

Carme Valls-Llobet, endocrina

# “No somos el sexo débil, somos el sexo que

BERTA CHULVI

**La endocrina catalana Carme Valls-Llobet es una referencia internacional en la praxis y la investigación médica con enfoque de género. Hablamos con ella de medicina en general porque ese es el marco de invisibilidad de las mujeres en el que se inscriben las desigualdades en salud laboral de las trabajadoras. En marzo participó, junto con varias expertas de ISTAS, en la conferencia “Mujeres y trabajo” organizada por el Instituto Sindical Europeo en Bruselas. Su libro *Mujeres, salud y poder* marca un antes y un después en la lucha feminista en el ámbito de la salud.**

**La filósofa Celia Amorós ha sido paciente suya y afirma que usted esclarece las enfermedades desde una perspectiva feminista, ¿qué quiere decir con eso?**

Me emocionó que Celia dijera eso. Yo lo que hago es escuchar las diferencias que hay en el enfermar de hombres y mujeres. Y lo hago con una mirada científica. Por tanto, defiendo el derecho de las mujeres en el campo de la salud a tener las mismas oportunidades que los hombres, teniendo en cuenta que somos diferentes. Y eso es el feminismo: entender que tenemos igualdad de derechos, pero eso no quiere decir que tengamos el mismo trato, porque tenemos diferencias que han de ser visibilizadas. Por ejemplo, tenemos una vida más larga, pero los años que vamos a vivir de más, de momento, los vivimos con más dolor o con más enfermedades crónicas. Y estas enfermedades crónicas son las que se han estudiado menos por la medicina. Es decir, partimos de una desigualdad. Si tú vas al profesional de la medicina y le planteas un dolor o un cansancio y la atribución que se hace de ese dolor o de ese cansancio siempre es una enfermedad depresiva, nerviosa o un problema psiquiátrico, estamos sesgando el abordaje de los problemas de salud desde la igualdad de oportunidades, porque si fuera un hombre quien hablara, no se realizaría esa atribución causal.

**En el libro *Mujeres, salud y poder* llega a decir que al cuerpo de la mujer no se le ha dado calidad ontológica, es decir, que no existe, ¿se refiere en la investigación médica?**

Sí. Primero por haberla hecho desaparecer inicialmente de los grupos de investigación. No se tenían en cuenta cohortes en las que hubieran hombres y mujeres. Por ejemplo, se estudiaban infartos de miocardio y hasta la década de los 90 no se incluyeron mujeres en los trabajos de investigación, por tanto no había sexo femenino. Y la sintomatología que anuncia un infarto es diferente en hombres y en mujeres. Después hay otro problema en la visibilidad de las mujeres: la perspectiva de género exige tener en cuenta todas las tareas de cuidado que hacen las mujeres y que también condicionan su salud. Si no se tienen en cuenta estas condiciones de vida y trabajo, nos encontramos con investigaciones sesgadas también. Las investigaciones se hacen sobre mujeres abstractas. Se estudia la fibromialgia sobre 280 mujeres sin que sepamos cuántos hijos tienen, cuántas horas tienen que cuidarlos, qué ayudas tienen, etc. Por lo tanto, ya no entendemos que ese dolor pueda venir de situaciones de estrés o de otras cosas. Es decir,

falta la mujer como organismo, con unas diferencias biológicas evidentes y como ser humano completo. Este último enfoque, que pone la mirada sobre las condiciones de vida y trabajo, también falta en los hombres: hay hombres con trabajo y sin trabajo, jóvenes, mayores, etc. Se tienen en cuenta algunos hábitos de vida, si fumas, si bebes, pero hay más cosas en la vida que fumar y beber. Las condiciones de vida y trabajo afectan mucho a la salud, si no las contemplamos es como si analizáramos un ser humano pero amputado.

**Cuando la medicina empieza a elaborar el concepto de historia clínica sí había esa conexión entre síntomas y cronología vital, ¿ahora parece que se establecen relaciones directas entre síntomas y enfermedades?**

Sí, se ha perdido el relato de la experiencia personal. Lo explica Foucault muy bien. Él dice que hay que escuchar los síntomas de los pacientes y ver qué pasaba en ese momento. Se puede recuperar esa escucha, pero en estos momentos la gente está tan llena de inmediatez... Como dice Han, el filósofo coreano, “vivimos entre datos”. Las mujeres se explican a sí mismas a trozos: me duele aquí, me duele aquí..., hasta que consigues que hagan un relato de ese dolor. Para eso se requieren, a veces, tres visitas. Preguntas, “¿pero en qué momento le empezó esto?”, y la respuesta es: “No me acuerdo, me duele todo”. Como están tan llenas de dolor total, no saben separar uno parcial, no saben separar cómo empezó. A veces empezó en un accidente, en una situación de estrés muy grande, en la pérdida de un ser querido. En ese momento empezó una contractura y a partir de aquí hay una cadena de problemas musculares, interferidos porque luego hay carencias biológicas y estructurales que también pueden influir en el dolor. Pero el problema de los protocolos médicos, de lo que está pasando en la asistencia sanitaria, es que no hay tiempo para poder hacer este relato. La sensación que tienen las mujeres es que en diez minutos no van a poder explicar lo que les está pasando en 10 o en 100 días, y se atropellan. Y solo el hecho de hablar atropelladamente genera una actitud de anticuerpo por parte del médico en contra de la paciente, que hace que la rechace implícitamente. A lo mejor no verbalmente, pero sí corporalmente. Esto hace que aún se relate peor. Se ha perdido la calidad de la historia a favor de exploraciones muy agresivas que a veces, si no están bien dirigidas, no conducen a un buen diagnóstico y son carísimas. O sea, que yo creo que a las autoridades sanitarias les interesaría volver al relato de la buena historia clínica.

## se quiere presentar como inferior”



**“Que en las Facultades de Medicina no se prepare para escuchar las diferencias entre hombres y mujeres es violencia. La ignorancia es violencia”**

### **En el libro habla de microviolencias en el acto médico.**

Sí, hay todo un capítulo sobre eso porque yo creo que robar la experiencia, el relato, la sabiduría de las mujeres, ha sido también una estrategia del mundo androcéntrico: “No vale la pena lo que van a decir”, es la teoría implícita en el patriarcado. Lo que Bonino define como micromachismos, yo lo he llamado microviolencias en el acto médico para señalar que también se ejercen, por parte de médicos y médicas, hacia pacientes mujeres. Creo que si los visibilizamos, la sensación de estar anuladas, qué es lo que dicen las mujeres cuando van al acto médico cambia. Recuperaríamos la posibilidad de ser escuchadas.

### **A esto hay que añadir que la sintomatología típica se ha construido sobre los hombres, no sobre las mujeres.**

Exacto. Y eso es violencia. Que en las Facultades de Medicina no se prepare a los y las profesionales para escuchar las diferencias entre hombres y mujeres es violencia. Porque la ignorancia es violencia. La medicina ha establecido que hay algunas diferencias, pero ¿en base a qué ciencia lo ha estableci-

do? Por ejemplo, la hemoglobina. Es un parámetro para mirar cómo se incorpora el hierro en la vida de las personas, cómo respiraremos, qué energía tendremos, cómo subiremos una cuesta. Pues bien, ya a los estudiantes de tercero de medicina les enseñan que hay diferencias en la hemoglobina de hombres y mujeres. Les dicen: “Las mujeres tienen menos hemoglobina que los hombres”, pero la palabra no es “tienen”. La pregunta es “tienen” o “han de tener”. Y entonces, una estudiante de medicina pregunta por qué. Y la respuesta es: “Lo dice la OMS”. Y ahí se ha acabado. La hemoglobina está baja porque la mujer pierde más sangre, tiene la menstruación, pero aquí es cuando se confunde la frecuencia con la normalidad. Es frecuente, pero no es normal. En medicina nos enseñan valores de referencia, como si fueran valores normales. Si una persona pierde mucha sangre se le puede dar hierro y mejorará, tendrá más energía. Esta crítica a los valores de referencia produce mucho pánico. Los profesionales se preguntan: “Y ahora qué, ¿he de reflexionar sobre todos los valores? ¿Puede ser que los valores no reflejen los valores normales?” Pues sí, puede ser si no están hechos en función de la calidad de vida, si no tienen como objetivo proporcionar calidad de vida a las mujeres, es decir, igualdad de oportunidades.

### **Si esto pasa en la medicina en general, ¿qué ocurre en la salud laboral?**

Pues en salud laboral tampoco estábamos las mujeres. En 1990 me parece que encontramos un estudio de salud laboral que incluyera mujeres y hombres en una exposición al amianto. En ese momento denunciábamos que las mujeres no eran visibles para la medicina cardiovascular. Luego hemos visto que hay condiciones laborales de exposición a riesgos químicos, psicosociales y ergonómicos que afectan más a las mujeres y que tenemos muchísimas más dificultades para que se reconozcan. Por ejemplo, fácilmente reconocerán una lesión en cervicales a un hombre que transporta un saco, pero no a una mujer que mueve una tonelada, pero de 300 en 300 gramos, durante todo el día. Al hombre se le indemnizará y a la mujer se le dirá que tiene los huesos débiles porque se maneja toda una serie de teorías implícitas sobre la salud de las mujeres. Y ese “ser mujer”, que no se tiene en cuenta en las investigaciones, porque no importaba, de golpe aparece para no tratar, para no indemnizar. Se nos presenta como víctimas de nuestro cuerpo, cuando somos el sexo que vive más años. No somos el sexo débil, somos el sexo que se quiere presentar como inferior y para eso, la teoría implícita es que todo lo que tenemos dentro es más flojo. Hemos de acabar con eso reivindicando la igualdad de oportunidades en salud desde la visibilización de la diferencia. Ahí los sindicatos están haciendo un gran trabajo. 