

De la histeria a la fibromialgia, “las enfermedades de mujeres” que repugnan al Derecho

From the hysteria to the fibromyalgia: “women’s diseases” that are repugnant to the Law

Glòria Poyatos i Matas

Magistrada especialista en el orden social en el TSJ de Canarias

Doctora en Derecho

doi: 10.20318/labos.2025.9417

A propósito de *la brecha de género del dolor* en las discapacidades y el Voto particular a la STSJ Canarias de 19 de diciembre de 2024 (Rec.1198/2023)

Resumen: Aproximación crítica, desde la medicina, al destierro de las mujeres en la investigación de las enfermedades, proyectado sobre un patrón de lo humano masculino, dando lugar a diagnósticos y tratamientos diferentes, dependiendo del sexo del paciente, siendo más probable que ante una misma queja o sintomatología se realicen atribuciones psicológicas a mujeres y físicas a los hombres. Esta devaluación de las “enfermedades de mujeres”, anudada al estereotipo de inferioridad moral, sostiene la denominada brecha de género del dolor, desde la histeria a la fibromialgia, y también ha tenido sus efectos nocivos, para las mujeres, desde el Derecho. Como ejemplo paradigmático, se analiza el, ya derogado, RD 1971/2022 de 23 de diciembre, a través de la reciente sentencia del TSJ de Canarias de 19 de diciembre de 2024 (Rec.1198/2023) y su voto particular disidente, en relación a la invisibilización y omisión de valoración de la fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y el síndrome de sensibilidad química múltiple, que son enfermedades eminentemente femeninas.

Palabras clave: Enfermedades de mujeres, brecha de género del dolor, discapacidad, discriminación indirecta por razón de sexo

Abstract: A critical approach, from a medical perspective, to the exclusion of women from disease research is projected onto a masculine human model. This has led to different diagnoses and treatments depending on the patient’s sex. It is more likely that, when faced with the same complaint or symptomatology, psychological attributions are made to women and physical attributions to men. This devaluation of “women’s diseases,” coupled with the stereotype of moral inferiority, sustains the so-called gender pain gap, from hysteria to fibromyalgia, and has

also had its harmful effects on women in the legal field. As a paradigmatic example, the now repealed RD 1971/2022 of December 23 is analyzed, through the recent ruling of the TSJ of the Canary Islands of December 19, 2024 (Rec. 1198/2023) and its dissenting opinion, in relation to the invisibility and omission of assessment of fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and multiple chemical sensitivity syndrome, which are eminently feminine diseases.

Keywords: Women’s diseases, gender pain gap, disability, indirect discrimination based on sex.

1. El sexo condiciona la atención médica y científica

Es incuestionable, a estas alturas, que lo largo de la historia, los varones han sido el patrón de referencia en todas las disciplinas pensables. La medicina no se libra.

Este estándar masculino, a medida, ha desterrado a las mujeres de los estudios de las enfermedades del hombre. La representación del cuerpo masculino como norma universal ha dejado de lado la diversidad biológica y cultural, ignorando las contribuciones de las mujeres en la medicina, así como otros sectores de la población minoritarios.

Además, el sesgo de género no solo traspasa al ámbito clínico, también se refleja en la academia y la investigación e incluso en la segregación profesional del personal sanitario¹.

La Dra. Antonia Sambola, del Servicio de Cardiología de Vall d’Hebron, experta en la salud cardiovascular de la mujer, lideró un estudio que evidenció que ser mujer es un factor de riesgo en el infarto agudo de miocardio. Esta investigación que se hizo entre 2005 y 2016, concluyó que la tasa de mortalidad por infarto en las mujeres era del 18% y en los hombres del 9%.

Según Sambola:

Las mujeres tardan más tiempo en acudir al sistema sanitario cuando tienen un infarto. Aguantan más síntomas como el dolor, minimizan los síntomas, esperan a ver si se les pasa. Por eso, también en parte, se les hacen menos angioplastias, al llegar demasiado tarde para obtener beneficio de esta técnica. Asimismo, los síntomas son confundidos muchas veces con ansiedad.

De otro lado, existe la percepción de que el riesgo cardiovascular es “una enfermedad de hombres”, lo que se traduce en un retraso en el diagnóstico y una peor atención por el hecho de ser mujer. Estamos, paradójicamente, ante una enfermedad de hombres que mata a las mujeres² porque constituyen la principal causa de mortalidad de las mujeres a nivel mundial³.

¹ Según Medina, se ha comprobado como la elección de las especialidades está muy influenciada por el género siendo pediatría o medicina familiar las más elegidas por ellas, por permitir horarios más compatibles con los cuidados familiares, a pesar de ser peor remuneradas económicamente y especialidades como, por ejemplo, las cirugías complejas que implican largas jornadas y están mejor retribuidas y más reconocidas, son más elegidas por ellos. Medina, J. *El androcentrismo en el ámbito de la Salud*, disponible en: <https://conlaa.com/el-androcentrismo-en-el-ambito-de-la-salud/>

² <https://elpais.com/salud-y-bienestar/branded/lo-que-importa/2024-03-19/una-enfermedad-de-hombres-que-mata-a-las-mujeres.html>

³ Ello ha dado lugar a la puesta en marcha del proyecto Mujer y corazón de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), disponible en: <https://mujerycorazon.secardiologia.es/>

Esa idea no es un problema de hoy, ni exclusivo de nuestro país. En 1991, la doctora Haley, que fue la primera mujer en dirigir los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de Estados Unidos, acuñó en una conferencia sobre enfermedades cardíacas el concepto *Síndrome de Yentl*, en referencia a la protagonista de la obra Isaac Bashevis Singer, muy popular por la adaptación cinematográfica que hizo Barbra Streisand, que simulaba ser un hombre para que se le permitiera estudiar los textos sagrados. La cuestión que planteaba Haley era la de si, al igual que Yentl, las mujeres también deberían hacerse pasar por hombres para recibir la misma atención ante un problema cardiovascular porque era habitual encontrar mujeres diagnosticadas de ansiedad, depresión o fibromialgia, cuando en realidad se trataba de infartos, ictus, taquicardias o arritmias.

Tal y como señala la cardióloga Clara Bonanad, se infradiagnostica la enfermedad cardiovascular en la mujer por sesgos socioculturales. Es habitual encontrar a mujeres a las que se ha diagnosticado de fibromialgia o ansiedad, cuando en realidad se trataba de infartos o ictus. Todo ello se muestra claramente en el estudio *Sesgos de género en el diagnóstico, tratamiento e interpretación de los síntomas de la enfermedad cardiovascular*.⁴

Elinor Cleghorn en su libro “*Enfermas: Una historia sobre las mujeres, la medicina y sus mitos en un mundo de hombres*”, repasa estas desigualdades históricas. La revista *The Lancet*, publicó una revisión sistemática de las diferencias en salud entre mujeres y hombres en materia de salud, con escasos avances en la reducción de estas desigualdades entre 1990 y 2021.⁵

Las consecuencias de los sesgos de género en la atención sanitaria, ha dado lugar a que ante unos mismos síntomas existan diferentes interpretaciones por las personas profesionales dependiendo del sexo del paciente. Así, es más probable que ante una misma queja o sintomatología se realicen atribuciones psicológicas a mujeres y físicas a los hombres. Frecuentemente los síntomas de ellas son confundidos, minimizados o mal diagnosticados y sus quejas, atribuidas a una etiología psicosomática, lo que nos lleva a cuestionarnos, seriamente, las bases en las que descansa la ciencia para conocer los problemas de salud de hombres y mujeres⁶.

Un número cada vez mayor de estudios demuestra que las expresiones de dolor de las mujeres afectan de manera negativa al diagnóstico y al tratamiento. En este contexto, surge la *brecha de género del dolor*. Sobre esta peculiar brecha, apenas existen estudios. En Brasil, se llevó a cabo un riguroso estudio que determinó que la prevalencia del dolor crónico en mujeres es casi 5 veces más alta que en hombres (85% vs. 16%).⁷ En Colombia, estudios similares arrojaron que la brecha de dolor era del 79% en ellas, frente al 21% en ellos.⁸

⁴ Este estudio fue dirigido por la Dra. Gabrielle R. Chiamonte, de la Universidad

⁵ Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00053-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00053-7/fulltext)

⁶ García Dauder, D., Alameda Cuesta, A., Díez Velasco, *Documento Revisado. Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad. Análisis sesgos de género*. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://confesq.org/wp-content/uploads/2020/10/Sesgo-de-genero-A5.pdf>

⁷ Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/10.2217/pmt-2022-0102?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed

⁸ Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://dolor.org.co/biblioteca/revistas/Revista%208_1.pdf

Existe una subestimación del dolor cuando se trata de féminas, en relación a sus compañeros varones.⁹ En las unidades de urgencias de Estados Unidos, por ejemplo, las mujeres deben esperar, en promedio, 16 minutos más que los hombres para recibir medicamentos después de explicar que tienen dolor abdominal, y tienen un 7 % menos de probabilidades de recibir ese tratamiento como primera opción para calmar el dolor, al parecer, antes va el vaso de agua, tomar el aire, un ansiolítico, o un “*cálmese*”.¹⁰

Estos sesgos en la praxis médica, son profundamente contrarios a los principios de la medicina basada en la evidencia o lo empírico, porque se sostiene en mitos acerca de las formas de sanar y enfermar de hombres y mujeres, traduciéndose en la devaluación de las enfermedades femeninas, traspasadas por el estereotipo de *inferioridad moral de las mujeres*. Este estereotipo se traduce en el prejuicio de considerar a las mujeres mentirosas o poco confiables¹¹. La histeria es un buen ejemplo de sexismo, misoginia e *inferioridad moral de las mujeres*.

El término *histeria* se definía hasta hace poco en el diccionario de la RAE, en su primera acepción, como:

*enfermedad nerviosa, crónica, más frecuente en la mujer que en el hombre, caracterizada por gran variedad de síntomas, principalmente funcionales, y a veces por ataques convulsivos.*¹²

Esta “*enfermedad*” procedente del griego, “*hysteron*” (útero) se remonta a tiempos ancestrales y se ha venido utilizando a discreción de las necesidades patriarcales, de cada momento histórico. Casi cualquier dolencia leve podía servir para diagnosticar histeria.

Platón afirmó en *Timeo*, Diálogos:

En las mujeres lo que se llama matriz o útero es un animal que vive en ella con el deseo de hacer hijos. Cuando permanece mucho tiempo estéril después del periodo de la pubertad apenas se le puede soportar pues se indigna, va errante por todo el cuerpo, bloquea los conductos del aliento, impide la respiración, causa una molestia extraordinaria y ocasiona enfermedades de todo tipo.

Durante la Edad Media, la histeria adquirió tintes satánicos vinculándose a las brujas y convirtiéndose en la excusa para su persecución. En el s.XIX vuelve a residenciarse en el campo de la medicina y ya en el s.XX, justificaba las limitaciones de las mujeres para el desempeño de determinados trabajos, reservados a los hombres, a los que no se les pre-

⁹ Un experimento lineal de personas expuestas a videoclips faciales de pacientes femeninos y masculinos con dolor crónico reveló que los perceptores subestimaron el dolor de las pacientes femeninas en relación a sus compañeros varones y vincularon el dolor de ellas a tratamientos con psicoterapia y, en cambio, el de ellos a la medicación para el dolor. Estos sesgos podrían influir en el subreconocimiento y subtratamiento del dolor cuando se trata de mujeres. Disponible en: [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(21\)00035-3/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(21)00035-3/fulltext)

¹⁰ Bueno Sanz, M., *Las brechas del dolor*. Disponible en: <https://mujeresconciencia.com/2022/03/29/la-brecha-del-dolor/>

¹¹ Poyatos Matas, G., Caputi, MC., Lorenzo, L. Y Piccinelli, OC., “Estereotipos de género en la justicia. Aportes y perspectivas para erradicarlos”, Ed. Ad-Hoc, Buenos Aires, 2024, págs. 74 y 75.

¹² Poyatos Matas, G., *El lenguaje como arma de discriminación masiva*. Disponible en https://www.huffingtonpost.es/entry/el-lenguaje-como-arma-de-discriminacion-masiva_es_5c8aafb0e4b0f374fa993f0d.html

sumía histéricos.¹³ Así, la ignorancia médica sobre la salud de las mujeres era traducido de forma misógina, como sospecha de simulación o mediante la categoría de histeria.

Pero la predilección de la medicina por la masculino ha traspasado, también, el Derecho español. Si hasta ahora la perspectiva de género mostraba diferencias significativas en muchos de los ámbitos de la vida cotidiana, esas diferencias se magnifican cuando nos enfocamos en el ámbito jurídico y en un sector de la población, doblemente afectado por sesgos, como es el caso de las mujeres con discapacidad y/o con enfermedades crónicas.

Ellas lo han tenido y lo siguen teniendo más difícil para probar sus dolencias, afectaciones funcionales y biológicas en el contexto laboral y social. Por ejemplo, con las lagunas normativas contenidas en el baremo de enfermedades profesionales aprobado por el viejo Real Decreto 1299/2006, en relación a las profesiones feminizadas, lo que ha dado lugar a una lenta respuesta integradora por la jurisprudencia, como es el caso de la STS de 5 de noviembre de 2014 (Rec. 1515/2013) integrando el “síndrome del tunel carpiano” de una limpiadora. La STS de 18 de mayo de 2015 (Rec. 1642/2014) que considera derivada de enfermedad profesional, la incapacidad permanente reconocida a una peluquera que presenta un síndrome subacromial derecho y, más recientemente la STS de 20 de septiembre de 2022 (Rec. 3353/2019), que declara, sin estar expresamente recogido en el Baremo, califica de enfermedad profesional la “rotura del manguito rotador del hombro izquierdo” de una limpiadora en proceso de incapacidad temporal.

2. La brecha de género del dolor en la valoración de discapacidades

Otro paradigma legal de la exclusión de las “*enfermedades de las mujeres*”, derivado de las lagunas del cuadro reglamentario y sus disfunciones aplicativas, es el vetusto RD 1971/1999 de 23 de diciembre sobre reconocimiento y calificación del grado de discapacidad, vigente hasta el 20 de abril de 2022¹⁴, que a lo largo de décadas de aplicación ha dificultado enormemente la valoración de los efectos bio-psico- sociales de determinadas enfermedades con impacto de género, incluso por la vía de la asimilación.

Desde la práctica judicial me he topado, reiteradamente, con esta laguna normativa, que es coherente con la histórica desatención legislativa y científica de la salud femenina. Por ejemplo, en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias (Las Palmas) de 22 de diciembre de 2022 (Rec. 1594/2021) a la que hice voto particular disidente, en el caso de una víctima de violencia de género con fibromialgia, a la que se omitió valorar los efectos biológicos y sociales de esta enfermedad, a efectos de discapacidad.

¹³ Serrano Pontes, A.; Martín Martín, M.; Mancilla Pérez, L. *La desconocida historia de la Histeria*. Gomeres: salud, historia, cultura y pensamiento [blog]. 27/12/2017. Disponible en <https://index-f.com/gomeres/?p=2158>

¹⁴ Tras la entrada en vigor del Real Decreto 888/2022 de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad que deroga el RD 1971/1999 de 23 de diciembre. BOE nº252 de 20 de octubre de 2020.

2.1. La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias de 19 de diciembre de 2024 (Rec.1198/2023) con voto particular disidente.

Este era el caso de una trabajadora reconocida judicialmente en el año 2016 primero y, de nuevo, tras revisión de oficio por el INSS, el 18 de octubre de 2021, en situación la invalidez permanente absoluta, reconociéndose en el relato fáctico de la sentencia de 2021, que padecía Fibromialgia (grado II), Síndrome de fatiga crónica (SFC) (grado II) Y sensibilización química múltiple (SQM) en grado severo (grado IV) y que ello le producía:

“(...) Dolor articular y muscular generalizado con hiperalgesia difusa y brotes frecuentes de reagudización, sueño no reparador, fatiga y astenia diurnas con afectación cognitiva en la memoria, concentración y errores ejecutivos, reacción depresiva prolongada: trastorno ansioso depresivo reactivo y cronificado con predominio de síntomas depresivos con cuadro clínico de apatía, pensamientos rumiativos centrados en sus limitaciones derivadas del dolor generalizado y fatiga, desesperanza ante el futuro, labilidad emocional, aislamiento social, etc. lo que le sucede como limitaciones a consecuencia de su cuadro clínico de dolor continuo y generalizado a nivel articular y muscular, sueño no reparador, astenia y somnolencia diurnas y sensibilidad química múltiple, presenta una pérdida del ritmo (...)”

Tan solo dos meses después, el 13 de diciembre de 2021, se dicta resolución por la Consejería de Derechos Sociales del Gobierno de Canarias, determinando que la misma trabajadora tiene un 0% de discapacidad. Ella interpone demanda ante el juzgado de lo social reivindicando el reconocimiento de un 77% de discapacidad, reconociéndosele el 19%, por el juzgado social, en base al informe médico forense. Frente a esta sentencia, formaliza recurso de suplicación que es desestimado en la sentencia referida del TSJ de Canarias, que convalida la valoración forense y destaca que la fibromialgia por sí misma no es susceptible de encaje entre las enfermedades discapacitantes y “*tampoco se incluye en el vigente RD 888/2022*”, según el criterio mayoritario, “*al igual que no se incluye el síndrome de fatiga crónica o el síndrome de sensibilidad química múltiple*”. Ello no es exactamente así.

2.2. El voto particular disidente

Se posiciona a favor de estimar el recurso y reconocer a la demandante el 77% de discapacidad. Parte la existencia de una laguna normativa en el viejo Anexo I del RD 1971/1999 aplicable al caso, porque no hay forma posible de valorar los efectos bio-psico sociales derivados de la fibromialgia (a través del dolor), el SFC ni el SQM, que, curiosamente, son enfermedades feminizadas. Esta exclusión de *enfermedades de mujeres* del baremo, es una **discriminación indirecta por razón de sexo** por su impacto desproporcionado en la población femenina, aunque ha sido parcialmente subsanado en el vigente RD 888/2022, de 18 de octubre que cuenta con un cuestionario de discapacidad asociado al dolor (Anexo 6º) visibilizando los efectos personales y ambientales de la fibromialgia, y, también en el Anexo 6B, se incluye, explícitamente, una escala de valoración de la fatiga crónica.

Así, la ausencia de valoración de las citadas tres enfermedades de la actora, se hace evidente en la fase administrativa, pues tal y como se reconoció en el acto del juicio por parte del médico evaluador propuesto por la demandada como perito médico:

- **“El Real Decreto tal y como está redactado en este momento, al dolor no lo considera”** (minuto 13:14 de la grabación juicio – a preguntas del letrado de la Consejería)
- **“El dolor en sí, el Real Decreto no lo valora”** (minuto 13:24 de la grabación juicio- a preguntas de la letrada de la actora)

Idéntica omisión valorativa se reproduce en el informe pericial forense que se limita a valorar en un 5% la dolencia traumatológica cervical y en un 15% el trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo, y nada más...

En mi opinión, la laguna normativa debió ser integrada aplicando, vía control de convencionalidad, las perspectivas de género y discapacidad, en cumplimiento del principio internacional de diligencia debida, buscando por la vía de la asimilación con otras enfermedades sí reconocidas en el baremo, una valoración efectiva de los efectos físicos, neurológicos o el dolor derivado de las mismas, porque, de otro modo, aquellas enfermedades que produzcan dolor continuo, incluso invalidante, paradójicamente, son invisibles a efectos discapacitantes.

En **relación a la patología fibromiálgica**, al tratarse de una enfermedad crónica cuyo diagnóstico se ha de establecer por las manifestaciones clínicas, es muy importante atender a la gravedad, la situación físico-psíquica de la paciente y su evolución. Los dolores osteoarticulares generalizados, medibles a través de los puntos gatillo (18 puntos que corresponden a las áreas más sensibles del organismo), se traducen en alteraciones sensoriales de las que **el dolor es la más habitual y son deficiencias a tener en cuenta para determinar su gravedad**.¹⁵

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor propio de la fibromialgia como “desgastador”, “miserable”, “intenso” o “indescriptible”, con síntomas coexistentes como dolores abdominales, cefaleas, rigidez muscular, fatiga y sueño no reparador, entre otros muchos, siendo altamente frecuente que esta enfermedad vaya asociada a trastornos psíquicos reactivos, fundamentalmente ansiedad y /o depresión.¹⁶

Asimismo, se trata de una enfermedad que, dadas sus características clínicas, no objetivables mediante pruebas diagnósticas, frecuentemente expone a las mujeres que, mayoritariamente, la padecen a una situación de estrés emocional adicional, derivado de la desvaloración personal, y del descrédito profesional vinculado a prejuicios y estigmas de asociación a holgazanería o debilidad “femenina”. No en vano históricamente venía denominándose *“la enfermedad sin nombre”*.¹⁷

¹⁵ STSJ del País Vasco de 18/3/2003 (JUR 2003, 149811) y de 21-12-2004 (JUR 2005\66427).

¹⁶ STSJ de Cantabria nº 341/2007.

¹⁷ STSJ Extremadura nº129/2003.

Muy probablemente, el impacto desproporcionado femenino que acompaña a esta enfermedad ha sido la causa directa de su histórica devaluación, y los recelos en cuanto a la credibilidad de las personas enfermas están conectados con el estereotipo de inferioridad moral de las mujeres. Y, posiblemente, ello llevó al INSS, ante las críticas sociales por parte de especialistas médicos y asociaciones de personas afectadas por tales dolencias, a la retirada total en el año 2021 de la “*Guía de actualización de Valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad (2ª edición)*”, prohibiéndose su uso.

Por tanto, el análisis empírico indica que estamos ante una patología de prevalencia femenina lo que incide en su desvalorización social y en la invisibilización jurídica como enfermedad. De otro lado, tampoco ha ayudado las importantes “*ignorancias*” en el campo de conocimiento de la salud de las mujeres donde “*siquiera se sabe que no se sabe*” (Tuana, 2006).

En cualquier caso, en materia de discapacidad debemos estar no solo a la gravedad del diagnóstico sino, sobre todo, a las limitaciones que la dolencia proyecta sobre la persona. Obviamente “*el dolor intenso, continuo y generalizado a nivel articular y muscular*” debe ser valorado a efectos de discapacidad porque redundaría en la vida diaria y en la capacidad orgánica de la persona. Pero en el RD 1971/1999, a diferencia del RD 822/2022: “*el dolor no se valora*”, lo que excluye automáticamente a las personas con fibromialgia, sea cual sea el grado de dolor padecido, de obtener un grado de discapacidad, más allá del 0%.

De igual modo, hay una omisión total de valoración del **Síndrome de fatiga crónica (SFC)**, que padece la actora en grado de moderado y que se ha reconocido en sentencias firmes que le produce “*fatiga física a pequeños esfuerzos*”. El síndrome de fatiga crónica es una enfermedad compleja neuroinflamatoria, que puede afectar de forma grave la funcionalidad y calidad de vida del paciente. Además, del cansancio físico extremo, que no disminuye ni se recupera con el reposo, se asocia a otras manifestaciones generales, como problemas neurocognitivos de concentración o memoria, dolor, migraña y trastornos del sueño. Estas manifestaciones también resultaron probadas en el caso de la actora, pero no fueron valoradas.

Y, por último, no hay ni rastro valorativo de la **Sensibilidad múltiple química (SQM)**, en grado severo que, también, padece la demandante. La SQM, es un trastorno en la respuesta fisiológica de determinadas personas frente a una multiplicidad de agentes y componentes que se encuentran normalmente en el medio ambiente, alimentos o medicamentos. También se le conoce como “*alergia universal*”, “*enfermedad del s.XX*”, “*síndrome alérgico total*”, “*alergia ambiental*”, “*sensibilidad alimentaria y química*”, “*alergia cerebral*” o “*síndrome de inadaptación ambiental*”. Y por parte de la OMS en 1996 propuso el término “*intolerancia ambiental idiopática*” por la implicación de agentes ambientales distintos de los productos químicos en la etiología de la enfermedad (CIE-10-Es Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Rev. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Los compuestos que se repiten con más frecuencia como causantes del SQM se encuentran, entre otros, en:

- productos de cosmética e higiene personal (colonias, cremas corporales, jabón, gel de baño, cosméticos, laca, desodorante, champús, y otros),
- en espacios interiores (aire acondicionado, ambientadores, humo de velas, incienso, tintas de periódicos y revistas, spray y otros)
- en la vía pública (gasolina/gasoil, asfalto, alquitrán, humo de los tubos de escape y otros).

Por tanto, el SQM tiene un evidente impacto en la calidad de vida de la persona y en su esfera psicosocial. Las actividades de la vida diaria (autonomía personal), en ocasiones, se convierten en un reto que dificulta su relación con el exterior, por ejemplo, el uso del transporte público. El afán por evitar los agentes desencadenantes, que son omnipresentes, y el agravamiento de sus síntomas, le avoca al abandono del empleo y la reducción de contacto social; todo ello motiva un deterioro físico con dificultades para relacionarse, que provoca un aislamiento que agrava su malestar físico y emocional. Para evaluar el impacto de los factores ambientales sobre la calidad de vida existen diversos cuestionarios, entre otros, el cuestionario Short Form Health Survey (SF-36) que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud.

3. Conclusiones

Me pregunto cuántas resoluciones discriminatorias, tanto administrativas como judiciales, en materia de valoración de discapacidad han impactado en las mujeres afectadas por “*enfermedades de mujeres*”, durante las últimas décadas, en aplicación del RD 1971/1999, y, también, en aquel pequeño porcentaje de hombres que han tenido la mala suerte de verse afectados por estas enfermedades “malditas”.

Al igual que en la medicina, también en el Derecho sobre la salud, es aplicable el “*síndrome de Yentl*”, porque la suerte de las mujeres vuelve a depender, del sexo asociado a las enfermedades padecidas.

Esperemos, en fin, que con la aplicación del nuevo RD 888/2022, con nuevos mecanismos de valoración del dolor y el síndrome de la fatiga crónica, poco a poco vayamos avanzando hacia un derecho más igualitario, que no excluya a las personas enfermas, dependiendo de su sexo.

Como decía Concepción Arenal: “*Pocas cosas desmoralizan más que la injusticia hecha en nombre de la autoridad y de la ley*”