

Ir al medico: Los medicamentos no sirven

Caroline Criado Pérez

Font: CRIADO PÉREZ, C. (2021) *La mujer invisible. Descubre cómo los datos configuran un mundo por y para los hombres*. Traducción Aurora Echevarría Pérez. Ed. Titivillus.

LOS MEDICAMENTOS NO SIRVEN

Michelle tardó doce años en obtener un diagnóstico. «Tenía unos catorce años cuando comenzaron los síntomas —me explica—. Me daba mucha vergüenza ir al médico para eso». Mantuvo en secreto sus evacuaciones intestinales urgentes, dolorosas, frecuentes y a veces hemorrágicas, hasta una noche en que no pudo ocultarlas por más tiempo. «No podía moverme de la posición fetal en que estaba en el suelo del cuarto de baño. Pensé que me moría». Tenía dieciséis años.

Los padres de Michelle la llevaron a urgencias. Allí un médico le preguntó (delante de sus padres) si podía estar embarazada. No, no podía, respondió ella, porque no había tenido relaciones sexuales y, en todo caso, el dolor estaba en sus intestinos. «Me llevaron a una sala de reconocimiento y, sin ninguna explicación, me pusieron los pies en unos estribos. Antes de que me diera cuenta tenía en la vagina un gran espéculo de metal frío. Me dolió tanto que me removí y grité, y la enfermera tuvo que empujarme hacia abajo y sujetarme mientras el médico confirmaba que, efectivamente, no estaba embarazada». Le dieron el alta con «nada más que una aspirina de un precio desorbitado y la recomendación de que hiciera reposo un día».

Durante la siguiente década, Michelle buscó la ayuda de dos médicos más y de dos gastroenterólogos (hombres), quienes le dijeron que el problema residía en su cabeza, y que necesitaba reducir la ansiedad y el estrés. A los veintiséis años, Michelle fue derivada a un médico de cabecera que le programó una colonoscopia, y esta reveló que tenía todo el lado izquierdo del colon dañado. Le diagnosticaron síndrome del intestino irritable y colitis ulcerosa.

«Curiosamente —dice Michelle—, el colon no está en mi cabeza». Como resultado del largo retraso en recibir un diagnóstico y un tratamiento, el riesgo de cáncer de colon ahora es mayor.

Es difícil enterarse de un caso como este y no enfadarse con los médicos que fallaron de tal modo a Michelle. Pero lo cierto es que no se trata de médicos canallas aislados, manzanas podridas a las que se las debería apartar del ejercicio de la profesión. Son los productos de un sistema médico que, de la raíz a las puntas, discrimina sistemáticamente a las mujeres y las deja sintiéndose crónicamente incomprendidas, maltratadas y mal diagnosticadas.

Comienza con la formación de los médicos. Históricamente se ha asumido que no había ninguna diferencia fundamental entre el cuerpo masculino y el femenino, aparte del tamaño y la función reproductiva, por lo que durante años los estudios médicos se han centrado en lo masculino como «norma», y todo lo que queda fuera de ella se considera «atípico» o incluso «anormal». Son frecuentes las referencias al «hombre típico de 70 kilos», como si incluyera ambos sexos (como señaló un médico, ni siquiera representa muy bien a los hombres). Cuando se menciona a las mujeres, se las presenta como una variación del ser humano estándar. Los alumnos aprenden fisiología y fisiología femenina. Anatomía y anatomía femenina. «El cuerpo masculino —concluía la psicóloga social Carol Tavris en su libro de 1992 *The Mismeasure of Woman*— es la anatomía en sí».

Este sesgo a favor del hombre por defecto se remonta como mínimo a los antiguos griegos, quienes iniciaron la tendencia de ver el cuerpo femenino como un cuerpo «masculino mutilado» (gracias, Aristóteles). La hembra humana era el macho «vuelto hacia dentro». Los ovarios eran los testículos femeninos (no se les dio un nombre propio hasta el siglo XVII) y el útero, el escroto femenino. La razón por la que estaban dentro del cuerpo en lugar de colgar (como en los seres humanos típicos) se debía a una deficiencia de «calor vital». El cuerpo masculino era un ideal que las mujeres no habían podido alcanzar.

Los médicos modernos, como es natural, ya no se refieren a las mujeres como hombres mutilados, pero perdura la representación del cuerpo masculino como *el* cuerpo humano. Un análisis que se realizó en 2008 sobre una serie de libros de texto recomendados por

veinte de las «universidades más prestigiosas de Europa, Estados Unidos y Canadá» demostró que, a través de 16329 imágenes, los cuerpos masculinos se usaban tres veces más que los femeninos para ilustrar «partes del cuerpo neutrales». Según un estudio de 2008 sobre libros de texto recomendados por las facultades de medicina holandesas, no había información específica de cada sexo ni siquiera en las secciones sobre temas en los que hacía tiempo que se habían establecido las diferencias entre ambos (como la depresión o los efectos del alcohol en el cuerpo), y los resultados de los ensayos clínicos se presentaban como válidos para hombres y mujeres incluso cuando ellas estaban excluidas del estudio. En cuanto a las pocas diferencias entre sexos que se mencionaban, era «difícil acceder a ellas a través de un índice o tabla de contenidos», y, en cualquier caso, no pasaban de ser un comentario vago como «las mujeres, que tienen más a menudo un malestar atípico en el pecho». (Como veremos, solo una de cada ocho mujeres que sufren un infarto informa del clásico síntoma masculino de dolor en el pecho, por lo que podría decirse que esta descripción no solo es vaga, sino también inexacta).

En 2017 decidí averiguar si este asunto había cambiado mucho y me dirigí a una gran librería del centro de Londres que tenía una sección médica impresionante. Las cosas no habían cambiado. Las portadas de los libros de anatomía humana todavía estaban adornadas con hombres musculosos. En las ilustraciones de los rasgos comunes a ambos sexos continuaba habiendo penes injustificados. Vi carteles en los que se leía:

«Otorrinolaringología», «El sistema nervioso», «El sistema muscular» y «El sistema vascular y las vísceras», y en todos ellos había un dibujo a gran escala de un hombre. Sin embargo, a un lado del cartel del sistema vascular había una pequeña «pelvis femenina», y yo y mi pelvis femenina nos sentimos agradecidas por la pequeña merced.

Las brechas de datos de género que se encuentran en los libros de texto médicos también están presentes en el típico programa de estudios de la Facultad de Medicina. Un estudio holandés de 2005 mostró que las cuestiones relacionadas con el sexo y el género «no se abordaban de manera sistemática en la elaboración del plan de estudios». Según una revisión que en 2006

realizó CurrMIT, la base de datos online de Estados Unidos para cursos de medicina, solo nueve de las noventa y cinco facultades que introdujeron datos en el sistema ofrecían lo que podría describirse como «curso de salud de la mujer». Solo dos de estos cursos (clases de obstetricia y ginecología impartidas en el segundo o tercer año académico) eran obligatorios. Ni siquiera las condiciones que se sabe que causan la mayor morbilidad y mortalidad en las mujeres ofrecían información específica de cada sexo. Diez años más tarde, otra revisión reveló que la integración de la medicina basada en el sexo y el género en las facultades estadounidenses seguía siendo «mínima» e «irregular», con brechas específicas en el enfoque del tratamiento de la enfermedad y el uso de fármacos.

Estas brechas son importantes porque, a diferencia de lo que hemos supuesto durante milenios, las desemejanzas entre sexos pueden ser sustanciales. Los investigadores han encontrado diferencias entre hombres y mujeres en todos los tejidos y sistemas de órganos del cuerpo humano, así como en la «prevalencia, curso y gravedad» de la mayoría de las enfermedades humanas comunes. Existen diferencias en el funcionamiento mecánico fundamental del corazón. Existen diferencias en la capacidad pulmonar, incluso cuando esos valores están normalizados con respecto a la estatura (quizá esté relacionado con el hecho de que entre los hombres y las mujeres que fuman la misma cantidad de cigarrillos, las mujeres tienen de un veinte a un setenta por ciento más de probabilidades de desarrollar cáncer de pulmón).

Las enfermedades autoinmunes afectan a aproximadamente el ocho por ciento de la población, pero las mujeres tienen tres veces más probabilidades de contraer una, lo que representa alrededor del ochenta por ciento de los afectados. No sabemos por qué, pero los investigadores creen que podría deberse a que las mujeres son el sexo que procrea: teóricamente, las hembras desarrollaron una respuesta inmunitaria particularmente rápida y fuerte para proteger a los fetos en desarrollo y a los recién nacidos, lo que significa que a veces reacciona de forma exagerada y ataca al cuerpo. También se cree que el sistema inmunitario está detrás de las respuestas específicas de cada sexo a las vacunas: las mujeres responden mejor a los anticuerpos y tienen reacciones adversas más frecuentes y graves a las vacunas; y en un

estudio de 2014 se proponía desarrollar versiones masculinas y femeninas de las vacunas contra la gripe^[762].

Hay diferencias de sexo hasta en nuestras células: en los biomarcadores de suero sanguíneo para el autismo, en las proteínas, en las células inmunitarias usadas para transmitir señales de dolor^[765], en cómo mueren las células tras un derrame cerebral. Un estudio reciente también mostró una diferencia significativa entre hombres y mujeres en la «expresión de un gen que se considera importante para el metabolismo de los fármacos». Asimismo, se han rastreado las diferencias sexuales en la presentación y consecuencias de la enfermedad de Parkinson, en los derrames cerebrales y la isquemia cerebral (insuficiente riego sanguíneo al cerebro) y hasta en nuestras células. Cada vez hay más indicios de una diferencia de sexo en el envejecimiento de los vasos sanguíneos, «con implicaciones inevitables para los problemas de salud, los exámenes y los tratamientos^[769]». En un artículo publicado en 2013 en *Nature*, la doctora Elizabeth Pollitzer señala investigaciones que demuestran que las células de los ratones machos y las de los ratones hembras responden de manera diferente al estrés; que las células humanas masculinas y femeninas «presentan concentraciones muy diferentes de muchos metabolitos», y «pruebas cada vez más concluyentes» de que «las células difieren según el sexo independientemente de su historial de exposición a las hormonas sexuales».

Todavía hay una gran cantidad de brechas en los datos médicos de género, pero los últimos veinte años han demostrado que las mujeres no son simplemente hombres de tamaño más reducido: los cuerpos masculinos y los femeninos se diferencian a nivel celular. Entonces ¿por qué no lo estamos enseñando? La inclusión de información desglosada por sexo en los libros de texto depende de que haya datos desglosados por sexo, pero estos son muy escasos debido a que las mujeres se han visto excluidas en gran medida de la investigación médica. Incluso los fundamentos básicos de la determinación del sexo presentan una brecha en los datos sobre el sexo: desde el histórico estudio de 1990 que identificó el cromosoma Y como la región determinante del sexo, el sexo femenino (qué ironía) se ha visto como el sexo por defecto. Pero en este caso, «por defecto» no significaba que nos enfocáramos en la mujer. Más bien, la investigación se centró en el desarrollo de los testículos como el proceso supuestamente

«activo», mientras que el desarrollo sexual femenino se vio como un proceso pasivo, hasta que en 2010 finalmente comenzamos a investigar el proceso activo de la determinación ovárica.

(...)

Debido a su exclusión sistemática de los ensayos clínicos, carecemos de datos sólidos sobre cómo tratar a las mujeres embarazadas para casi cualquier cosa. Es posible que no sepamos cómo evolucionará una enfermedad o cuáles serán sus consecuencias más probables, aunque la OMS advierte de que muchas pueden tener «secuelas particularmente graves en las mujeres embarazadas o pueden dañar al feto». Algunas cepas del virus de la gripe (incluido el virus de la gripe porcina H1N1 de 2009) tienen unos «síntomas particularmente graves durante el embarazo». También hay pruebas de que el síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés) puede ser más grave durante el embarazo. Por supuesto, es comprensible que una mujer embarazada se muestre reacia a participar en una investigación médica, pero eso no significa que tengamos que levantar las manos y aceptar que no sabemos nada: debemos monitorizar, registrar y cotejar de forma sistemática y rutinaria los resultados relativos a la salud de las mujeres embarazadas. Pero no lo hacemos, ni siquiera durante las pandemias: durante el brote de SARS que tuvo lugar en China entre 2002 y 2004, no hubo un seguimiento sistemático de los resultados sobre la salud de las mujeres embarazadas y, en consecuencia, la OMS señaló que «no fue posible caracterizar del todo la evolución y las consecuencias del SARS durante el embarazo». Esa fue otra brecha de datos de género que podría haberse evitado fácilmente, e información que faltará cuando llegue la próxima pandemia.

La no incorporación de las mujeres en los ensayos médicos, al igual que el hecho de no incluirlas en los libros de texto de anatomía, es un problema histórico que tiene sus raíces en la concepción del cuerpo masculino como el cuerpo humano por defecto. Sin embargo, este sesgo tradicional aumentó radicalmente en la década de los setenta, en serio detrimento de la salud de la mujer, tras uno de los mayores escándalos médicos del siglo XX.

En 1960, los médicos empezaron a prescribir talidomida a las mujeres embarazadas que sufrían náuseas matinales. El fármaco, que había estado a la venta sin receta médica como sedante suave en muchos países desde finales de la década de los cincuenta, se consideró seguro porque los investigadores «no hallaron una dosis lo suficientemente alta para matar a una rata». Pero por mucho que no matara a las ratas, sí afectó al desarrollo del feto (algo que los fabricantes ya sabían en 1959). Antes de que el medicamento se retirara del mercado en 1962, habían nacido más de diez mil niños en todo el mundo con discapacidades relacionadas con la talidomida. A raíz del escándalo, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) publicó en 1977 unas directrices que excluían a las mujeres en edad de procrear de los ensayos clínicos. Nadie cuestionó esta exclusión. Nadie cuestionó la aceptación de la norma masculina.

Hoy día la norma masculina continúa sin ser cuestionada por muchos, y algunos investigadores siguen insistiendo, ante toda evidencia, en que el sexo biológico no importa. Una investigadora de la salud pública reveló que había recibido los siguientes comentarios sobre dos solicitudes de becas diferentes: «Me gustaría que detuviera todo lo relacionado con el sexo y volviera a la ciencia», y «Llevo veinte años en este campo y esta [diferencia biológica] no es importante». No recibió solo notas anónimas. El autor de un artículo de opinión publicado en 2014 en la revista *Scientific American* se quejaba de que incluir sujetos de ambos sexos en los experimentos era malgastar recursos. En 2015, en la revista científica oficial de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos se hacía hincapié en que «poner el foco en las diferencias de sexo preclínicas no contribuirá a abordar las disparidades en la salud de mujeres y hombres».

Además de insistir en que las diferencias de sexo no tienen importancia, algunos investigadores abogan en contra de la incorporación de las mujeres en la investigación basándose en que, si bien el sexo biológico puede ser importante, la falta de datos comparables que surge de la brecha histórica de datos hace desaconsejable incluir a las mujeres (para acabar de arreglarlo). Los cuerpos femeninos (tanto de la variedad humana como de la animal) son, según dicen, demasiado complejos y variables, y resulta demasiado caro utilizarlos en ensayos clínicos. Integrar el sexo y el género en las investigaciones se ve como «engorroso^[788]». Se considera

que podría haber «demasiado género», y que su exclusión es aceptable en aras de la «simplificación»; vale la pena señalar que en los recientes estudios realizados con ratones se ha observado en los machos una mayor variabilidad en varios marcadores^[791]. ¿Quién es demasiado complejo ahora? Más allá del argumento de que los cuerpos femeninos, con sus hormonas fluctuantes y «atípicas», son receptáculos de investigación incómodos, los investigadores también defienden la ausencia de mujeres en sus ensayos alegando que son más difíciles de reclutar. Y sin duda es cierto que, debido a sus responsabilidades como cuidadoras, disponen de menos tiempo de ocio y pueden tener más difícil, por ejemplo, concertar citas clínicas en horario escolar. Sin embargo, eso es un argumento para acomodar los horarios de los ensayos a las mujeres en lugar de simplemente excluirlas de ellos, y, en cualquier caso, siempre es posible encontrar a mujeres si realmente se quiere. (...)

Ha habido algunos intentos de obligar a los investigadores a representar adecuadamente a las mujeres en la investigación médica. Desde 1993, año en que Estados Unidos aprobó la Ley de Revitalización del Instituto Nacional de Salud, ha sido ilegal no incluir a las mujeres en los ensayos clínicos financiados con fondos federales. El principal organismo de financiamiento de Australia estableció una normativa similar para la investigación que promueve, al igual que la Unión Europea, que de hecho fue incluso más allá y requirió además que se estudiaran ambos sexos en los estudios preclínicos en animales de laboratorio. Este requisito no entró en vigor en Estados Unidos. Hasta enero de 2016, año en que los NIH introdujeron la obligación de que los datos de los ensayos que financiaban se desglosaran y analizaran por sexo (a menos que existiera una razón convincente para no hacerlo).

Entre otros avances positivos está la Sociedad Alemana de Epidemiología, que durante más de una década ha pedido a los investigadores que justifiquen la utilización de un solo sexo en cualquier estudio cuyos resultados puedan afectar a ambos sexos; y la introducción de la misma información por parte de los Institutos Canadienses del Estudio de la Salud en 2012, así como preguntas obligatorias sobre la consideración del sexo y el género en el diseño del estudio. Algunas revistas académicas ahora también insisten en que los artículos que se

presenten para su publicación deben proporcionar información sobre el sexo de los sujetos en los ensayos clínicos, por ejemplo.

A la cola de todos está el Reino Unido, cuyos principales financiadores «no hacen ninguna referencia sustancial ni ponen requisitos con respecto a la consideración del género en el diseño y análisis de la investigación», y, a pesar de la población en riesgo de las mujeres que sufren más morbilidad y mortalidad, la financiación para la investigación de la enfermedad arterial coronaria en los hombres es mucho mayor que la de las mujeres. De hecho, es tanta la escasez de investigaciones clínicas basadas en el género en el Reino Unido que Anita Holdcroft, profesora emérita del Imperial College London, ha escrito que para el tratamiento cardiovascular «se considera pertinente utilizar estudios de América del Norte y Europa, donde se han investigado estos problemas^[853]».

(...)

Durante milenios, la medicina ha partido del supuesto de que los cuerpos masculinos pueden representar a la humanidad en su conjunto. Como resultado, tenemos una gran brecha de datos histórica en lo que se refiere a los cuerpos femeninos, y esta brecha continúa creciendo en la medida en que los investigadores continúan ignorando la apremiante necesidad ética de incluir las células femeninas, tanto animales como humanas, en sus investigaciones. Es un escándalo que esto siga ocurriendo en el siglo XXI. Debería acaparar los titulares de los periódicos de todo el mundo. Las mujeres se están muriendo y el mundo médico es cómplice. Necesita despertar.