

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL DOCTORAT HONORIS CAUSA

Rector Magnífic de la Universitat de Girona, autoritats, amigues i amics, família, permetin-me, en primer lloc, expressar el meu agraïment al professor Joan San Molina per la seva proposta d'atorgar-me aquesta distinció, al Claustre de la Universitat i a tot el professorat que va estar-hi d'acord. Faig extensiu l'agraïment a la Facultat d'Infermeria, i la professora Dolors Juvinyà, que va ser una de les primeres escoles que em van convidar a fer classes i conferències a Girona, i també a llevadores com ara la senyora Yolanda Garza, que estan en lluita per la defensa dels seus drets a la dignitat professional, autonomia, reconeixement i retribució per acompanyar les dones i famílies en la salut sexual i reproductiva en els processos fisiològics, evitant la medicalització. Vull agrair també a les estudiants i els estudiants de Medicina que, ja fa més de 10 anys, m'han anat convidant a parlar dels biaixos de gènere a la medicina, i que actualment ja apliquen la ciència de les diferències en els seus àmbits professionals. Fa dos anys, i gràcies a la invitació del professor Joan San, vaig tenir l'oportunitat d'inaugurar el curs acadèmic de la Facultat de Medicina.

No ha estat fàcil, durant la meua vida professional, mantenir una mirada i una posició crítica respecte al que m'havien ensenyat oficialment, però val a dir que havia pogut entrenar-me a bastament durant la vida estudiantil, en plena dictadura franquista, participant en la creació d'un sindicat democràtic d'estudiants, envoltats de grisos, a la denominada Caputxinada. De fet, la mirada crítica cap a la medicina ja va començar als 10 anys, quan acompanyava el meu pare, el doctor Josep Valls Serra, especialista en medicina cardiovascular i fundador de la Societat Catalana d'Angiologia, a fer urgències nocturnes, per a pacients amb accidents vasculars a pobles de Catalunya. Ja vaig aprendre en aquells moments (no hi havia ràdio als cotxes... parlàvem) la importància d'un bon diagnòstic a temps per evitar amputacions d'extremitats o per evitar conseqüències irreversibles del denominat *atac de feridura*.

Em va ensenyar també que per ajudar a millorar la salut de les persones a vegades s'han de prendre decisions difícils, agosarades i amb implicació de la pròpia vida i de la família. Va ser el primer cirurgià que va operar una estenosi mitral a Espanya, precisament a una gironina de 19 anys que ja no podia viure ni respirar, Montserrat Llonch, que va esdevenir una notable pintora, que no hauria pogut pintar sense aquella intervenció, i a qui va poder atendre fins al final de la seva vida. No hi havia UCI; es quedava a dormir amb la malalta fins que se'n sortia.

També m'ensenyava que l'estímul científic neix de fer-nos preguntes, i de la voluntat de conèixer. Em parlava de l'estímul del que no coneixem, del que és infinitament més gran i del que és infinitament petit. Li hauria agradat conèixer les possibilitats que ens ofereix la nanociència aplicada a la medicina. El coneixement dels perquè mes íntims.

Però la contradicció que suposava estudiar la carrera de Medicina i la realitat que vivíem a la Barcelona de la postguerra, amb el racionament, la misèria del Somorrostro i del Carmel, i el contacte amb l'onada d'emigració des del sud d'Espanya, han fet impossible, en la meua vida, separar la ciència i l'exercici de la professió de les desigualtats econòmiques i socials que m'envoltaven.

El meu treball va començar sent fonamentalment assistencial, en els camps de l'endocrinologia i l'atenció primària, en un moment en què no existia el sistema MIR. A través de la pràctica professional quotidiana vaig començar a adonar-me del fet que les dones eren les principals demandants d'assistència en atenció primària i en endocrinologia, a totes les edats. Les seves principals queixes, el cansament i el dolor en totes les seves manifestacions, s'enfrontaven i s'enfronten amb la limitada preparació dels professionals de les ciències de la salut sobre les malalties cròniques, ja que la ciència mèdica havia nascut en els hospitals, amb patologies agudes de predomini masculí, i per tant amb una mancança de formació entre les diferències en emmalaltir entre dones i homes. Fins a l'última dècada del segle XX la salut de les dones s'havia estudiat i avaluat en relació amb la salut reproductiva, i al voltant de l'embaràs i el part, però considerar que l'única diferència entre dones i homes és la reproducció, amb una absència de ciència i docència al voltant del cicle menstrual, ha col·laborat a no abordar la salut de les dones des d'una perspectiva integral. Vaig constatar, doncs, l'androcentrisme a la ciència. La manca d'estudi de les diferències i les desigualtats.

Totes les ciències han nascut en un període històric determinat, i encara que s'havia cregut que la ciència era objectiva i neutra, des de Thomas Samuel Kuhn es va iniciar un pensament crític respecte a la pretesa «objectivitat de la ciència», en què es fa evident que la ciència és també una construcció social, i per tant influenciada per interessos polítics, econòmics, ideològics i socials, externs i interns a la mateixa generació científica. Per la mateixa raó la ciència mèdica no és aliena a les actituds que tinguin els investigadors cap a les dones i homes i als estereotips mentals que durant les seves vides hagin marcat la seva conducta.

Per què les dones han estat invisibles per a la medicina?

Les dones han estat absents de l'objecte de la recerca biomèdica fins a finals del segle passat. La majoria de treballs de recerca, en totes les àrees de les ciències de la salut, fins l'any 1990, no incloïen dones en les seves cohorts d'investigació. Les dones restaven invisibles per a la ciència. La presumpció que dones i homes són iguals i que estudiar les malalties i el procediment diagnòstic era «neutre» per a la medicina i la recerca va produir l'absència de dones dins dels treballs de recerca que tinguessin en compte els aspectes biològics, clínics, psicològics, socials, culturals i mediambientals de la salut. Però la presència de dones en l'objecte d'estudi no serveix de molt si al mateix temps no es valoren les condicions de vida i treball en els treballs de recerca, ni la sobrecàrrega psicosocial, amb la doble jornada i la doble o triple presència.

La ciència mèdica, que havia sostingut que estudiar l'home era estudiar l'ésser humà, ha hagut de canviar els seus paradigmes i començar a reconèixer que existeixen diferències entre dones i homes en el desenvolupament neurològic de les connexions cerebrals, en 43 teixits del cos que expressen les proteïnes de forma diferent, en el predomini de determinades malalties, i en les que es deriven de la biologia de les dones, amb alteracions en la menstruació i problemes als embarassos i parts, en la forma de manifestar-se els símptomes de les mateixes malalties, en la seva etiologia, i en la farmacocinètica de determinats fàrmacs, que

es metabolitzen de manera diferent segons sigui el fetge de dona o d'home, i segons interaccionin en determinades fases del cicle menstrual, en el cas de les dones. Un greu problema en la recerca de fàrmacs és la «negligència penetrant i persistent»¹ de fer servir teixits d'homes i rates mascles en la investigació preclínica, quan s'ha demostrat que porta a molts errors i al fet que el vuitanta per cent d'efectes secundaris dels medicaments administrats els pateixen les dones.

El paradigma de la invisibilitat de les dones ha estat la malaltia cardiovascular.

L'any 1991 es va produir la primera publicació sobre l'exclusió de les dones en els tractaments de cardiologia, per estenosi de coronàries. A igualtat de patologia, els homes eren enviats a cirurgia, les dones a casa. Amb la idea que les dones no podrien tenir problemes de cor ni fer infarts. La revisió posterior d'aquesta mala praxi professional va revelar que les dones amb patologia de coronàries havien fet la mateixa proporció d'infarts que els homes i amb major mortalitat.² Aquesta publicació va ser de gran impacte dins de l'especialitat de cardiologia, i en general per a tota l'assistència mèdica. La cardiòloga nord-americana Bernardine Healy va publicar un famós editorial a la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine*, «The Yentl syndrome».³ La majoria de treballs de recerca sobre mortalitat cardiovascular, factors de risc i tractaments, s'havien fet només amb homes, amb excepció de l'estudi Framingham. Els biaixos de gènere en la recerca es van mostrar per primera vegada com a causa directa dels biaixos de gènere en l'assistència sanitària. I ara sabem que la cardiopatia isquèmica i els accidents vasculars cerebrals són la primera causa de mortalitat de dones arreu del món.

Durant els anys 1990 al 2000, un moviment internacional d'investigadores va impulsar la inclusió de les dones als assajos clínics. El primer pas el va donar Bernardine Healy, que a partir de 1992 va dirigir el Centre Nacional de Recerca dels Estats Units, i va promoure una primera llei que va impedir destinar fons públics de recerca als treballs que no incloguessin dones i que no tinguessin en compte les minories ètniques. El segon acord important d'aquesta dècada va ser entre els editors i editores de les principals revistes mèdiques que recullen treballs de recerca, liderats per Marcia Angell, per impedir que es publicuessin treballs que no tinguessin les seves dades diferenciades per sexe.

Amb dificultats, lentament però amb força, es va assentant la necessitat de introduir la perspectiva de gènere en la recerca mèdica i en l'assistència sanitària. A la revista *JAMA*, de la Societat Americana de Medicina Interna, Vivian W. Pinn afirmava, al 2003: «La recerca de la salut de les dones ha sobrepassat els límits que la tancaven solament als òrgans i hormones relacionats amb la reproducció. (...) Cada vegada més, l'assistència sanitària s'ha de basar en les diferències biològiques que comporten el sexe i les influències del gènere en els factors de conducta, geogràfics, culturals, econòmics i socials.»⁴

Constatem, per tant, que ens falta la ciència de la diferència i les desigualtats, que ha de néixer des de l'atenció primària, que és on més es necessita la identificació i seguiment de les diferències, i on es presenten més dones demanant ajuda. Si no es diagnostica bé, si les demandes de les dones són atribuïdes a causes psicosomàtiques, no ens pot estranyar que siguem el país que més psicofàrmacs,

ansiolítics i antidepressius recepta des de l'atenció primària, fàrmacs destinats de cinc a set vegades més a dones que a homes.

És freqüent també que es minimitzi o maximitzi la patologia femenina en base a analítiques de laboratori, que són avaluades per la seva freqüència, però no en funció de la seva normalitat en funció de la qualitat de vida, i que s'exerceixi un paradigma reduccionista d'etiologies. Freqüent no és sinònim de normal. La violència de gènere és freqüent, però no crec que ningú d'aquest entorn pugui considerar que és normal. Les anèmies, les ferropènies i l'hipotiroïdisme són malalties freqüents entre les dones, però per la seva freqüència són considerades com a normals i en molts casos no reben cap tractament.

Si la perspectiva de gènere estava allunyada de la ciència, l'efecte del medi ambient sobre la salut i el seu efecte especial sobre la salut de les dones està encara lluny de la docència a les facultats de Medicina. En el meu llibre *Medio ambiente y salud. Mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos*⁵ he pogut recopilar les evidències científiques que tenim en aquests moments sobre els efectes de les partícules contaminants, dels pesticides, de químics tòxics o dels camps electromagnètics que poden influir negativament sobre la salut dels éssers humans.

Però potser el camp en què s'han publicat més estudis en els últims tres anys és en el camp cardiovascular, alertant d'ampliar els factors de risc a factors específics,⁶ com ara la síndrome d'ovaris poliquístics, l'eclàmpsia de l'embaràs, la teràpia per al càncer de mama, les malalties autoimmunes, les malalties reumàtiques, la depressió o l'estrès relacionat amb la sobrecàrrega de la cura de la casa i la família, i la violència de gènere.

Sense recerca no hi ha docència, però a vegades la docència sanitària no ha incorporat, en les seves assignatures troncales i en el currículums exigits al seu professorat, ni la perspectiva de gènere, ni els efectes del medi ambient sobre la salut.

Com podíem col·laborar des d'aquí a la gran quantitat de canvis necessaris en la recerca i la docència?

Veient el retard amb què arribaven les novetats de la recerca a les i els professionals sanitaris i a les mateixes dones, vaig poder participar en els treballs d'una ONG científica sense ànim de lucre, fundada el 1983, ara fa 40 anys, el CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris). Des del programa «Dones, salut i qualitat de vida» vam organitzar el Primer Congrés Internacional sobre Dones, Salut i Treballs, en què van participar 53 països, i que ha donat lloc a quatre congressos més, a Rio de Janeiro, Estocolm, Nova Delhi i Mèxic, i mantenint una xarxa d'investigadores que ja estan fent recerca sobre les diferències. Tot i així, reconec que el primer acord del document final del Congrés ha estat un fracàs, perquè exigia introduir la perspectiva de gènere en els estudis troncales de Ciències de la Salut, i per ara hem arribat a fer assignatures opcionals i col·laboracions en diversos màsters, però no ha canviat encara la formació.

I veient les dificultats de formació en desigualtats, diversitats i diferències, ens vam proposar des del CAPS formar una xarxa de dones professionals de la salut,

metgesses, infermeres, psicòlogues, llevadores, sociòlogues, per autoformar-nos en la ciència de la diferència i la desigualtat, i per construir-la des d'on pot ser més útil, des de l'atenció primària. La xarxa CAPS i la seva revista *Mujeres y Salud*, sota la direcció de la periodista Leonor Taboada, es manté gràcies a l'ajuda de les seves sòcies, i sense cap suport de la indústria farmacèutica.

Les polítiques públiques com a arma de canvi

Malgrat els bons desitjos de fer canvis en la docència i l'assistència, l'experiència viscuda per la humanitat durant la pandèmia de la covid, o l'aparició, durant la vida de moltes persones, d'accidents vasculars, tumors i càncers que, de forma inesperada, canvien els plans vitals, ens han obligat a viure amb la incertesa. Què podem prevenir, realment? Podem curar? Només podem acompanyar?

La incertesa, la manca de seguretat, d'esperança i d'expectatives, la manca de confiança en el futur, ha impregnat la vida de moltes persones, especialment entre el nostre jovent. Haurem d'aprendre a pensar i explicar que molts components de la salut humana no depenen solament de la voluntat individual. Havíem pensat que podíem controlar qualsevol aspecte de la vida, i que podríem fer prevenció dels riscos per a la salut de manera absoluta, però hem après que ens haurem de preparar per viure en la incertesa i trobar espais i temps per aturar-nos, pensar, sentir, abraçar i estimar.

Potser en aquest moment són més necessàries que mai les polítiques públiques que puguin pal·liar l'angoixa que provoca la incertesa davant el futur.

Del meu pas de 7 anys pel Parlament de Catalunya, com a diputada del Grup Socialista-Ciutadans pel Canvi, vaig aprendre que les polítiques públiques poden servir per millorar aspectes de la vida i la salut de les persones per poder contrarestar la desigualtat d'oportunitats. Vaig poder aconseguir el telèfon per atendre les dones afectades per violència masclista i un pla d'atenció, transposar la directiva europea sobre assetjament sexual en el lloc de treball a la legislació catalana, i el canvi de denominació d'espais d'atenció a la dona pels actuals ASSIR (atenció a la salut sexual i reproductiva), ja que l'atenció a les dones en tota la seva integritat s'ha de fer des de l'atenció primària. Les dones no són només una matriu amb cames.

Les polítiques públiques que són més favorables al desenvolupament d'una ciència de les diferències i les desigualtats es manifesten de manera més efectiva en països federals, que entenen que l'homogeneïtat és falsa i que afavoreix l'autocràcia. Les polítiques que han promulgat que no es donarà diner públic per recerca que no inclogui dones i homes, ètnies diverses i opcions sexuals, han estat promulgades pels parlaments del Canadà, els Estats Units i països nòrdics europeus. Això ha impulsat que en especialitats habitualment misògines comencin a publicar-se articles de qualitat, en què s'estableixin les diferències de sexe i els condicionants de gènere de forma clara, i en aquestes publicacions les dones científiques hi tenen un paper decisiu.

Però la necessària incorporació del sexe i el gènere a la recerca i la docència no pot oblidar tampoc el condicionant de l'edat, i no per limitar l'assistència i la

recerca, sinó per aprofundir-la. L'esperança de vida de la humanitat s'està dilatant, si no arriben més pandèmies, i per tant haurem de pensar una nova assistència sanitària que tingui en compte la cura de les persones, la medicina personalitzada, que pugui atendre més dones i homes que tindran diverses malalties i alteracions metabòliques a la vegada. L'atenció a la comorbiditat. No podem acceptar que es decideixi no enviar les persones més grans de 70 anys als hospitals si hi ha possibilitat de tenir l'oportunitat de viure, com va passar amb la pandèmia. L'edatisme no pot ser un límit per a la ciència ni per a l'atenció i la cura de les persones.

Com crec que hauria de canviar la docència a les universitats en relació amb les ciències de la salut?

La docència a les facultats que formaran els professionals que hauran de realitzar tasques assistencials, com ara medicina, infermeria o psicologia, no pot tenir en compte només que es memoritzi un gran nombre d'informació i coneixements, sinó que els ha de preparar per tenir competències per abordar constantment la interacció dels enfocaments biològic, psicològic, social i mediambiental de la salut en contacte amb persones que presenten dolor i sofriment, barrejat amb l'angoixa del no saber. Serà imprescindible en el futur incorporar el sexe com a variable biològica i el gènere com a condicionant social, si volem fer una medicina que millori la salut de tothom.⁷

Tota la teoria explicada sobre la ciència de la diferència pot quedar desdibuixada quan la realitat assistencial pressiona, amb moltes demandes i pocs recursos.

Creo que part de l'assistència no es pot entendre sense l'exercici de **l'empatia, la compassió i la comprensió**. Sense l'empatia que permet llegir les preocupacions de l'altre, mitjançant les nostres neurones mirall; sense la compassió, sentiment humà més intens que l'empatia, que comporta la percepció i la compenetració amb el sofriments de l'altre, i el desig d'alleugerir, reduir o eliminar completament la situació dolorosa, i sense la comprensió, el procés de creació mental, amb què podem captar, relacionar i elaborar un missatge que ens dona l'altre mitjançant el llenguatge verbal i no verbal, i múltiples senyals del seu cos.

Apareixen, en aquest punt final, moltes preguntes que deixo a la seva consideració:

Es poden exercir tasques assistencials sense tenir en compte les altes dosis d'empatia, comprensió i compassió que s'hauran d'acumular per exercir-les? La universitat, no hauria de col·laborar a preparar-nos en competències?

Si l'assistència mèdica és només el seguiment de protocols decidits per especialistes en conferències de consens, dels que desconeixen els conflictes d'interessos, no pot ser fàcilment robotitzada i substituïda per màquines i per la mal denominada intel·ligència artificial?

L'esperit crític, la creativitat, les decisions ràpides i amb la màxima visió integral possible, no haurien de formar part de la formació dels nostres professionals?

Les facultats de Medicina, no ens haurien d'estimular a pensar, en lloc de tallar les ales a qui presenta qüestions difícils?

Pot mantenir-se allunyada la universitat del destí dels professionals que ha format i que són seleccionats per un sistema –MIR, EIR, etc.– que només vol discriminar coneixements i no vocacions, i és aliè a les necessitats dels problemes més predominants que tindrà la població atesa?

Són moltes i molts, els professionals sanitaris que mereixerien medalles, perquè estan assistint cada dia, sense temps ni recursos, moltes demandes que moltes vegades encobreixen problemes que no són estrictament de salut, com ara la pobresa o la solitud; o perquè estan deixant la pròpia salut física i mental en els serveis d'urgència sobrecarregats. Tots aquests professionals, ells i elles, cobreixen amb la seva dedicació i la seva feina les deficiències del sistema sanitari, que tot i ser universal, necessita moltes millores. A tots i totes els voldria dedicar també aquesta medalla. I a la meua família extensa, especialment als meus fills, metges també, Miquel i Rosa Turbau Valls, i al meu marit Antoni, als quals les meves hores de feina i escriptura els han robat espai i temps de convivència, però no d'estimació. Moltes gràcies a tota la família i moltes gràcies a vostès per la seva atenció.

Carme Valls Llobet

Girona, 7 de juny de 2023

¹ Zucker I, Prendergast BJ, *et al.* Pervasive Neglect of sex Differences in Biomedical Research. *Cold Spring Harbor Perspect Biol* 2022; 14. Doi:10.1101/cshperspect.a039156

² Ayanian, J Z *et al.* “Differences in the use or procedures between women and men hospitalized for coronary disease”, *New England Journal of Medicine*. 1991, 325, p 221-225.

³ Healy, Bernardine, “The Yentl syndrome”, *New England Journal of Medicine*. 1991. 325, pp 274-5.

⁴ Pinn, Vivian. “Sex and gender factors in Medical studies: Implications for Health and clinical practice” *Journal of the American Medical Association*. 2003.289(4), p 397-400.

⁵ Valls-Llobet, Carme. *Medio Ambiente y Salud: Mujeres y Hombres en un mundo de nuevos riesgos*. 2018. Feminismos. Ediciones Cátedra. PUV.

⁶ Regitz-Zagrosek, Vera & Gebhard, Catherine. Gender Medicine: effects of sex and gender on cardiovascular disease manifestation and outcomes. *Nature Reviews Cardiology*. 2023. April Vol 20: 236-247.

⁷ Bartz D, Chitnis T *et al.* Clinical Advances in Sex –and Gender– Informed Medicine to Improve the Health of All. *JAMA Intern Med* 2020: 180(4). 574-583.