué pasaba con las investigaciones en farmacocinética cardiovascular en ratas. El 75% de trabajos se hacían con ratas macho, el 2,5% con ratas hembra, y el 20% en ratas que no se sabía qué sexo tenían. Sigue pasando y lo razonan diciendo que dicen que la rata macho no tiene ciclo de estro. Las ratas macho no tendrán ciclo pero las mujeres a las que se aplicarán los fármacos sí que tendrán ciclo. Por tanto es una falacia no estudiar en los dos sexos todos los problemas de salud y todos los problemas farmacológicos. Si no se expresa esta diferencia, no tenemos ciencia. Y si no hay ciencia buena, no habrá docencia buena y no habrá asistencia buena, es una cadena. [2]

Por otro lado, hay muy pocas guías profesionales de diferentes especialidades que diferencien por sexo. Un ejemplo es la guía para el lupus, una enfermedad autoinmune que, como otras de este tipo, es de predominio femenino. En toda la guía de lupus se habla una sola vez de mujeres. Habría que poner, al menos, la proporción, a qué nos enfrentamos y si tiene relación o no con el ciclo menstrual, que la tiene. Hay enfermedades autoinmunes que los estrógenos las empeoran. Si sabemos eso, entenderemos por qué es más frecuente que se presente en mujeres jóvenes. [2]

3. Sesgo de género en la valoración de los análisis de laboratorio:

A las mujeres, igual que nos valoran mal en la vida resulta que nos valoran mal en los análisis. Los valores que establecemos de lo que es normal y lo que no, suelen basarse en lo que es más o menos frecuente en una población y no en aquello que esté relacionado con la calidad de vida de la población. Un hipotiroidismo subclínico sostenido se ha visto que puede ser causa de infarto de miocardio en la mujer porque altera el corazón. Se ha visto que mantener una TSH elevada altera el endotelio de la coronaria. El estudio de población Rotterdam ha visto que la falta de tiroides tiene más relación con hacer infartos de miocardio, incluso más que la hipertensión y el colesterol. Esto refuerza la idea de que hay que tratarlas bien. ¿Dejaríamos a un hombre con una TSH alta? Lo que pasa es que es una patología en la que por cada 50 mujeres con TSH alterada, hay un hombre con este problema. Pasa lo mismo con el hierro y las anemias. Se considera normal que una mujer tenga tres o cuatro veces menos reserva de

hierro que un hombre. No, esto es frecuente, pero lo frecuente, no es lo normal. Es frecuente porque sangra cada mes en la menstruación, pero no debería perder más de 80 cm cúbicos al mes. Si sangra más, también hay que ver por qué. En esos casos ya no recupera el hierro. Todo esto hay que estudiarlo en su conjunto. [2]

4. Sesgo de género en los protocolos sanitarios:

Las guías y recomendaciones son publicaciones que utilizan el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad de las CCAA para hacer llegar a los profesionales sanitarios la evidencia científica actualizada de las enfermedades que atiende. En la Sensibilización Central (SSC), siendo las cuatro patologías crónicas no están incluidas en ningún protocolo médico sanitario dentro de las enfermedades CRÓNICAS en España. El Ministerio de Sanidad, en 2004 publica su primer protocolo sobre Fibromialgia. En 2011 publica su primer protocolo sobre Sensibilidad Química Múltiple. Ambos siguen vigentes a día de hoy, sin posterior publicación, ni actualización. En todos se mantienen aún hipótesis psicológicas/psiquiátricas e información no eficaz sobre tratamientos. Con estos recursos desactualizados de la información científica vigente los sanitarios deben atender a una población en aumento con diagnóstico SSC. Se cree que el 20% de la atención primaria, recibe enfermos de Sensibilización Central, cada día, son datos estimados, porque no hay intención de registrar esta información de forma sistemática a día de hoy. Sin Planes de Salud actualizados es difícil mejorar la situación actual. La inversión en planes de salud no es un gasto, conllevaría una mejora importante en la población afectada, en su salud y en su calidad de vida y ocasionará una disminución directa del gasto sociosanitario, es decir una inversión a corto plazo, que afectaría a más de un millón de mujeres en España.

Se necesitan protocolos de diagnóstico diferencial del dolor y del cansancio bien estructurados y que estos protocolos los pueda ejercer el médico o médica de atención primaria. Son los primeros que ven estos problemas y no se les dan recursos para que puedan atenderlos bien. [2]

5. Sesgo de género en la utilización hospitalaria:

La mayor utilización del hospital por varones que por mujeres, es un indicador de sesgo de género en el esfuerzo terapéutico de los que más información existe en la literatura científica. Esta no es solo responsabilidad de los pacientes, si no que está mediada por el médico y el sistema sanitario. [1]

Con relación a los tratamientos sintomáticos, como el dolor, en Cataluña se observó en 1964 personas (un 50,3 %, mujeres) que en cualquier grupo de edad las mujeres acuden más al médico y se automedican más que los hombres, pero los hombres reciben más tratamiento hospitalario que las mujeres. [3]



6. Sesgo de género en la aplicación de procesos terapéuticos:

Pese a no detectar diferencias significativas en la presentación de infartos, las mujeres presentan al ingreso cuadros de mayor severidad (el 14 % de los hombres y el 21 % de las mujeres). También se observa un mayor esfuerzo terapéutico en hombres, medido en términos de acceso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) (el 90 frente al 75 %). Aunque estos resultados no miden costes absolutos, sirven para hacer una comparación por sexos. Estos resultados son congruentes con los observados en otras especialidades. Hasta el momento, no existen datos específicos disgregados por género sobre coste farmacéutico o intervencionista en las Unidades de Dolor, y si bien parece existir una demanda de 3 a 1 en el tratamiento, esta tendencia se mantiene respecto a la pauta intervencionista. No obstante, sería conveniente tener en cuenta estos factores para poder prevenir actuaciones sesgadas. [3]

7. Sesgo de género en la prescripción y consumo de psicofármacos:

Mayor consumo y prescripción de psicofármacos en mujeres por parte de los facultativos. [3]
En España el 85% de los psicofármacos se administra a mujeres. [2]

La mayor prescripción y consumo de fármacos psicotropos en mujeres puede reflejar una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en estas; o que las mismas al quejarse inducen la prescripción más que los hombres. Pero también, que los médicos atribuyan a factores psicológicos, más fácilmente en mujeres que en hombres, lo que son síntomas físicos (o de presentación atípica), o tiendan a prescribir fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad a mujeres más que a hombres. Lo destacable es que el malestar emocional de las mujeres está medicalizado, habitualmente, con estrategias terapéuticas sintomáticas erróneas y ciegas a las causas. Y la mayor parte de la medicación consumida es prescrita por los médicos, lo que hace pensar en estos como los recursos para modular los excesos de sobreutilización de terapias por parte de los pacientes, especialmente de las mujeres. [1]

8. Sesgo de género sociolaboral:

La salud femenina, y más en particular la salud laboral de la mujer trabajadora, como otros tantos efectos de la desigualdad (–ocupación de cargos políticos, cargos públicos, brecha salarial, responsabilidades familiares, y un desgraciado largo etcétera), han sido desatendidos legislativa y científicamente hasta el día de hoy. [4]

Hasta el momento no se ha abordado dicho análisis en nuestro país, pero la lógica no puede apuntar hacia otro lugar, en cuanto nos encontramos con una enfermedad potencialmente discriminadora en su recepción social, si se considera que, además de la natural reticencia hacia el surgimiento de nuevas patologías -como es el caso de las enfermedades de Sensibilización Central (SSC)- en tanto no se instaure un conocimiento científico sólido sobre su etiología y entidad (propias de cualquier enfermedad), éstas se acompañan de un especial desvalor social observado incluso entre la clase médica, pues se asocian a elementos atribuidos peyorativamente a la mujer, como su carácter psicosomático, su posible etiología “histérica”, la ineficacia laboral, o la simple búsqueda de vías para huir del trabajo de manera económicamente ventajosa (la obtención de una pensión de la Seguridad social). [4]

9. Sesgo de género en la elección de variables utilizadas en el método científico:

Descartar a priori determinadas variables científicas a estudiar que pueden estar afectando al problema es aplazar la solución eficaz del mismo y como suele decirse “marear la perdiz”. En diferentes ocasiones en nuestra Historia de la Salud reciente se demostró esto con evidencia científica posteriormente, ejemplo de ello el tabaco, el amianto, el mercurio en la industria sombrerera, la talidomida que a día de hoy España es el único país del mundo que no reconoce todavía a los afectados. Tarde o temprano la verdad prevalece. No reconocerlo pronto enriquece a algunos sectores un tiempo y ocasiona un gran sufrimiento humano que era evitable.

Negar la evidencia de los tóxicos ambientales en la salud de los seres vivos, sólo se puede entender por interés económico y político. Las alteraciones funcionales, orgánicas y los cambios epigenéticos que ocasionan alteradores hormonales o disruptores endocrinos, empastes dentales con mercurio, pesticidas y fungicidas en la alimentación de animales y humanos, etc. ocasiona demorar una realidad no investigada oficialmente sobre la salud y su interacción medioambiental. Si esa realidad afecta mayoritariamente a mujeres, aún se tarda más en incluir de forma sistemática y científica esas variables, tal como ha venido ocurriendo en la historia.

Es probable que si las enfermedades de Sensibilización Central (SSC) afectaran a hombres de forma mayoritaria, en un 95% como ocurre con las mujeres, con alteraciones neuroendocrinas, inmunológicas y sistema nervioso, el modelo científico se hubiera aplicado de otra forma y utilizado y analizado todas las posibles variables en juego, sin descartar ninguna, y posiblemente hubiera encontrado mejores evidencias, diagnósticos y tratamientos que los actuales aplicados a las mujeres.

En la actualidad, numerosas enfermedades y otros trastornos de la salud de las mujeres tienen una causa ambiental. Si bien los hombres también se ven afectados, crecientes evidencias científicas muestran que el cuerpo de las mujeres es aún más vulnerable a la contaminación existente en el medio doméstico y en el laboral. La contaminación puede llegarnos a través de muchas vías, principalmente del aire, el agua, los alimentos, los cosméticos, los campos electromagnéticos, etc. [2]

10. Sesgo de género institucional:

No se actualizan y cambian leyes y normativas, con la necesaria diligencia, en relación a enfermedades emergentes con clara expansión y con importante repercusión económica sociosanitaria, como es el caso de la Sensibilización Central (SSC), y como consecuencia a las trabajadoras afectadas se les niegan sistemáticamente sus derechos sociosanitarios frente a los hombres con los mismos diagnósticos, que en la mayoría, sí se les reconocen en la vía administrativa, sin tener que llegar a la vía judicial.

En Discapacidad: se aplica para valorar una solicitud, en el año 2021, el Real Decreto 1971/99 en relación a su posible Discapacidad-Minusvalía; 22 años sin corregir, añadir, rectificar, incluir

nuevas patologías, como es el caso de las Enfermedades de Sensibilización Central (SSC). Es decir, científicamente desde el año 1999 hasta el 2021 no hay ningún cambio significativo en lo que se refiere a salud y discapacidad en España, para haber necesitado mejorar, cambiar o actualizar un Real Decreto que aún se aplica en todo el país para valorar a los/las ciudadanos/as que lo necesitan.

En Incapacidad Laboral Permanente: la respuesta habitual del INSS -Instituto Nacional de la Seguridad Social- mayoritariamente, a las mujeres trabajadoras, ante las solicitudes, será que estas enfermedades (SSC) no son constitutivas de incapacidades, sin atender el grado y la gravedad individual en cada caso, ni su repercusión en la vida laboral. La solución para la mujer trabajadora afectada es iniciar un proceso judicial para demandar un derecho no reconocido en vía administrativa y esperar a que un juez le dé la razón a la enferma.

A modo de reflexión, el conocimiento de sesgos de género en medicina es crucial para abordar las desigualdades evitables en la recuperación de la salud de las mujeres. Se han producido avances significativos en el conocimiento de fisiología, etiopatogenia, farmacoterapia y tratamientos intervencionistas cada vez más eficaces e individualizados en el ámbito del dolor crónico. También se han producido importantes cambios estructurales en el contexto de roles de género y logros sociales, laborales, micro y macroeconómicos y culturales para atenuar la desigualdad, que sin duda repercutirán en modelos de salud-enfermedad también diferentes y complejos. Parece pues, que todavía nos queda un largo camino por recorrer en el ámbito de tratamiento diferencial y deberemos asumir esta gran responsabilidad social, sanitaria y científicamente compartida para poder dar una respuesta a la nueva realidad diferencial de dolor y género. [3]

Podemos concluir que es preciso revisar los estereotipos y sesgos de género que se producen en la atención sanitaria del dolor crónico, que abocan a minusvalorarlo, a considerarlo como parte de otra enfermedad, tanto por las pacientes que reclaman menor atención, como por los profesionales que minimizan sus consecuencias, y valorar la relación que esta patología pueda tener con situaciones de sobrecarga que sufren las mujeres, por asumir tareas relacionadas con el cuidado informal, unido a la falta de corresponsabilidad que dificulta la conciliación. [5]

Existen importantes lagunas en el conocimiento científico para las que se necesitan especialistas con entrenamiento en investigar las experiencias vitales de salud y enfermedad de los hombres y las mujeres dentro de sus contextos social, económico y político tanto como biológico. Sin ir más lejos, queda mucho trabajo por hacer en investigación sobre la influencia en la salud de determinantes como la división sexual del trabajo, las tareas de los agentes de salud, las situaciones de doble jornada, el reparto del tiempo, la segregación horizontal y la segregación vertical. [1]

Bibliografía:

[1]. *Sesgos de género en la atención sanitaria* (M.T. Ruiz Cantero). 2009

[2] *Medio Ambiente y Salud. Mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos.* (C. Valls-Llobet).2018. *Hay sesgos de género en la medicina, falta investigación y diagnóstico diferencial entre hombres y mujeres* (C.Valls Llobet).2020

[3]. *Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico.* (E Gallach Solano, M A Bermejo Gómez, R Robledo Algarra, R M Izquierdo Aguirre, M A Canos Verdecho). 2020

[4]. *El factor del género en la salud y en su protección: el caso de la Fibromialgia.* (P. Rivas Vallejo). 2008.

[5]. *Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres.* (E.Gil-García, R. Cáceres Matos). 2020

Asociación Afigranca – C/ Antonio Manchado Viglietti, nº 1 – 35005 Las Palmas de Gran Canaria – Las Palmas - España
Tfno: 928 230 141 ó 620 976 564 info@afigranca.org Web: afigranca.org