

# Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión

## *Gender bias in medicine: concept and state of the art*

Elisabet Tasa-Vinyals, Marisol Mora-Giral y Rosa Maria Raich-Escursell

Fecha recepción: 04/11/2014

Fecha aceptación: 27/01/2015

### Resumen

*El discurso androcéntrico de la medicina fundamenta la existencia del fenómeno del sesgo de género en la praxis clínica, definido como la prestación de asistencia médica de forma inapropiadamente distinta o similar –en base a la evidencia científica disponible– a mujeres y hombres. La praxis médica sesgada por género es profundamente contraria a los principios de la medicina basada en la evidencia, puesto que se fundamenta en creencias acerca de las formas de sanar y enfermar de hombres y mujeres. Asimismo, perpetúa la invisibilización de las eventuales idiosincrasias bajo el manto de la normatividad o la universalidad, la concepción de la salud de los géneros –y especialmente de la salud femenina– en base a los significados heteropatriarcales de los mismos, y el uso del estamento médico para el mantenimiento de estructuras de control que impiden la legítima soberanía sobre el propio cuerpo. En el presente artículo se exponen y discuten la génesis y las consecuencias del androcentrismo médico; el cual, al ser expresión de un sistema profundamente injusto como es el patriarcado, afecta negativamente tanto a hombres como a mujeres, aunque las probabilidades de perjuicio sean mayores para estas últimas. Se discuten también los conceptos de perspectiva y sensibilidad de género en la investigación biomédica, epidemiológica y clínica como camino hacia un cambio de paradigma que permita la construcción de un cuerpo de conocimiento médico más preciso e inclusivo, así como de un sistema de salud más justo y equitativo.*

**Palabras clave:** Discurso médico androcéntrico. Sesgo de género en medicina. Salud y género. Medicina basada en la evidencia.

---

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud.  
Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona.  
Barcelona, España.

**Correspondencia:** Elisabet Tasa-Vinyals. Psicóloga.  
Despacho B5b/057, Departamento de Psicología  
Clínica y de la Salud.  
Facultad de Psicología. Edificio B.  
Universitat Autònoma de Barcelona.  
08193 Cerdanyola del Vallès.  
E-mail: elisabet.tasa.vinyals@uab.cat

---

## Summary

*The androcentrist discursive practices of medicine ground the existence of the phenomenon of gender bias in clinical praxis. This phenomenon is defined as the provision of medical care which is inappropriately different or similar –considering available scientific evidence– to female or male patients. Gender-biased medical practice is profoundly contradictory with the principles of evidence-based medicine, since it is not based on evidence but on beliefs about the ways in which men and women get sick and heal. Consequences of gender-biased medical discursive practices include obscuring possible idiosyncrasies under the cloak of normativity or universality, conceiving health –especially women’s health– on the basis of the heteropatriarchal interpretations of sexes, or using the medical establishment as a tool to perpetuate control that prevents legitimate sovereignty over the own body. In this paper, we detail and discuss the genesis and consequences of medical androcentrism; which, being an expression of a deeply unfair system like patriarchy, negatively affects both men and women, although the chances of undesirable consequences are actually greater for the latter. The concepts of gender perspective and gender sensitivity in biomedical, epidemiological and clinical and research are also discussed as ways toward a change of paradigm that allows the construction of more accurate and inclusive medical knowledge, which will lead to a more fair and equitable health system.*

**Key words:** Androcentrist medical discourse. Gender bias in medicine. Health and gender. Evidence-based medicine.

## INTRODUCCIÓN

A menudo confundido con el término sexo, el concepto género hace referencia a la construcción social de lo que se considera ser mujer u hombre (Risberg, Johansson y Hamberg, 2009). Creado desde la sociología y la antropología, este concepto designa la forma en que las diferentes sociedades y culturas interpretan el sexo biológico. Como construcción social dinámica, el concepto se forma, reforma y evoluciona constantemente basado en el poder y las normas socioculturales vigentes sobre hombres y mujeres, aunque conviene señalar que algunas perspectivas, como el movimiento *queer*, cuestionan la dicotomía mujer-hombre (Córdoba, Sáez y Vidarte, 2009). El género, en definitiva, es una definición de las mujeres y los hombres construida socialmente y con claras repercusiones políticas. Es decir, la construcción social del género incumbe relaciones desiguales de poder que se manifiestan en todas y cada una de las esferas de la vida, desde las más íntimas hasta las más públicas. También en todas las esferas las construcciones de género dictaminan cómo son y deben ser –en un círculo vicioso que parece retroalimentarse hasta el infinito– mujeres y hombres.

La inequidad de género hace referencia, por tanto, a las situaciones de discriminación por las que se observan diferencias entre mujeres y hombres explicables por el hecho de pertenecer a uno u otro género. En una sociedad patriarcal, obviamente, estas diferencias afectan negativamente a las mujeres, aunque también pueden afectar directa o indirectamente a los hombres (Sen, 2001).

Hasta hace relativamente poco, la Organización Mundial de la Salud definía la salud como ausencia de enfermedad; la enfermedad podría considerarse, pues –adoptando el modelo biopsicosocial (Valls-Llobet, 2009)–, como la presencia de alguna alteración o anomalía a nivel biológico, psicológico o social que dañara la homeostasis del individuo. Las definiciones actuales de salud ponen el énfasis en la consecución de un estado completo de bienestar y no únicamente en la ausencia de enfermedad; por tanto, desde el modelo biopsicosocial se hablaría ahora de plenitud biológica, psicológica y social, y podría llamarse enfermedad a la ausencia de esta plenitud. En cualquier caso, queda claro que los factores de diversa índole –psicológicos, sociales y biológicos– determinan el estado de salud o enfermedad; lo cual equivale a afirmar que tanto las diferencias fisiológicas pro-

pías del sexo, como las construcciones psicosociales que conforman el género de una persona no solo influyen, sino que se hallan en la base de su estado de salud o enfermedad (Valls-Llobet, 2009; Oertelt-Prigione y Regitz-Zagrosek, 2012). La incorporación de la perspectiva de género en los planes estratégicos de salud está erigiéndose como necesaria en los últimos años, y algunos trabajos concluyen que es en efecto cada vez más notoria en las actuaciones sanitarias de las administraciones estatales y autonómicas en España (Cantero-Regalado, 2010). También las guías clínicas y manuales diagnóstico-terapéuticos están incorporando progresivamente la perspectiva de género como medida clave para aumentar su validez y vigencia; tanto es así que la quinta y última edición del DSM, manual diagnóstico de referencia en salud mental, pone especial énfasis en su introducción a los aspectos relativos a sexo y género en la concepción y el manejo de las entidades psicopatológicas (American Psychiatric Association, 2013).

Nuestro objetivo aquí es realizar una aproximación preliminar al fenómeno del sesgo de género en medicina, ya sea en la investigación epidemiológica o en la práctica clínica, puesto que al ser la primera la base de la segunda y la segunda el sentido y razón de ser de la última los fenómenos de sesgo existentes en ambas no pueden sino alimentarse mutuamente y multiplicar sus efectos. No es nuestra intención aquí realizar una revisión sistemática y exhaustiva de la literatura disponible acerca del sesgo de género en medicina, con lo cual nos vamos a limitar a realizar una breve introducción teórica, enumerar los principales ámbitos y especialidades de la disciplina médica en los cuales se ha documentado algún tipo de evidencia de sesgo de género, y a continuación presentar dos ejemplos que consideramos especialmente relevantes, didácticos o ejemplificadores.

## LA MEDICINA NO ES NEUTRAL: SESGO DE GÉNERO EN MEDICINA

El término sesgo hace referencia a la existencia de error sistemático –por contraposición al error aleatorio– que deriva en resultados equivocados. Aunque es más usado en el ámbito de la investigación, también en la práctica clínica puede ser sesgada, cuando en ella se producen errores o ne-

gligencias sistemáticas que resultarán en consecuencias perniciosas (por ejemplo, la deslegitimación sistemática de las quejas sintomáticas de las mujeres por razón de su género, que derivarán en infradiagnóstico o en diagnósticos más tardíos respecto a los hombres). Evidentemente, la exclusión sistemática de la investigación médica de las problemáticas y las experiencias de las mujeres está íntimamente relacionada con la práctica clínica, que las considera apéndices o variaciones de la norma masculina o las reduce al significado femenino heteropatriarcal; y que, por tanto, responde peor a sus necesidades como pacientes y como personas.

Dentro del estudio del fenómeno del sesgo de género en medicina, actualmente la investigación se estructura en dos áreas básicas: el sesgo existente en la investigación médica y el que se produce en clínica (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). En el seno de este último, el término sesgo de género hace referencia habitualmente a la existencia de diferencias en las praxis de diagnóstico y tratamiento médicos –y, en términos amplios, en la asistencia sanitaria– prestada a las mujeres y los hombres, y que no son justificables en base a la evidencia científica existente (Hamberg, 2008; Risberg *et al.*, 2009). El impacto de estas diferencias puede ser positivo, negativo o neutral. Con todo, dado que la mayoría de los estudios en los cuales se basa la práctica médica se realizan predominantemente con sujetos hombres o animales machos (Hamilton, 1996; Harris y Douglas, 2000; Laguna-Goya y Rodríguez-Trelle, 2008), el sesgo de género tiene más probabilidades de perjudicar a las pacientes mujeres por un mecanismo de desconocimiento –o de negligencia del conocimiento disponible– acerca de sus formas de enfermar y de sanar lo cual no quiere decir, en absoluto, que no pueda perjudicar a los pacientes varones, ya sea directa o indirectamente (Ruiz y Verbrugge, 1997). De hecho, la inequidad de género perjudica tanto a las mujeres como a los hombres, en lo que se denomina *mixed-blessing of male gender* (Ruiz-Cantero, Vives-Cases, Artazcoz, Delgado, García-Calvente, Miqueo *et al.*, 2007). Puede perjudicar directamente, como por ejemplo retrasando el diagnóstico de un problema psicológico como la ansiedad o la depresión porque el profesional que atiende al paciente se empeña en hacerle todo tipo de pruebas médicas para descar-

tar una causa orgánica; pero también puede hacerlo indirectamente, por ejemplo, por el mayor riesgo de una madre mal atendida médicamente, antes o durante el embarazo, de dar a luz hijos e hijas más predispuestos a sufrir patologías futuras (Sen, 2001), de los que tendrán más probabilidades de morir los machos puesto que la mortalidad masculina es habitualmente mayor que la femenina.

Por tanto, en medicina clínica hablamos de sesgo de género cuando se aborda una situación clínica de forma inadecuadamente diferente o similar, de acuerdo con la evidencia científica disponible, en función del género del paciente. Por tanto, constituye una praxis médica sesgada aquella en la cual se destinan mayores recursos al diagnóstico, prevención o tratamiento de un género respecto al otro a igual necesidad, se confiere mayor credibilidad o urgencia a las quejas de salud de un género respecto al otro, etc., aunque la evidencia disponible no justifica estas diferencias. Sin embargo, también estamos delante de una praxis médica sesgada cuando, aunque la evidencia indica que mujeres y hombres enferman o responden de forma distinta a los tratamientos o intervenciones preventivas disponibles, el abordaje usado en la

clínica no tiene en cuenta estas diferencias, asumiendo a uno de los géneros como normativo y anulando al otro o, en el mejor de los casos, reservando a su forma de enfermar o responder a la terapéutica etiquetas como *presentación atípica o refractario* –lo cual, lógicamente, aumenta las probabilidades de retraso en el diagnóstico correcto e inicio del tratamiento adecuado– al dejar más tiempo para que progrese la historia natural de la enfermedad, lo cual en muchos casos empeora su pronóstico (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Sin embargo, la evidencia científica a la cual hacemos referencia y en la cual se basa la definición que acabamos de comentar proviene de la investigación biomédica básica y epidemiológica y, por ser la medicina una disciplina aplicada, especialmente de la epidemiológica. Por tanto, si el paradigma científico sobre el cual se construye el saber médico es androcéntrico, ello producirá un cuerpo de conocimiento sesgado que tenderá a: a) *invisibilizar a las mujeres bajo la normatividad masculina*, infrarreportando las posibles diferencias existentes en la forma de enfermar de hombres y mujeres en base tanto al sexo como al género; b) *concebir e investigar la salud de las mujeres en base a los significados que el sistema hetero-*

**Tabla 1**  
**Ámbitos del acto médico y posibles sesgos**

<p><b>Relación médico-paciente</b></p> <p>Diferencias en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El trato humano</li> <li>• La credibilidad a los síntomas</li> <li>• La legitimización de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Proceso diagnóstico</b></p> <p>Diferencias en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La latencia hasta consultar</li> <li>• La latencia hasta ser diagnosticado</li> <li>• La cantidad y agresividad de las pruebas diagnósticas practicadas</li> </ul>
<p><b>Proceso terapéutico</b></p> <p>Diferencias en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La latencia hasta el inicio del tratamiento</li> <li>• La tipología de tratamiento utilizado</li> <li>• Las dosis y pauta de tratamiento utilizadas</li> <li>• La consideración de los efectos adversos</li> <li>• La credibilidad y legitimación de las quejas sobre los efectos adversos</li> </ul>	<p><b>Prevención y seguimiento</b></p> <p>Diferencias en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La estimación del riesgo y la necesidad de prevención/seguimiento</li> <li>• La cantidad y agresividad de los procedimientos preventivos utilizados</li> <li>• La frecuencia de las visitas de seguimiento</li> <li>• La autonomía del paciente en su quejas seguimiento</li> </ul>

*patriarcal asimila con la feminidad*: así, por ejemplo, costará ver como un problema de salud que las mujeres estén crónicamente cansadas, porque se supone normal dado que soportan una doble o triple jornada laboral, o se identificará la salud de la mujer con la salud sexual y reproductiva, en tanto que el heteropatriarcado concibe a la mujer como un ser reproductivo; y c) usar el cuerpo de conocimiento médico, en tanto que herramienta biopolítica, para contribuir al mantenimiento del orden heteropatriarcal *manteniendo el control sobre el cuerpo de las mujeres e impidiendo su legítima soberanía sobre sus propios cuerpos*: por ejemplo, la medicalización de procesos de la fisiología femenina como la menstruación, el parto o la menopausia, o el uso parcial y sesgado de los conocimientos acerca de la infección por el Virus del Papiloma Humano como herramienta para castigar y culpabilizar la sexualidad femenina. Asimismo, la falta de investigación sensible a los fenómenos de género contribuirá a la perpetuación, y a la legitimación por omisión, de las creencias y actitudes de género predominantes en una sociedad sexista como la nuestra, de las cuales los profesionales sanitarios difícilmente podrán escapar sin formación específica en temas de género (Valls-Llobet, 2009).

Abordar el problema de base, pues, pasa por exigir una producción del conocimiento más representativa, lo cual constituye el *leitmotiv* de la llamada epistemología feminista. Sin embargo, dicha reivindicación resulta paradójica, puesto que el modelo de medicina basada en la evidencia, que se propugna y enseña en las facultades de medicina desde hace tiempo, tiene como objetivo precisamente optimizar la actividad asistencial asegurando que todas las praxis que se llevan a cabo hayan demostrado su eficacia y adecuación en términos de riesgo-beneficio; es decir, aboga por basar la práctica médica en estudios rigurosos que describan la realidad lo más exactamente posible, lo cual implica, obviamente, estudiar la influencia de factores como el género en la forma de enfermar o de responder a los tratamientos y aplicar a todas y todos los pacientes lo que resulte más conveniente, sin basar decisiones clínicas en creencias o actitudes. La epistemología feminista, pues, impulsa una reivindicación consonante con los principios de la medicina basada en la eviden-

cia, ya que el objetivo último de ambas es garantizar una práctica médica lo más eficiente y justa posible (Holdcroft, 2007; Ruiz-Cantero *et al.*, 2007).

## MECANISMOS DE SESGO

Ruiz y Verbrugge (1997), en base a todo lo anterior, proponen un modelo de génesis del sesgo de género en la práctica clínica que es modificado posteriormente por Risberg *et al.* (2009). Como hemos señalado, existen diferencias fisiológicas, psicológicas o psicosociales entre mujeres y hombres que pueden hacer variar la presentación de ciertas patologías y la respuesta a ciertos tratamientos. Estas diferencias a menudo han sido poco estudiadas o, simplemente, negligidas debido a que la mayor parte de la investigación biomédica se lleva o se llevaba a cabo con sujetos hombres o animales machos, y los resultados se generalizan a toda la población (Ruiz y Verbrugge, 1997); y también al hecho de que no existe todavía la costumbre de diseñar los estudios de forma sensible al género (*gender-sensitive research*) y de analizar los datos con perspectiva de género (*gender perspective in research*) (Doyal, 2001; Hesse-Biber, 2014). No obstante, actualmente parece estarse articulando un cuerpo de investigación acerca de las diferencias de género y sexo en salud, los resultados del cual apuntan a la existencia de múltiples aspectos etiopatogénicos, clínicos y pronósticos diferenciales en prácticamente todos los aparatos y sistemas del organismo humano (Oertelt-Prigione y Regitz-Zagrosek, 2012). El desconocimiento o la negligencia del saber acerca de la salud y la enfermedad en el cuerpo femenino puede, pues, derivar en una forma de sesgo de género caracterizada por la asunción de igualdad –entendida como identidad, no como equidad– entre hombres y mujeres cuando, en realidad, existen diferencias que harían recomendable un manejo clínico diferenciado: ello se conoce como el *primer mecanismo* de sesgo. Por el contrario, hay situaciones en las que se produce el sesgo de género de la forma inversa, es decir, asumiendo la existencia de diferencias entre mujeres y hombres cuando en realidad estas diferencias no están y, por tanto, no justifican un manejo clínico diferenciado. En estos casos, el sesgo de género se produce porque se considera que los



grupos de mujeres y hombres son diferentes con motivo del género, cuando en realidad la diversidad existente entre la población (hombres y mujeres) no tiene que ver con el género sino con otros factores personales. Este se considera el *segundo mecanismo* de sesgo. En su modificación del modelo original, Risberg *et al.* (2009) establecen el riesgo de una praxis sesgada por los diferentes mecanismos resultantes de la interacción entre las creencias sobre similitud/diferencia entre mujeres y hombres y las creencias acerca de la equidad de género.

## EXPRESIONES DEL SESGO DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La existencia del sesgo de género ha sido descrita de forma consistente en gran variedad de contextos geográficos y situaciones clínicas, de entre las cuales las principales se enumeran a continuación:

✦ **Frecuencia y tipo de utilización de los servicios sanitarios hospitalarios y ambulatorios.** Los hombres utilizan más los servicios sanitarios especializados y/o urgentes (hospitalarios), mientras que las mujeres utilizan más la atención primaria (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Rohlf, Valls y Pérez, 2005; Ruiz-Cantero, 2010).

✦ **Demora y espera para recibir asistencia sanitaria.** En general se ha visto que, a igual necesidad o problema de salud, las mujeres tardan más en buscar ayuda médica y, además, también tardan más en ser atendidas una vez que la buscan (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Valls-Llobet, 2009; Ruiz-Cantero, 2010).

✦ **Aplicación de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.** En numerosos ámbitos se ha observado que uno de los géneros tiende a acumular el uso de los recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos –y del coste correspondiente– aunque el problema de salud en cuestión se presente de forma comparable en ambos géneros, o incluso sea más frecuente en el género menos tratado (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Rohlf, Valls y Pérez, 2005; Valls-Llobet, 2009; Ruiz-Cantero, 2010; Oertelt-Prigione y Regitz-Zagrosek, 2012). Son ejemplos de ello la mayor prescripción de artroplastias en hombres a pesar

de las prevalencias de artropatía mayores en mujeres (Borkhoff, Hawker, Kreder, Glazier, Mahomed y Wright, 2008; Borkhoff, Hawker and Wright, 2011), diferencias en el manejo de exacerbaciones en neumopatías como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Cydulka, Rowe, Clark, Eberman, Rimm y Camargo, 2005) o la más intensiva prevención del síndrome coronario en hombres en presencia de condiciones clínicas similares, como veremos con detalle posteriormente.

✦ **Medicalización del (legítimo) malestar emocional femenino: sobreprescripción de fármacos ansiolíticos y antidepresivos.** Entre las mujeres hay, en general, más consumo de fármacos psicotrópicos que entre los hombres (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Valls-Llobet, 2009; Ruiz-Cantero, 2010). Sin embargo, se ha observado que en ocasiones se administra a las mujeres analgesia menos potente a iguales características del dolor (Weisse, Sorum y Dominguez, 2003), aunque otros estudios parecen contradecir estos hallazgos (Rafferty, Smith-Coggins y Chen, 1995). Sin embargo, los estudios son consistentes en documentar un manejo inadecuadamente diferencial del dolor en función del género de pacientes y profesionales. Se ha propuesto que el mayor consumo de fármacos ansiolíticos y antidepresivos, por parte de las mujeres, puede corresponder a la medicalización del legítimo malestar emocional femenino derivado de la doble carga laboral que soportan la mayoría de las mujeres o de la identidad heterodesignada de las mujeres, discrepancia entre el discurso público imperante sobre las mujeres, emitido mayoritariamente por los hombres, y la experiencia subjetiva de cada mujer (Friedan, 1963; Forcades-Vila, 2008).

✦ **Medicalización de la fisiología femenina.** Se ha descrito sobreutilización o uso dudoso en base a la evidencia científica disponible (Ruiz-Cantero, 2010) de prestaciones sanitarias como cesáreas, episiotomías, rasurados públicos preparto, histerectomías y ooforectomías, así como de la terapia hormonal sustitutiva (McPherson y Anderson, 1991; Henriksen, Bek, Hedegaard y Secher, 1994; Martínez, Rey y Bouzán, 1998; Mosquera, 2002; Rossouw *et al.*, 2002). También podría incluirse en este apartado la medicalización de los estados intersexuales, con el fin de acomodar

los organismos en una u otra de las condiciones sexuales tradicionalmente aceptadas por la ciencia biomédica (hombre o mujer).

Se ha observado de forma consistente la existencia, además del *sesgo de género*, de un *sesgo de raza* y de un *sesgo de clase social* (Gard, 1997), que a menudo acompañan e interactúan con el sesgo de género. Por otra parte, también se dispone de evidencia a favor de que no únicamente el género del paciente es relevante, sino que el *género del profesional* interactúa de forma decisiva (Weisse *et al.*, 2003; Hamberg, Risberg y Johansson, 2004; Lagro-Janssen, 2008). Este aspecto se ha estudiado notablemente con respecto a los estilos de comunicación y la relación profesional-paciente, de modo que el marco relacional en el cual se desarrolla el acto médico es diferente en función de si paciente y profesional son del mismo o de distintos géneros (Hall y Roter, 1998; Arouni y Rich, 2003; Nicolai y Demmel, 2007).

### **SESGO DE GÉNERO EN PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR: DOS EJEMPLOS CONCRETOS**

Numerosos estudios han documentado la existencia de diferencias en el abordaje de la patología cardiovascular, tanto aguda como crónica, en función del género. Dichas diferencias resultan perjudiciales para las mujeres, que reciben diagnósticos más tardíos y son tratadas y sometidas a intervenciones preventivas de forma menos agresiva que los hombres, a pesar de –o quizás explicando– la mayor mortalidad por causa cardiovascular de las mujeres. (Ayanian y Epstein, 1991; Beery, 1995; Harjai, Núñez, Humphrey, Turgut, Shah y Newman, 2000; Aguilar, Lázaro, Fitch y Luengo, 2002; Williams, Bennett y Feely, 2003; Warner-Gargano, Reeves y Coverdell, 2007; Baumhäkel, Müller y Böhm, 2009; Nante, Messina, Cecchini, Bertetto, Moirano y McKee, 2009). Sin embargo, algunos estudios discrepan con la tendencia general y no hallan sesgo de género o bien encuentran diferencias pequeñas y/o sin explicación clara (Miller, Roger, Hodge, Hopfenspirger, Bailey y Gibbons, 2001; Blum, Slade, Boden, Cabin y Caulin-Glaser, 2004).

A modo de ejemplo, presentamos resumidamente dos estudios, cuyas publicaciones se hallan se-

paradas en el tiempo por aproximadamente una década, que han documentado sesgo de género en el ámbito cardiovascular.

#### **a) Evaluación diagnóstica del dolor anginoso en Urgencias (Lehmann, Wehner, Lehmann y Savory, 1996)**

En este primer ejemplo, se estudiaba la evaluación diagnóstica que hacían los médicos del dolor de tipo anginoso que presentaba un grupo de pacientes atendidos en Urgencias.

Actualmente se conoce que la presentación clínica del dolor anginoso en los hombres y en las mujeres es ligeramente distinta, debido a diferencias fisiológicas que han sido descuidadas durante mucho tiempo (sesgo de género por el primer mecanismo anteriormente comentado). Por ello, se estudió una muestra compuesta por hombres y por mujeres que se presentaban con sintomatología similar a la típicamente masculina. Se hizo así para que clínicamente fueran equivalentes y la diferencia entre ellos fuese únicamente el género. Los investigadores registraron que se diagnosticó y trató a los hombres de forma más intensiva y agresiva que las mujeres, observándose diferencias significativas en la prescripción de determinados tipos de fármacos, como la nitroglicerina y el ácido acetilsalicílico.

Los autores concluyen que, a pesar de que la enfermedad coronaria es la primera causa de mortalidad en mujeres en su contexto, las pacientes con dolor precordial agudo, incluso las que lo presentan en la forma clínica típica masculina, son diagnosticadas y tratadas de forma menos agresiva que los hombres.

#### **b) Prescripción de terapia preventiva para la enfermedad coronaria (Abuful, Gidron y Henkin, 2005)**

En el segundo de los ejemplos, se pidió a una serie de médicos –internistas, cardiólogos y de familia– que evaluaran el riesgo de enfermedad coronaria isquémica de un grupo de pacientes que presentaban dolor torácico y, de acuerdo con ello, que les prescribieran terapia preventiva (con fármacos como pueden ser los antiagregantes o las estatinas) para evitar un evento coronario agudo en el futuro.

Concretamente, los médicos debían especificar, para cada paciente evaluado, si creían que el dolor

torácico era o no de causa cardíaca, si a su juicio el sujeto estaba o no en alto riesgo de hacer un evento coronario en el futuro, qué medicación se le debería prescribir y qué valor objetivo de colesterol LDL se debería tratar de alcanzar y mantener para considerar que la intervención preventiva estaba siendo correcta.

La conclusión fue la siguiente: a pesar de que los pacientes eran similares en edad, clínica, resultados de laboratorio y hallazgos angiográficos, si eran hombres tenían más probabilidades de que los médicos consideraran su dolor torácico de causa cardíaca, y les predijeran un mayor riesgo de sufrir un evento coronario en el futuro. En consecuencia, los médicos prescribieron ácido acetilsalicílico y estatinas más a menudo si se trataba de pacientes hombres, y fueron más estrictos en cuanto a los valores analíticos objetivo de colesterol LDL. Por lo tanto, la necesidad de terapia preventiva para la enfermedad coronaria fue concebida como más importante cuando se trataba de pacientes hombres que mujeres, aun presentándose todos ellos con parámetros clínicos similares.

### **DEL NEGACIONISMO A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DE FUTURO**

Desde las décadas de los años setenta y ochenta del siglo XX hasta la actualidad se ha pasado de una postura esencialmente negacionista de los sesgos de género, etnia, clase social, etc. a lo que se llama perspectiva de género. Ello ha sido posible gracias a la aceptación de la importancia que tienen variables actitudinales, creencias y principios en el establecimiento de la relación médico-paciente, las cuales clásicamente fueron negligidas al concebirse el acto médico como algo objetivo y negarse, por tanto, su subjetividad; la cual pudo ser percibida como enemiga de la infalibilidad, el rigor y la credibilidad científicas con las cuales se trataba de revestir la práctica médica.

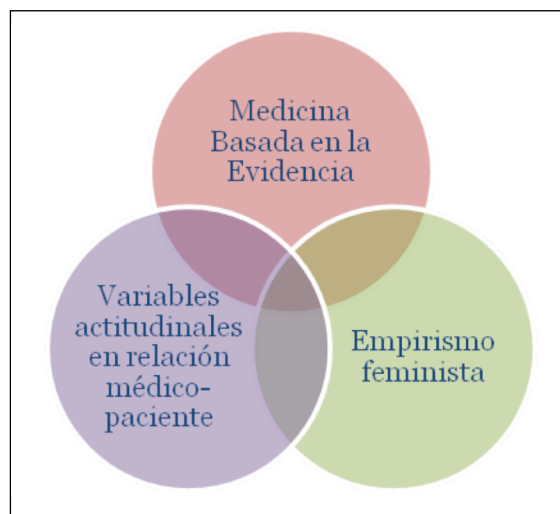
Mientras que algunos estudios realizados en contextos y situaciones clínicas concretas no han registrado existencia de sesgo de género, existe un considerable volumen de literatura científica que apoya, como hemos dicho, su existencia. Con todo, la constatación de este sesgo en algún ámbito es tributaria de mayor investigación para conocer

sus características e intentar reducir las consecuencias negativas, aunque no se produzca en la totalidad de los contextos ni, por supuesto, de las interacciones profesional-paciente (Ruiz y Verbrugge, 1997; Hamberg, 2008; Risberg *et al.*, 2009). Como hemos señalado, en algunas de las primeras revisiones sobre el tema, que datan de los años 1970s y 1980s, y que en ocasiones se extienden hasta finales de los 1990s, se ponía en duda la existencia del sesgo de género (Gard, 1997); no obstante, en otros trabajos incluso anteriores a estos ya se ponía de manifiesto su existencia (Verbrugge, 1985). Oficialmente, se considera que el inicio del estudio de las desigualdades de género en salud en el ámbito catalán tuvo lugar a finales de la década de los ochenta (Rohlf *et al.*, 2005).

Con todo, a medida que la perspectiva feminista se ha ido incorporando en la investigación epidemiológica el tema del sesgo de género ha ido cobrando importancia, demostrándose su existencia en numerosos ámbitos, sospechando en muchos otros y ganando día a día presencia dentro de la investigación epidemiológica. Dicha incorporación se ha realizado a menudo en estrecha consonancia con los preceptos propugnados desde la medicina basada en la evidencia, perspectiva con la cual el empirismo feminista comparte razón de ser, sobre todo en el sentido de cuestionar el *status quo*. Como señalan Ruiz-Cantero *et al* (2007), el empirismo feminista considera el sexismo y el androcentrismo formas de sesgo social que pueden ser corregidas mediante la adhesión estricta a las normas del método científico, de tal forma que se consiga producir conocimiento científico de mayor calidad que reproduzca de forma más fiel –menos sesgada– la realidad. Dicho objetivo es común con la medicina basada en la evidencia, que defiende que la praxis médica debería basarse en estudios científicos rigurosos, y no en rutinas que son perpetuadas de generación en generación profesional y asumidas sin ser cuestionadas –como el hecho de tratar a mujeres y hombres según la normatividad masculina– o en creencias y actitudes irracionales, como pueden ser las sexistas. Las perspectivas feministas ponen el acento en la interacción entre género, poder y conocimiento (Malterud, 2000); es decir, reivindican la construcción de un conocimiento más representativo e inclusivo, no limitado a la visión hegemónica hetero-



patriarcal y no subordinado a los intereses y a la perpetuación del mismo. Ello constituye un imperativo ético en tanto que condición necesaria para la erradicación de las desigualdades en los derechos fundamentales como el derecho a la salud (Vázquez-Recio, 2014).



**Gráfico 1**

Pilares de la incorporación de la perspectiva de género en la práctica clínica.

Una vez demostrada la existencia del sesgo de género en la praxis clínica en un ámbito concreto, conviene preguntarse acerca de los determinantes de dicha práctica sesgada, a fin de poder identificar aquellos factores sobre los cuales intervenir para erradicar el sesgo. Se barajan actualmente factores relacionados con el propio paciente (al margen del género, variables como la etnia o el nivel socioeconómico), con el profesional (el género, la edad, las actitudes y creencias sexistas...) y con el contexto sanitario (la patología, el nivel de atención sanitaria...).

El estudio sistemático del sesgo de género, y en general la adopción de la perspectiva de género en salud, permite obtener datos sobre la existencia y características del mismo en todas sus manifestaciones, desde los aspectos estructurales de los sistemas de salud, de la educación médica y de la investigación biomédica y epidemiológica hasta sus manifestaciones en la práctica clínica diaria. La perspectiva de género defiende la necesidad de considerar la variable género como factor clave a

la hora de establecer y aplicar el conocimiento. En otras palabras, lo que dice es fundamentalmente que el factor género no se puede dejar de lado, dado que los factores biopsicosociales se conjuran en íntima relación para construir los estados de salud y enfermedad de las personas.

Todo ello permitirá, en la medida en la cual se produzca este cambio de paradigma, articular políticas sanitarias de género que persigan tanto la mejora de los tratamientos, en pro de la salud poblacional, como la optimización de recursos terapéuticos. Por otra parte, dado que una de las causas que se apuntan para la perpetuación del sesgo de género es el desconocimiento y/o actitud indiferente de profesionales e instituciones (Valls-Llobet, 2009; Ruiz-Cantero, 2010; Oertelt-Prigione y Regitz-Zagrosek, 2012), proponiendo como paso hacia su erradicación la mejora del enfoque educativo (Kroon y Scheele, 2008), se espera confirmar en futuras investigaciones que las actitudes de género de los médicos tengan relación con la presencia de sesgo de género en su práctica clínica, de forma que aquellos profesionales con mayor conciencia y sensibilidad de género sean menos susceptibles al sesgo. En caso de confirmarse, esta hipótesis –en la cual estamos trabajando– fundamentaría la elaboración de programas de concienciación para modificar las actitudes profesionales hacia la temática del género.

Asimismo, el estudio del sesgo de género en la práctica médica debe entenderse como una aproximación a una realidad perteneciente al ámbito de estudio de la psicología de la salud, en tanto que pretende dilucidar como una serie de estructuras cognitivas presentes a una escala psicosocial en un colectivo determinado –el de los profesionales de la medicina– participan en la construcción de un determinado abordaje de situaciones de salud-enfermedad. Siendo así, la mejor comprensión de esta realidad debe permitir, como hemos apuntado anteriormente, impulsar intervenciones de tipo psicológico para cuestionar el modelo sesgado establecido y conducir a profesionales y pacientes hacia la construcción conjunta de un sistema de salud más justo, equitativo y basado en la evidencia.

## REFERENCIAS

1. Abuful, A., Gidron, Y. y Henkin, Y. (2005). Physicians' attitudes toward preventive thera-

- phy for Coronary Artery Disease: is there a gender bias?. *Clinical Cardiology*, 28: 389-393.
2. **Aguilar, M.D., Lázaro, P., Fitch, K. y Luen-go, S.** (2002). Gender differences in clinical status at time of coronary revascularisation in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 555-9.
  3. **American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
  4. **Arouni, A.J. y Rich, E.C.** (2003). Physician gender and patient care. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 6(1): 24-30.
  5. **Ayanian, J.Z. y Epstein, A.M.** (1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 325: 221-5.
  6. **Baumhäkel, M., Müller, U. y Böhm, M.** (2009). Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. *European Journal of Heart Failure*, 11(3): 299-303.
  7. **Beery, T.A.** (1995). Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24(6): 427-35.
  8. **Blum, M., Slade, M., Boden, D., Cabin, H. y Caulin-Glaser, T.** (2004). Examination of gender bias in the evaluation and treatment of angina pectoris by cardiologists. *The American Journal of Cardiology*, 93(6): 765-7.
  9. **Borkhoff, C.M., Hawker, G.A. y Wright, J.G.** (2011). Patient gender affects the referral and recommendation for total joint arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 469(7): 1829-37.
  10. **Borkhoff, C.M., Hawker, G.A., Kreder, H.J., Glazier, R.H., Mahomed, N.N. y Wright, J.G.** (2008). The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. *Canadian Medical Association Journal*, 178: 681-7.
  11. **Cantero-Regalado, A.B.** (2010). Análisis del abordaje de la perspectiva de género en los planes sanitarios estratégicos elaborados por la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, en el período 2005 a 2007. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia.
  12. **Córdoba, D., Sáez, J. y Vidarte, P.** (2009). *Teoría queer*. Madrid: Egales.
  13. **Cydulka, R.K, Rowe, B.H, Clark, S., Emerman, C.L., Rimm, A.R. y Camargo, C.A. Jr.** (2005). Gender differences in emergency department patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Academic Emergency Medicine*, 12: 1173-9.
  14. **Doyal, L.** (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323: 1061-1603.
  15. **Forcades-Vila, T.** (2008). *La teología feminista en la història*. Barcelona: Fragmenta Editorial.
  16. **Friedan, B.** (1963). *The feminine mystique*. Norton and Company.
  17. **Gard, H.N.** (1997). Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgement. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2): 99-120.
  18. **Hall, J.A. y Roter, D.L.** (1998). Medical communication and gender: a summary of research. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 1(2): 39-42.
  19. **Hamberg, K.** (2008). Gender bias in medicine. *Women's Health*, 4(3): 237-43.
  20. **Hamberg, K., Risberg, G. y Johansson, E.E.** (2004). Male and female physicians show different patterns of gender bias. A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(2): 144-52.
  21. **Hamilton, J.** (1996). *Women and health policy: On the inclusion of females in clinical trials*. En Sargent, C. y Brettell, C. (Eds.). *Gender and health: An international perspective*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
  22. **Harjai, K.J., Núñez, E., Humphrey, J.S., Turgut, T., Shah, M. y Newman, J.** (2000). Does gender bias exist in the medical management of heart failure? *International Journal of Cardiology*, 75: 65-69.
  23. **Harris, D.J. y Douglas, P.S.** (2000). Enrolment of women in cardiovascular clinical trials funded by the national heart, lung and blood institute. *New England Journal of Medicine*, 343: 475-80.
  24. **Henriksen, T.B., Bek, K.M., Hedegaard, M. y Secher, N.J.** (1994). Methods and consequences of changes in uses of episiotomy. *British Medical Journal*, 309: 1255-8.
  25. **Hesse-Biber, S.** (2014). Thinking outside the traditional science/knowledge box: applying feminist principles of praxis to enhance credibility and social justice in scientific inquiry. Conferencia inaugural del workshop Gender Sensitive Research in International Projects, celebrado en Cerdanyola del Vallès (Barcelona), Julio 2014.
  26. **Holdcroft, A.** (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(2): 2-3.

27. **Kroon, C.D. y Scheele, F.** (2008). Plea for more attention to the importance of gender during medical training. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(40): 2160-2.
28. **Lagro-Janssen, AL.** (2008). Medicine is not gender-neutral: influence of physician sex on medical care. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(20): 1141-5.
29. **Laguna-Goya, N., Rodríguez-Trelle, F.** (2008). Participación de las mujeres en los ensayos clínicos según los informes de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 82: 343-50.
30. **Lehmann, J.B., Wehner, P.S., Lehmann, C.U. y Savory, L.M.** (1996). Gender bias in the evaluation of chest pain in the Emergency Department. *The American Journal of Cardiology*, 77(8): 641-4.
31. **Malterud, K.** (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family Medicine*, 32(9): 603-11.
32. **Martínez, E., Rey, M.J. y Bouzán, M.L.** (1998). La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante. Descripción y evaluación crítica de su utilización. *Enfermería Clínica*, 8: 5-7.
33. **McPherson, A. y Anderson, A.** (1991). The «ectomies». En McPherson, A., (Ed.), *Women's problems in general practice*. Oxford: Oxford Medical Publications.
34. **Miller, T.D., Roger, V.L., Hodge, D.O., Hopfenspirger, M.R., Bailey, K.R. y Gibbons R.J.** (2001). Gender differences and temporal trends in clinical characteristics, stress test results and use of invasive procedures in patients undergoing evaluation for coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 38(3): 690-7.
35. **Mosquera, C.** (2002). La medicalización de la salud reproductiva de las mujeres: suficientemente contrastados los beneficios y los riesgos? *Gaceta Sanitaria*, 16(1): 66.
36. **Nante, N., Messina, G., Cecchini, M., Bertetto, O., Moirano, F. y McKee, M.** (2009). Sex differences in use of interventional cardiology persist after risk adjustment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63: 203-8.
37. **Nicolai, J. y Demmel, R.** (2007). The impact of gender stereotypes on the evaluation of general practitioners' communication skills: an experimental study using transcripts of physician-patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3): 200-5.
38. **Oertelt-Prigione, S. y Regitz-Zagrosek, V.** (Eds.). (2012). *Sex and gender aspects in clinical medicine*. Londres: Springer-Verlag.
39. **Raftery, K.A., Smith-Coggins, R. y Chen, A.H.M.** (1995). Gender-Associated Differences in Emergency Department Pain Management. *Annals of Emergency Medicine*, 26(4): 414-421.
40. **Risberg, G., Johansson, E.E. y Hamberg, K.** (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8: 28.
41. **Rohlfs, I., Valls, C. y Pérez, G.** (2005). Les desigualtats de gènere en la salut. En Borrell, C. y Benach, J. (Eds.), *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya* (161-202). Barcelona: Editorial Mediterrània.
42. **Rossouw, J.E., Anderson, G.L., Prentice, R.L., LaCroix, A.Z., Kooperberg, C., Stefanick, M.L., et al.** (2002). Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288: 321-33.
43. **Ruiz, M.T. y Verbrugge, M.** (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51: 106-109.
44. **Ruiz-Cantero, M.T, Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García-Calvente, M.M., Miqueo, C. et al.** (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(supl II): 46-53.
45. **Ruiz-Cantero, M.T.** (2010). Sesgos de género en la atención sanitaria. *Escuela Andaluza de Salud Pública*.
46. **Ruiz-Cantero, M.T. y Verdú-Delgado, M.** (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1): 118-125.
47. **Sen, A.** (2001). The many faces of gender inequality. *The New Republic*.
48. **Valls-Llobet, C.** (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
49. **Vázquez-Recio, R.** (2014). Research, gender, and ethics: A necessary triad for change. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(2): 10.
50. **Verbrugge, L.M.** (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3): 156-182.
51. **Warner-Gargano, J. y Reeves, M.J. for**

- 
- the Paul Coverdell National Acute Stroke Registry Michigan Prototype Investigators.** (2007). Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry. *Stroke*, 38: 2541-8.
52. **Weisse, C.S, Sorum, P.C. y Dominguez, R.E.** (2003). The influence of gender and race on physician's pain management decisions. *The Journal of Pain*, 4(9): 505-510.
53. **Williams, D., Bennett, K. y Feely, J.** (2003). Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 55: 604-608.