



LA INVISIBILIZACIÓN DE LAS MUJERES EN LOS ESTUDIOS MÉDICOS

Las mujeres representan el 50% de la población. Sin embargo, son relegadas a un segundo plano en la mayoría de los ensayos clínicos tanto como sujetos de estudio como en la coordinación de las investigaciones. Este hecho provoca la invisibilización de sus síntomas pudiendo llegar a agravar sus patologías.

Cuando una persona tiene una dolencia física o psicológica que persiste en el tiempo, toma la decisión, en la mayoría de los casos, de acudir a un centro de salud para recibir la atención médica que necesita. En este proceso, el o la paciente deposita su confianza en el personal médico que le atiende ya que las pruebas que se le realizan y los medicamentos que les prescriben están basados en la evidencia.

Con independencia de la persona que entre por la puerta del centro médico, al o a la paciente se le deben realizar las mismas pruebas sin discriminación alguna por razón de sexo y/o género. Sin embargo, numerosos estudios revelan que, aunque no haya una discriminación *per se* en el tratamiento de la enfermedad del o la paciente, si la hay a la hora de hacer estudios clínicos, diagnosticar y, por ende, recibir un tratamiento adecuado para la enfermedad.

Dejando a un lado las diferentes enfermedades como el cáncer cervicouterino y la maternidad que son exclusivos de la función reproductiva y la anatomía de las mujeres y/o personas con útero; y las enfermedades como el cáncer de próstata y testicular que lo son solo a la anatomía de los hombres y/o personas con pene, las enfermedades que pueden padecer tanto hombres como mujeres, no reciben un trato equitativo en su investigación.

Desde el estudio de una enfermedad hasta su diagnóstico y tratamiento en el o la paciente, las mujeres y/o personas con útero están siendo invisibilizadas ya que, durante siglos, la ciencia ha postulado que estudiar al hombre era sinónimo de estudiar al ser humano. No es hasta 1970, gracias a la segunda ola feminista, cuando se comienza a denunciar estos sesgos de género en la salud, aunque tal inequidad sigue estando presente aún hoy en día. De esta manera, nos encontramos ante una brecha de género en la investigación,

diagnóstico y tratamiento de los y las pacientes en el campo de la medicina.

En 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS), corroboró tales denuncias manifestando que, “durante decenios, en la investigación y los ensayos clínicos de tratamientos y medicamentos recetados a ambos sexos participaron solo hombres”. Pero esto no solo ocurre en las investigaciones realizadas en seres humanos, sino que muchos estudios realizados sobre animales y más concretamente sobre ratones, únicamente se han realizado sobre ratones macho, siendo que los

ratones hembra responden de manera muy diferente.

A este trato desigual aplicado a las enfermedades cardiovasculares pero, extrapolable a cualquier otra dolencia, se le conoce como el síndrome de Yentl, nombre que Bernadine Patricia Healy, primera mujer directora de los Institutos de Salud de Estados Unidos, dio en 1991 al hecho de que la probabilidad de que una mujer no reciba tratamiento adecuado para una enfermedad o problema cardiovascular es mucho mayor que para un hombre porque tradicionalmente son enfermedades asociadas al género masculino o personas con pene.





Healy llegó a esta conclusión tras observar que en su propio centro médico a las mujeres se les diagnosticaban menos enfermedades cardiovasculares, ingresaban en el hospital con menor frecuencia, recibían menos intervenciones quirúrgicas y estaban poco representadas en los ensayos clínicos que testaban fármacos para estas enfermedades. Un claro ejemplo de ello es el uso de la aspirina. Desde los años 90, la aspirina ha sido recetada diariamente para evitar ataques cardíacos independientemente del género. Sin embargo, según un estudio más reciente de 2011¹, la aspirina no sólo era ineficaz en las mujeres, sino que también era potencialmente dañina en la mayoría de los pacientes. Del mismo modo, un estudio de 2015² descubrió que tomar una dosis baja de aspirina en días alternos es ineficaz o perjudicial para la mayoría de las mujeres en prevención primaria de cáncer o enfermedad cardíaca.

En la actualidad, la enfermedad cardiovascular, supone la principal causa de muerte en la mujer adulta en España siendo mayor el número de mujeres que de hombres que mueren por esta patología³ y en la mayor parte del mundo occidental. A pesar de ello, socialmente las enfermedades cardiovasculares se siguen considerando patologías de hombres y las mujeres suponen menos del 30% de la población analizada en los ensayos clínicos, como destaca un informe sobre la enfermedad cardiovascular en la mujer realizado por el Observatorio de Salud de las Mujeres.

Aunque la enfermedad cardiovascular sea el caso más flagrante de esta desigualdad, las pruebas de diagnóstico desarrolladas a partir del cuerpo

masculino también son un problema en otras disciplinas médicas. Las mujeres presentan un riesgo más alto que los hombres de contraer cáncer de colon del lado derecho. Aunque a menudo se desarrolla de manera más agresiva en mujeres, la prueba de sangre fecal, que se usa comúnmente para detectarlo, es menos sensible en las mujeres, lo que repercute en un mal diagnóstico de la enfermedad. Lamentablemente parece ser que es la paciente quien se tiene que adaptar a la prueba médica y no la medicina a las dolencias de la paciente.

Aparte de las diferencias biológicas que deberían tenerse en cuenta para realizar una buena investigación y, por ende, un buen diagnóstico, nos encontramos con, como la OMS denomina, el “error frecuente” de subestimar síntomas que solo pueden aparecer en un sexo como pudiera serlo el sangrado vaginal durante el dengue. Este hecho se produce cuando en el diagnóstico se enumeran los síntomas comunes a todos los pacientes por orden de frecuencia en lugar de desglosarlos por sexo, por lo que los síntomas específicos de la mujer pueden parecer menos significativos de lo que realmente son.

Tal problemática se extiende a otros campos de la medicina como las enfermedades de transmisión sexual, donde las estadísticas no son más optimistas. Las mujeres representan el 55% de las personas adultas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en países en vías de desarrollo, y en partes de África y el Caribe. Las niñas y jóvenes de 5 a 24 años tienen hasta seis veces más probabilidades de ser VIH positivas que los hombres de la misma edad. También sabemos

¹ Véase <https://academic.oup.com/eurheartj/article/32/23/2962/478694>

² Véase <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25475110/>

³ Datos de la Fundación Española del Corazón



que las mujeres experimentan diferentes síntomas clínicos y complicaciones como consecuencia del VIH. Aún con ello, en un estudio realizado en 2016 sobre la inclusión de las mujeres en las investigaciones sobre el VIH en Estados Unidos, la participación de las mujeres era sólo del 19,2% en los estudios antirretrovirales, del 38,1% en los estudios de vacunación y del 11,1% en los estudios para buscar una cura.

Además de las patologías mencionadas, enfermedades directamente relacionadas con el diagnóstico de las pautas de socialización femenina, reciben también un trato desigual. El autismo, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el síndrome de Asperger son consideradas patologías más comunes en los niños que en las niñas y que cuando afecta a las niñas es más severo. No obstante, la realidad revela que la socialización diferenciadora entre niños y niñas repercute en los síntomas diferenciados que éstos presentan en lo que se refiere a estas enfermedades. El diagnóstico en niñas con estas patologías es inferior ya que los criterios para diagnosticarlas se han basado en datos obtenidos casi en su totalidad de estudios realizados en niños.

Ante la falta de un diagnóstico claro sobre estas y muchas otras enfermedades, el personal sanitario tiende a recurrir a los problemas psicosomáticos como la ansiedad, el estrés o incluso, los trastornos de salud mental para argumentar por qué presentan según qué síntomas ya que no se adecúan al patrón sintomático de los ensayos clínicos. Es por esto por lo que los y las profesionales médicas pueden llegar a recetar antidepresivos o ansiolíticos automáticamente, sin indagar en el origen real de su malestar.

Pero ¿qué alegaciones se han dado para que el estudio sobre la mitad de la población quede

excluido en numerosos estudios clínicos? Una de las argumentaciones que se da sobre esta cuestión, ya sea en lo que respecta a las investigaciones con humanos o animales, es que las mujeres están sujetas a ciclos hormonales que pueden variar los resultados. Sin embargo, esto es un mito que ya ha sido desmentido científicamente.

Desde la sociología y los estudios de género, las argumentaciones que explican tal fenómeno discriminatorio distan considerablemente:

Los temas que atañen a las mujeres han sido considerados, a lo largo de la historia, como cuestiones de segunda y, la medicina y la investigación médica, no se quedan atrás en este aspecto. Sin mencionar las enfermedades que repercuten exclusivamente a las mujeres o personas con vagina como la endometriosis o el Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP), para las patologías que repercuten a ambos géneros se ha focalizado toda la atención, inversión y tiempo en el estudio de la respuesta del cuerpo humano del hombre. Este fenómeno se fundamenta en la sociedad patriarcal y androcéntrica que sitúa al hombre en el centro donde la mujer se encuentra en un segundo plano y supone un apéndice del mismo. Para ello, mujeres y hombres ocupan roles de género distintos en la sociedad y se espera de ellos cosas completamente distintas.

En relación con esta idea, las ciencias de la salud es una rama del conocimiento con una alta representación de mujeres. De hecho, según datos de la OMS las mujeres representan más del 70% del personal sanitario remunerado. También, según el último informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 2018, en España el 64% de los médicos menores de 35 años son mujeres. Sin embargo, solo el 12% de los puestos de dirección en el ámbito sanitario y



menos del 4% de los catedráticos de medicina o directores de centros de investigación, son mujeres. Nos encontramos ante un enorme techo de cristal que difícilmente puede romperse. Este desequilibrio en la participación femenina en posiciones de liderazgo contribuye a que la agenda de investigación se guíe por el carácter masculino, lo que puede influir la manera en que se tratan temas que atañen a las mujeres. Las estadísticas evidencian la necesidad de una presencia femenina en los equipos de investigación médica a fin de poner sobre la mesa todas estas desigualdades.

A pesar de todo, la COVID-19 no ha hecho más que acrecentar tal problemática ensanchando la brecha de género en ciencia. Debido al confinamiento y a la situación impuesta por la pandemia, las mujeres han estado haciendo menos investigación en todos los ámbitos y la causa principal radica en la difícil conciliación profesional y familiar durante la pandemia. El tiempo que las mujeres dedican a actividades domésticas y cuidados triplica al dedicado por los hombres, y el confinamiento no

ha hecho más que empeorar esa diferencia. Este reparto no equitativo de las tareas del hogar ha repercutido en la inclusión de las mujeres en los equipos de investigación de la vacuna contra el COVID-19 y la coordinación de los mismos. Este hecho implica que sus voces están siendo invisibilizadas y la perspectiva holística que radica de la inclusión de la diversidad no está siendo tenida en cuenta en la pandemia global que actualmente nos ocupa.

En definitiva, el resultado de este trato desigual en las investigaciones médicas, tanto en el estudio de las pacientes como en la inclusión de las mujeres en la dirección de los mismos, supone que mujeres de todas las partes del mundo están muriendo por no ser diagnosticadas correctamente. Ante tales prácticas, el conocimiento de la medicina está siendo parcial por lo que la objetividad en la ciencia médica desaparece.

Helena Ripollés Rodríguez,
equipo de ANUE



Publicado por:



Asociación para las Naciones Unidas en España
United Nations Association of Spain

Con el apoyo de:



Generalitat de Catalunya

ANUE no hace necesariamente como suyas las opiniones expresadas por sus colaboradores.

Referencias:

Burki, T. (2020). The indirect impact of COVID-19 on women. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(8), 904-905. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30568-5/fulltext?utm_source=miragenews&utm_medium=miragenews&utm_campaign=news](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30568-5/fulltext?utm_source=miragenews&utm_medium=miragenews&utm_campaign=news)

Criado Pérez, Caroline. *La mujer invisible*. Seix Barral
https://www.juschubut.gov.ar/images/La_mujer_invisible- Caroline_Criado_Perez.pdf

Curno, Mirjam J., et al. (2016) A Systematic Review of the Inclusion (or Exclusion) of Women in HIV Research: From Clinical Studies of Antiretrovirals and Vaccines to Cure Strategies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 1:71 (2; febrero de 2016), pp. 181-188.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26361171/>

Fisher, A. N., & Ryan, M. K. (2021). Gender inequalities during COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(2), 237-245.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1368430220984248>

ISGlobal. (2019). Informe Anual del Instituto de Salud Global de Barcelona.
<https://www.isglobal.org/documents/10179/6614744/Annual+Report+2019/d05e4fe0-3c68-4a74-8b76-adf49333e03f>

Johannes, A. N., et al. (2011) Aspirin for primary prevention of vascular events in women: individualized prediction of treatment effects. *European Heart Journal*, 32:23 (2011), pp. 2.962-2.969. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22090661/>

Kruijsdijk, R. C. M. Van, et al. (2015) Individualised prediction of alternate-day aspirin treatment effects on the combined risk of cancer, cardiovascular disease and gastrointestinal bleeding in healthy women. *Heart*, 101, (2015), pp. 369-376. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25475110/>

Martín, Elena. (2020) Sesgos de género en la salud. Agencia Colpisa, 1 julio 2020.
<https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/sesgos-de-genero-en-la-salud>



Menéndez, Clara. (2011) El papel de la mujer en la investigación científica y médica en el siglo XXI: un debate necesario. Editorial semFYC. Aten Primaria. 2011; 43 (7): 331-332.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711003052?via%3Dihub>

Morabito, Valeria. (2016). Why women with heart disease get a raw deal in medicine. Aeon, 19 octubre 2016. <https://aeon.co/ideas/women-with-heart-disease-get-a-raw-deal-in-medicine>

Muric, G., Lerman, K., & Ferrara, E. (2021). Gender Disparity in the Authorship of Biomedical Research Publications During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Observational Study. Journal of medical Internet research, 23(4), e25379. <https://www.jmir.org/2021/4/e25379>

Observatorio de la Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Enfermedad cardiovascular en la mujer realizado por el Observatorio de Salud de las Mujeres. Estudio de la situación en España. Sociedad Española de Cardiología.

<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>
