

Mónica Zas Marcos

Carme Valls, médica y política: "La pandemia no puede servir para duplicar las dosis de antidepresivos a las mujeres"

elDiario.es, 2 de abril de 2021.

"El patriarcado nos cuesta salud". Sobre este principio escribe y trabaja la doctora Valls, experta endocrinóloga que lleva desde los años 90 luchando por una medicina que tenga en cuenta a las mujeres.

Carme Valls (Barcelona, 1945) no tardó mucho en darse cuenta de que la Medicina era una ciencia androcéntrica, sobre todo porque se formó rodeada de hombres durante sus años de estudio en Pediatría y Endocrinología. Entre ellos estaba el que atendió a Francisco Franco en su lecho de muerte, el doctor Pozuelo, como recuerda Valls en conversación con *elDiario.es*: "Estábamos pasando consulta los dos, le llamaron corriendo para que fuera a operarle al Pardo y me dejó sola en el ambulatorio", dice entre risas.

Después de aquello se especializó en endocrinología del ciclo, la cual se resistió a tratar con simples medicamentos contra el dolor, y en la Morbilidad diferencial. Es decir, en aquellas enfermedades que afectan a las mujeres de distinta forma que a los hombres. En 1983 entró en el programa *Mujer, Salud y Calidad de Vida* del Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS), que ahora dirige, y desde allí empezó a visibilizar que la mitad de la población había sido infratratada, sobremedicalizada y en definitiva, invisibilizada en la medicina. Todo ello tomó forma en *Mujeres Invisibles* (Capitán Swing), reedición de un ensayo que escribió en 2006 y que vuelve a las librerías en un momento en el que la salud con visión de género es más importante que nunca.

¿Por qué ha decidido actualizar su libro por primera vez desde 2006?

Porque en este tiempo ha habido muchos avances, pero también muchos retrocesos. Y todo porque no hemos conseguido que la ciencia de la salud incorpore una perspectiva de género y una mirada diferencial. Además, desde 2006 el libro ha dado un salto cuantitativo, multiplicándose por tres e incluyendo más de 800 citas bibliográficas nuevas.

¿Cuáles son esos retrocesos de los que habla?

Entre los años 90 del siglo XX y los 2000 se estudió bastante el ciclo menstrual y cómo podía afectar a los diferentes órganos del cuerpo. Y, al revés, cómo podían otras alteraciones afectar a la menstruación. Pero esos estudios se han paralizado después del 2000 y ahora se dan anticonceptivos con mucha facilidad a niñas muy jóvenes.

Otro ejemplo ha sido la búsqueda insaciable de una "viagra" para la mujer, que no se ha conseguido. En lugar de preguntarse el porqué de las dificultades sexuales femeninas, han ido directamente a por la píldora mágica. En su defecto han encontrado "la pastilla rosa", que genera un orgasmo más al día en las mujeres pero que acaba siendo un antidepresivo recetado de forma disimulada. Por último, otro campo estancado ha sido el del dolor crónico, en el que el avance ha consistido en darle un nombre, "fibromialgia", y ponerle un tratamiento continuado de ansiolíticos y antidepresivos.

¿Y los avances?

El campo en el que ha habido más avances es el de la ciencia cardiovascular. La cardióloga estadounidense Bernadine Healy comenzó a denunciar en 1990 que los estudios sobre mortalidad cardiovascular hasta ese momento no incluyesen a ninguna mujer. Cero. Desde entonces, en 30 años, han aumentado un 38% las publicaciones sobre mujeres en revistas cardiovasculares y que estudian la enfermedad desde una perspectiva de género. Otro avance ha sido el de la detección de la violencia machista dentro de la medicina, que se hace más rápido y se acompaña mejor.

Respecto a lo primero, sorprende que no hubiese mujeres en los estudios cardiovasculares hasta 1993 porque pensaban que las mismas hormonas femeninas las protegían. ¿No choca eso con la concepción de "sexo débil"?

Sí, hay muchas paradojas médicas en este término. También el "sexo débil" es el que vive más años. Por lo tanto, biológicamente hablando somos muy fuertes y aguantamos las infecciones mucho más que los hombres, de ahí que haya menos evoluciones negativas en los casos de COVID-19. Pero bueno, la denuncia de esa paradoja fue lo que dio lugar a los cambios en cardiología.

También había una razón comercial detrás de ese matiz. Hacia 1999, los laboratorios farmacéuticos desarrollaron parches de hormonas para la menopausia y, para vender más, decían que prevenían los infartos de miocardio. Cuando se hicieron estudios profesionales y no pagados por esos laboratorios, resultó que las mujeres que tomaban esta terapia hormonal sustitutiva en dosis altas padecían de cáncer de mama y tenían más infartos. O sea, vendieron una idea falsa, que no era fisiológica, pero que había penetrado en la ciencia gracias a estrategias de marketing que son muy poderosas en la medicina.

Respecto a la menopausia, escribe que solo hay dos síntomas que se puedan relacionar con ella: "la sequedad vaginal y las sofocaciones". Lo demás son problemas de salud que se derivan de ser mayores de 50 años, aunque se mediquen como menopausia. ¿Es una manera de forzar a las mujeres a no envejecer?

Claramente. Estos estudios, como el que te he mencionado de los parches, solo buscaban meter miedo a la menopausia. No es malo vivir más años, es estupendo, pero nos tienen que advertir de los problemas que surgen y cómo los podemos resolver. No por volver a menstruar nos vamos a encontrar fantásticas. El tema del envejecimiento, por suerte, se está estudiando más a medida que se ha visto que afecta a los hombres, que también desarrollan dolores de articulaciones y cansancio. Gracias a eso hay más igualdad, pero aún falta mucha ciencia del envejecimiento femenino.

La menstruación no se puede beneficiar de esa igualdad. ¿Puede ser la regla la "chivata" de problemas más graves que se esconden tras el tabú?

El problema es que, antes de estudiarlos, se medicaliza contra el dolor o directamente se provoca la abolición del ciclo. Además, un ciclo que no va bien es un aviso de que algo más está fallando en el cuerpo. Lo que pasa es que habría que profundizar en esas alteraciones y corregirlas. Pero como tabú, se dejan sin resolver muchos problemas que más tarde se complican cuando se les quiere prestar atención.

Al leer su libro, inevitablemente surgen dudas relacionadas con la pandemia. Por ejemplo, ¿cree que la invisibilización histórica de la mujer le ha puesto en un lugar más delicado frente a la COVID-19?

Por supuesto. Aunque la mortalidad entre las mujeres sea menor, el encierro, el teletrabajo (con el que la mujer sigue haciendo todas las tareas dentro de la casa) o la pobreza son factores muy agravantes. Habrá para quien estar en casa durante estos meses haya sido fantástico, pero para otras mujeres ha sido la razón por la que han caído enfermas o se han tenido que enfrentar a mayores violencias dentro del hogar.

Esto se resume muy bien en un concepto que acuñó *The Lancet* hace meses, el de "sindemia". Es decir, hay un problema infeccioso, pero que afecta más a una clase social baja, pobre, que no come y que vive en condiciones infrahumanas. Hay una sinergia entre los problemas sociales (la miseria y la desigualdad) y la pandemia. Y en este caso la mujer siempre pierde.

El reduccionismo o la tardanza en el diagnóstico se han puesto de relieve con la pandemia. ¿Siguen afectando más en el caso de las mujeres, como dice en el libro?

Seguro. El hombre va a urgencias directamente cuando presenta cuadros agudos. Pero la mujer, para atender a la mayoría de sus problemas, necesita un seguimiento. Ahora la Atención Primaria está desbordada y todas esas pruebas, análisis y diagnósticos se están retrasando. No sabemos la cantidad de infartos que se han producido antes de llegar al hospital, a pesar de que es la mayor causa de mortalidad femenina. De hecho, esto se ve muy bien en los datos mortalidad respecto al año anterior, del Instituto de Estadística, donde el exceso de muertes por causa no COVID-19 es predominantemente femenino.

La salud mental es un aspecto central en su libro y se ha visto agravada enormemente en estos meses. Antes, el 85% de las personas que tomaban psicofármacos eran mujeres. ¿Cree que la pandemia puede ser una oportunidad para reducir este sesgo de género y la sobremedicación?

Incluso en estos meses se han hecho estudios que demuestran que las mujeres han tenido más problemas de salud mental por angustia, pérdida de confianza, pérdida de equilibrio o incertidumbre hacia el futuro. Sin tener que ver con la enfermedad, este cuadro se presentaba en mujeres que simplemente estuvieron encerradas en sus casas. Lo más complejo de esto es que enseguida se diagnostica como depresión o ansiedad y les recetan ansiolíticos o antidepresivos.

En España hay un 16% de mujeres que toma antidepresivos. Lo que ocurre es que ahora es un problema que nos ha venido de golpe a toda la humanidad. Pero la pandemia no puede servir para pensar que las mujeres se han vuelto dos veces más locas ni para duplicarles las dosis de antidepresivos. Hemos de aceptar las tristezas y saber superarlas.

Respecto a esto, hay un capítulo en el libro que habla de "la soledad como factor de riesgo para la salud". Algo igualmente de actualidad, sobre todo en el caso de las personas mayores. ¿Se ha obviado este factor por protegerles del contagio?

Creo que sí, que no se ha pensado bien este tema, aunque entiendo por qué se ha decidido aislarles para protegerles. Este virus es maligno y cuando entra en el cuerpo afecta a la vez al corazón, al pulmón, al sistema digestivo y al cerebro y no hay manera de pararlo. De todas formas, se dice mucho que las personas mayores están solas en las residencias, y eso no es cierto. Tienen asistencia continuada, con trabajadores y muchas veces con médicos. Están mucho peor los que se encuentran desatendidos en su casa, seguramente.

Por lo tanto, la soledad es un problema, en eso estoy de acuerdo. Pero para muchos ancianos, que ya llevaban una vida semiconfinada antes de la pandemia, no les ha supuesto tanto retroceso como el miedo a morir y a enfermar. Lo que sí se ha puesto de

manifiesto es que no cuidábamos bien de nuestros mayores, y que necesitamos impulsar un cambio.

"El mayor mal de la biopolítica médica actual", dice en el libro, "es ignorar la experiencia de los que trabajan en clínica diaria". ¿Se valora más la profesión ahora que antes a raíz de la pandemia?

Creo que sí: se valora, pero no se paga. Están muy valorados y son muy aplaudidos. Yo tengo a dos hijos en primera línea y eso les ayudó psicológicamente a aguantar el tirón en la primera ola. Lo que pasa ahora es que esos aplausos no se han correspondido con el cumplimiento de sus demandas: no solo pedían mascarillas y guantes, ni más dinero, sino mejores condiciones de trabajo, más formación y más personal. Visto esto, es difícil que yo exija a los médicos de Primaria que apliquen en sus consultas la perspectiva de género y que pregunten a todas sus pacientes por la menstruación.

Por último, defiende que la otra asignatura pendiente de la medicina es el medioambiente. ¿Por qué?

Muchos disruptores ambientales son estrogénicos e imitan en el cuerpo el efecto del estrógeno, y por lo tanto provocan alteraciones del ciclo menstrual, que haya más masa fibroquística, más endometriosis y más enfermedades por exceso de sangrado. Luego, existe una relación con el cáncer de mama, con la diabetes y con la obesidad. Además, la mujer tiene cincuenta veces más de posibilidades de tener una enfermedad tiroidea que el hombre, pero esta se ve alterada todavía más por el medioambiente.

En definitiva, todo esto tiene que penetrar en la ciencia, porque no se habla en las facultades de Medicina de género y medioambiente, y se sigue pensando que estamos cansadas simplemente porque no soportamos la vida. Es difícil aguantar una sociedad androcéntrica, eh, muy difícil, pero hay que seguir luchando contra ella.