

LA CIÈNCIA DE LA DIFERÈNCIA

LA INVISIBILITAT DE LES DONES EN LES CIÈNCIES DE LA SALUT

CARME VALLS-LLOBET

Les dones han estat invisibles per a les ciències de la salut fins a final del segle xx, ja que no formaven part de les cohorts de recerca estudiades. Gràcies a l'esforç de diversos grups d'investigadores feministes s'ha pogut veure la necessitat de canviar aquests paradigmes. Però si bé la perspectiva de gènere ha permès investigar aspectes de la ciència desconeguts, a vegades el gènere ha contribuït a invisibilitzar la salut de les dones. Perquè les dones siguen tractades amb igualtat, han de ser reconegudes en les seues diferències, precisament per a poder defensar els drets a la vida amb qualitat. La ciència de la diferència hauria de formar part de la recerca i docència dins de totes les especialitats de les ciències de la salut.

Paraules clau: gènere i salut, morbiditat diferencial, perspectiva de gènere, igualtat, diferències.

Les dones tenen òrgans que no senten com seus, les funcions dels quals els són alienes i dels quals disposen els entesos en el terreny que siga.

(Sau, 2000, p. 49)

■ LA INVISIBILITAT DE LA DIFERÈNCIA

La ciència mèdica ha nascut principalment en els hospitals, on la majoria de patologies són agudes i de predomini masculí. Les queixes, el malestar i el dolor de les dones no s'han pogut visibilitzar, i fins a finals del segle xx no es va començar a estudiar si hi havia diferències en les patologies de dones i homes. La salut de les dones s'ha estudiat i valorat només com a salut reproductiva, i aquest enfocament ha impedit abordar-la des d'una perspectiva integral.

En el terreny de la investigació de les diferències en mortalitat i morbiditat entre dones i homes, Lois Verbrugge (1985) va ser la pionera, la que va començar a analitzar i a demostrar que hi havia diferències en les malalties que amb més freqüència afectaven les unes i els altres, assenyalant la major prevalença de malalties cròniques i utilització dels serveis sanitaris entre el sexe femení. La major contribució que va fer va ser demostrar que el nivell més pobre de l'estat per-

cebut de salut entre les dones, respecte als homes, es devia a riscos adquirits i a aspectes psicosocials com el sedentarisme, la desocupació i l'estrès físic i mental, més que no a diferències biològiques innates.

Aquests i altres descobriments han portat la ciència mèdica, que havia postulat que estudiar el baró era estudiar l'ésser humà, a canviar els seus paradigmes i començar a reconèixer que hi ha diferències entre dones i homes en la forma d'emmalaltir, de manifestar-se els símptomes, en les causes del dolor, en la prevalença

de determinats diagnòstics i en la metabolització de fàrmacs, que tenen formes diferents d'actuar segons el sexe biològic o segons interaccionen amb la fase del cicle menstrual. Fins a l'any 1990 la majoria dels treballs d'investigació en totes les àrees de les ciències de la salut no incloïen dones en les seues cohorts d'investigació. Com que no hi havia treballs que inclogueren dones en les investigacions, no es van tenir

en compte els aspectes biològics, clínics, psicològics, socials, culturals i mediambientals de les diferències entre dones i homes.

Així doncs, els caires en investigació i docència s'inicien amb l'absència de dones en les cohorts d'investigació. En els estudis no es valoren les condicions de vida i treball ni la sobrecàrrega psicosocial de les

**«LA SALUT DE LES DONES
S'HA ESTUDIAT I VALORAT
NOMÉS COM A SALUT
REPRODUCTIVA, I AQUEST
ENFOCAMENT HA IMPEDIT
ABORDAR-LA DES D'UNA
PERSPECTIVA INTEGRAL»**

dones. Per exemple, en les anàlisis de l'evolució de patologies s'analitzen dones en abstracte, dones de les quals es desconeix si tenen fills, família, són cuidadores o viuen sotmeses a situacions d'estrès. Hi havia i hi ha una absència d'investigació en morbiditat diferencial, evolució de les malalties i efecte diferencial dels tractaments. Com veiem, els caires de gènere en medicina es perpetuen de múltiples formes, i els estereotips de gènere es mantenen tal com es descriu en detall en *Mujeres, salud y poder* (Valls-Llobet, 2009).

■ L'ESFORÇ DE LES INVESTIGADORES FEMINISTES

Diverses investigadores feministes en el món van preparar el camí amb diversos treballs des dels anys vuitanta als noranta en el segle passat per canviar la investigació i la docència de les ciències de la salut. A més de la citada Lois Verbrugge, destaca Sue V. Rosser, que ja va publicar un primer llibre l'any 1986 sobre com hauríem d'ensenyar ciència i salut des d'una perspectiva feminista. Advocava per canviar tant l'objecte d'estudi com la perspectiva dels subjectes que investiguen:

Les ciències de la salut han de ser formulades des d'una altra perspectiva que no siga la de l'home blanc del món desenvolupat [...]. Les ciències de la salut han d'anàlitzar-se amb el gènere com una categoria d'anàlisi, una perspectiva interdisciplinària, i la perspectiva cultural, de classe, i de raça.

(Rosser, 1986, p.107)

Aquesta va ser una de les primeres aportacions del feminisme en la ciència de la salut. Rosser va valorar i va reconèixer el paper que podia representar en l'emmalaltir o en el consum de fàrmacs la classe social, l'ètnia, i les diferències entre dones i homes, i entre les mateixes dones segons edat i condicions de treball. Es passava de l'estudi d'ens abstractes a concretar l'entorn de les persones estudiades.

En la dècada dels noranta un moviment internacional d'investigadores va impulsar la inclusió de les dones en els assajos clínics. El primer pas el va fer la cardiòloga nord-americana Bernardine Healy, que el 1993, quan dirigia els Instituts Nacionals de Salut dels Estats Units (NIH), va promoure una primera llei que impedia destinar fons públics d'investigació als treballs que no inclogueren dones i que no tingueren en compte les diferències d'ètnies (Freedman et al., 1995).

Després d'aquests primers passos, amb dificultats però amb força, es va introduint la perspectiva de gènere en la investigació mèdica i en l'assistència sanitària. En la revista *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, Vivian W. Pinn (2003) afirma que la in-

vestigació de la salut de les dones ha sobrepasat els límits que la tancaven només en els òrgans i hormones relacionats amb la reproducció. A més conclou que cada vegada més l'assistència sanitària s'ha de basar en les diferències biològiques que comporta el sexe i les influències del gènere en els factors de conducta, geogràfics, culturals, econòmics i socials.

En la discussió sobre com abordar una ciència que faça visibles les diferències integrant les condicions socials i les diferències biològiques, la biòloga Evelyn Fox Keller va desconstruir molts dels paradigmes estereotipats en les ciències de la salut, com el paper de l'òvul i l'espermatozoide en la reproducció. Els que van descriure amb imaginació l'espermatozoide aguerit travessant barreres i escalant vagines no van observar els canvis metabòlics que es donaven en l'òvul al mateix temps i que permetien el substrat necessari per a la formació de l'embrió. Per a Keller (2004) l'impacte del feminisme en la ciència no hauria de basar-se en essències de feminitat: «El meu objectiu no és fer una ciència més subjectiva o més "femenina", sinó fer-la més vertaderament objectiva, i, necessàriament, "lliure de gènere"» (p. 7)

Per començar, probablement haurem de trobar nous llenguatges per a definir els sexes i les diferències individuals entre aquests. Així, Anne Fausto-Sterling (2006)



Francisco Osorio

La ciència mèdica, que havia postulat que estudiar el baró era estudiar l'ésser humà, ha hagut de reconèixer que hi ha diferències entre dones i homes en la forma d'emmalaltir, de manifestar-se els símptomes, en les causes del dolor, en la prevalença de determinats diagnòstics i en la metabolització de fàrmacs.

Jesus Ciscar



La ciència mèdica ha nascut principalment en els hospitals, on la majoria de patologies són agudes i de predomini masculí. Fins a finals del segle xx no es va començar a estudiar si hi havia diferències entre les patologies de dones i homes.



defineix cinc sexes: home, dona, herms (persones nascudes amb un testicle i un ovari), merms (nascudes amb testicles però també amb indicis de genitals femenins) i fermes (nascudes amb ovaris però amb alguns aspectes de la genitalitat masculina). Es considera que entre un 1,7% i un 4% de les persones naixen intersexuals.

Anne Fausto-Sterling ha estudiat a fons si hi ha diferències neurològiques entre dones i homes, en especial amb l'exemple de la doble grandària del cos callós entre moltes dones respecte al dels homes. És una diferència real o una diferència de percepció? Té relació el desenvolupament neurològic amb el fet que fins a l'actualitat les mares parlen als seus petits barons, els toquen i els mouen molt més que a les nenes, el que provoca una major estimulació psicomotriu? Per a Fausto-Sterling establir actualment diferències massa estereotipades pot obeir a la necessitat de trobar explicacions fàcils i normalitzadores sobre la suposada inferioritat de dones i d'altres ètnies. Noves investigacions poden donar més llum sobre les diferències dels cervells humans segons el sexe, com l'estudi efectuat en 1.400 homes i dones (Joel et al., 2015) per a ob-

**«EN LA DÈCADA DELS
NORANTA UN MOVIMENT
INTERNACIONAL
D'INVESTIGADORES VA
IMPULSAR LA INCLUSIÓ DE
LES DONES EN ELS ASSAJOS
CLÍNICS»**

servar si hi havia diferències anatòmiques per raó de sexe. Els autors conclouen que, en aquesta mostra i amb la metodologia actual, s'observa variabilitat entre individus del mateix sexe i no grans diferències entre dones i homes.

Queden moltes preguntes obertes, però pense que les diferències entre sexes només serien interpretades com a inferioritat per investigadors misògins amb ments ja esbiaixades. Sabem ja en aquest moment que els cervells humans es desenvolupen en interacció amb l'entorn i que aquest desenvolupament pot modificar-se en positiu o aturar-se en relació amb la nutrició o la qualitat del medi ambient –quant a la contaminació de l'aigua, l'aire, els aliments, i l'exposició a camps electromagnètics.

■ HI HA UNA ESSÈNCIA EN LA CIÈNCIA DE LA DIFERÈNCIA?

Sandra Harding, en el seu llibre ja clàssic *Ciència y feminismo*, es passeja per les contradiccions de gènere dins de les ciències, i per l'androcentrisme en la biologia i les ciències socials, assenyalant de quina manera s'utilitza la ciència al servei de projectes classistes,

sexistes, racistes, homòfobs, o com el disseny i la interpretació de les recerques s'han desenvolupat, una vegada darrere l'altra, de manera esbiaixada a favor del gènere masculí.

Quan començarem a teoritzar les nostres experiències durant el segon moviment de la dona, fa només una dècada i mitja, sabíem que la nostra tasca seria difícil encara que estimulants. Però dubte que ni en els nostres somnis més absurds haguérem imaginat que hauríem de reinventar

la ciència i la mateixa teorització per donar sentit a l'experiència social de les dones.

(Harding, 1996, p. 217)

L'aportació del feminisme a les ciències socials i a les ciències de la salut no s'ha limitat només a fer visibles les relacions ocultes o desemmascarar conclusions tendencioses, sinó que la manera d'investigar també s'ha posat en dubte (Díaz, 2002).

■ INTRODUIR EL SEXE I EL GÈNERE EN LA CIÈNCIA BIOMÈDICA

La recerca en tots els àmbits de la salut, des de la recerca bàsica de biologia cel·lular i molecular fins a la recerca en neurociències, no ha tingut en compte les



En *Ciencia y feminismo* Sandra Harding assenyala que el disseny i la interpretació de les investigacions s'han desenvolupat de manera esbiaixada a favor del gènere masculí.

amb cèl·lules *in vitro*, aïllades, podem deduir que tindran el mateix comportament que les cèl·lules dins de l'ésser humà dona o home interaccionant amb les seues pròpies cèl·lules i hormones i amb les condicions d'estrès?

El grup de recerca canadenc en què participen Karen Messing i Donna Mergler, del Centre d'investigació interdisciplinària sobre benestar, salut, societat i medi ambient (CINBIOSE), ens proposa reflexionar en cada pas de la investigació, i que tot l'equip desenvolupi els seus coneixements sobre sexe i gènere. En definitiva, sempre s'haurien de discutir les possibles implicacions sexe/gènere de les nostres troballes (Ritz et al., 2014).

Per valorar la qualitat de la introducció de sexe i gènere en els treballs d'investigació en salut, un equip d'investigadores de la Universitat de Saragossa ha desenvolupat un qüestionari que consta de prop de vint preguntes per a abordar la perspectiva de gènere en tot el procés de recerca (Tomás et al., 2014).

■ COM ES MANIFESTEN ELS ESTEREOTIPS DE GÈNERE EN LA CIÈNCIA MÈDICA CLÍNICA?

N'hi ha moltes, de formes en què la medicina clínica actual esbiaixa la visibilitat dels diagnòstics més prevalents entre les dones al llarg de tota la seua vida: des del desconeixement dels trastorns de la menstruació

diferències i necessita d'una metodologia adequada per a estudiar-les. Aquesta metodologia està en fase d'investigació també. En aquest sentit cal destacar els treballs de la Universitat de Stanford, que, sota la direcció de Londa Schiebinger, ha creat una plataforma per a l'estudi de les diferències de sexe i gènere i la innovació: *Gendered Innovations*.¹

Les universitats han de realitzar aquesta tasca d'anàlisi diferencial per sexe i gènere, però en la recerca biomèdica bàsica també haurem de reflexionar sobre les condicions de la investigació. Si investiguem sobre línies cel·lulars de càncer, es té en compte si hi ha diferències en les cèl·lules, segons si deriven d'un home o d'una dona? Si investiguem

en l'adolescència fins a la magnificació de les conseqüències del fet natural de la menopausa, junt amb l'aparició de patologies cròniques que produeixen dolor i que són més freqüents entre les dones (Valls-Llobet, 2006).

Hi ha creences en l'inconscient de molts professionals de salut que esbiaixen la claredat de l'abordatge del procés de diagnòstic i tractament de moltes patologies. S'invisibilitzen els diagnòstics suposant que els riscos i morbiditat d'homes i dones són iguals, quan en molts casos són diferents i, al contrari, es considera que hi ha diferències biològiques o psicològiques quan hi ha similituds. En el cas de l'assistència a dones és més probable que les queixes o els símptomes siguin considerats psicossomàtics i es medicalitze amb ansiolítics i antidepressius en primera consulta. És freqüent també que es minimitze o maximitze la patologia femenina i els resultats de les analítiques de laboratori, sense base científica, i que s'exerceix un paradigma reduccionista d'etiologies o encreuament incorrecte de causa-efecte.

Tampoc es té en compte que hi ha riscos i efectes tòxics que són diferents entre dones i homes. El cos de les dones és el primer bioacumulador químic ambiental (pesticides, dissolvents, derivats de plàstics, hidrocarburs de cotxes) pel seu major contingut en greix.

■ AVENÇOS DELS ÚLTIMS QUINZE ANYS

Des de finals del segle xx hem apreciat com un avanç significatiu la incorporació de la perspectiva de gènere en la docència de moltes universitats i en les polítiques públiques. Bon exemple d'aquestes últimes són les resolucions adoptades pel Parlament Europeu sobre la situació de la salut de les dones en la Comunitat Europea (recollides en el Diari Oficial de les Comunitats Europees del 21 de juny de 1999), que es basen en les conclusions del Primer Congrés Internacional sobre Dones, Treball i Salut, celebrat a Barcelona el 1996. En les dites resolucions es parla de l'especificitat dels problemes de les dones i de les diferències que hi ha en salut, i que per tant la política sanitària requereix també d'un tractament diferencial. Així, es recomana als estats membres que tinguin en compte aquests problemes tant en les anàlisis de salut com en les accions que cal desenvolupar en el futur.

Una excel·lent notícia per a poder mirar el futur amb un cert grau d'esperança és el pla estratègic dels Instituts Nacionals de Salut dels Estats Units per a la investigació de les diferències sexe/gènere (*NIH Strategic Plan for Women's Health Research*), dins de *Moving Into the Future with New Dimensions and Strategies: A Vision for 2020 for Women's Health Research* de

¹ <http://genderedinnovations.stanford.edu/>



La medicina actual encara esbiaixa la visibilitat dels diagnòstics més prevalents entre les dones al llarg de tota la seua vida: des del descobriment dels trastorns de la menstruació en l'adolescència fins a la magnificació de les conseqüències del fet natural de la menopausa, junt amb l'aparició de patologies cròniques que produeixen dolor i que són més freqüents entre les dones.

l'Oficina dels NIH per a Investigacions sobre la Salut de la Dona (ORWH)² (Tingen, Nangel i Clayton, 2013).

■ CIÈNCIA DE LES DIFERÈNCIES

Si no rep suport dels serveis sanitaris apoderats amb la ciència de la diferència, és molt difícil, i per a algunes dones quasi impossible, canviar actituds i valors en un cos cansat, esgotat, per la doble jornada o per les microviolències en la vida, en el treball i en les relacions personals, o per les carències nutricionals o les disfuncions endocrinològiques, les mensuals i les provocades pel medi ambient o la medicalització excessiva del cos. Per donar-los suport real la ciència mèdica ha de tenir en compte les diferències en emmalaltir i els diferents fac-

«LA INVESTIGACIÓ EN TOTS ELS ÀMBITS DE LA SALUT NO HA TINGUT EN COMPTE LES DIFERÈNCIES I PRECISA D'UNA METODOLOGIA ADEQUADA PER A ESTUDIAR- LES»

tors de risc d'homes i dones. És necessari augmentar la investigació i docència en morbiditat diferencial, i en relacions d'estrès, salut mental i salut física. L'organització sanitària ha de ser progressivament més sensible als temes de gènere creant espais i protocols especials que faciliten el diagnòstic diferencial. La ciència de la diferència hauria de formar part de la investigació i docència dins de totes les especialitats de les ciències de la salut. ☉

REFERÈNCIES

- Díaz, C. (2002). Conversational heuristic as a reflexive method for feminist research. *International Review of Sociology*, 12(2), 249–255. doi: 10.1080/0390670022000012477
- Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Freedman, L. S., Simon, R., Foulkes, M. A., Friedman, L., Geller, N. L., Gordon, D. J., & Mowery, R. (1995). Inclusion of women and minorities in clinical trials and the NIH Revitalization Act of 1993 - the perspective of NIH clinical trialists. *Controlled Clinical Trials*, 16(5), 277–285.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata. (Treball original publicat en 1986).
- Keller, E. F. (2004). What impact, if any, has feminism had on science? *Journal of Bioscience*, 29(1), 7–13. doi: 10.1007/BF02702556
- Joel, D., Berman, Z., Tavor, I., Wexler, N., Gaber, O., Stein, Y., ... Assaf, Y. (2015). Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(50), 15468–15473. doi: 10.1073/pnas.1509654112
- Pinn, V. W. (2003). Sex and gender factors in medical studies: Implications for health and clinical practice. *Journal of the American Medical Association*, 289(4), 397–400. doi: 10.1001/jama.289.4.397
- Ritz, S. A., Antle D. M., Côté, J., Deroy, K., Fraleigh, N., Messing, K., ... Mergler, D. (2014). First steps for integrating sex and gender considerations into basic experimental biomedical research. *The FASEB Journal*, 28(1), 4–13. doi: 10.1096/fj.13-233395
- Rosser, S. V. (1986). *Teaching science and health from a feminist perspective. A practical guide*. Nova York: Pergamon Press.
- Sau, V. (2000). *Reflexiones feministas para principios de siglo*. Madrid: Horas y HORAS.
- Tingen, C., Nagel, J. D., & Clayton, J. A. (2013). Monitoring the implementation of the National Institutes of Health Strategic Plan for Women's Health and Sex/Gender Differences Research: Strategies and successes. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(5), 44–49. doi: 10.7453/gahmj.2013.051
- Tomás, C., Yago, T., Eguiluz, M., Samitier, M. L., Oliveros, T., & Palacios, G. (2014). A tool to assess sex-gender when selecting health research projects. *Atención Primaria*, 1–8. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.010
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156–182.
- Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Carme Valls-Llobet**. Llicenciada en Medicina i Cirurgia el 1968, es dedica a l'assistència en medicina interna i endocrinologia. Dirigeix el Programa Dona, Salut i Qualitat de Vida del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris CAPS, Barcelona (Espanya), que se centra en la recerca i docència sobre temes de salut, dones i gènere. Ha impulsat una xarxa de dones professionals de la salut en l'Estat espanyol, la Red-CAPS. És autora de diverses publicacions i dels llibres *Mujeres y hombres: salud y diferencias* (Foli, 1994), *Mujeres invisibles* (Debolsillo 2006), i *Mujeres, salud y poder* (Cátedra, 2009).

² <http://orwh.od.nih.gov/research/strategicplan/>