



NUEVASALUDPÚBLICA | 4

Sesgos de género en la atención sanitaria

La **Serie Nueva Salud Pública** es editada por la EASP con el objetivo de ofrecer ideas, reflexiones, análisis y métodos en el campo de la salud pública. Cada Monografía es una revisión sobre algún tema relevante y la autoría corre a cargo de una autoridad reconocida en la materia. La financiación es aportada por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En el volumen 4 se hace una revisión de las epistemologías feministas y un análisis de los sesgos que se producen en la atención a las mujeres dentro del sistema sanitario.

Nueva Salud Pública está dirigida a los y las profesionales del Sistema Sanitario Público y aspira a ser un referente en la formación y especialización dentro del mundo sanitario.

NSP4

Maria Teresa Ruiz Cantero



Sesgos de género
en la atención sanitaria



NUEVASALUDPÚBLICA | 4

Sesgos de género en la atención sanitaria

Maria Teresa Ruiz Cantero
Universidad de Alicante



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



NUEVASALUDPÚBLICA | 4

Sesgos de género en la atención sanitaria

María Teresa Ruiz Cantero
Universidad de Alicante



Edita

Escuela Andaluza de Salud Pública
www.easp.es

Editores de la Serie

Luis Andrés López Fernández
Ana Delgado Sánchez

Comité Editorial de la Serie

Patxi Cuberta Galdós
Antonio Daponte Codina
María del Mar García Calvente
Natxo Oleaga Usategui
Pablo Simón Lorda
Cristina Torró García-Morato
Isabel Marín Rodríguez
María José Pérez Lozano

Revisión

María del Mar García Calvente

Diseño y maquetación

Catálogo Publicidad

Imprime

Sanprint S.L.

Depósito Legal

GR 3777-2009

ISBN de la Serie

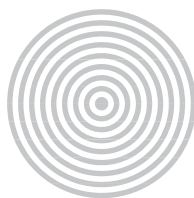
978-84-691-6721-2

ISBN

978-84-92842-04-9

Todos los derechos reservados.

De las opiniones expresadas en la presente
publicación responden únicamente los autores.



Índice

11	1. Introducción
15	2. El concepto de género
17	Limitaciones y fortalezas del uso del concepto género
19	El análisis y el enfoque o perspectiva de género
23	3. Corrientes epistemológicas feministas
23	Empirismo feminista
24	Punto de partida feminista: <i>standpoint feminism</i>
24	Postmodernismo feminista
27	4. Sesgos sexistas o sesgos de género en la atención sanitaria
28	Sesgos de género en problemas de salud comunes a mujeres y hombres
29	Sesgos de género en problemas de salud propios de las mujeres
33	5. Sesgos de género en los diagnósticos de enfermedades padecidas por hombres y mujeres
37	Sesgos de género en enfermedades cardiovasculares
39	Sesgos de género en enfermedad pulmonar obstructiva

45	6. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico frente a enfermedades padecidas por hombres y mujeres
45	Sesgos de género en los ensayos clínicos
47	Sesgos de género en la prescripción de fármacos psicotropos
48	Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico del nivel terciario asistencial
51	Sesgos de género en las intervenciones quirúrgicas
55	7. Esencialismo biológico: las mujeres como reproductoras
57	Problemas de salud propios de las mujeres
60	Qué se conoce sobre la terapia hormonal sustitutiva
65	8. Diferencias según sexo en los pronósticos en problemas vasculares
69	9. Descontextualización y despolitización de los riesgos para la salud de las mujeres
73	10. Bibliografía

**Sesgos de género
en la atención
sanitaria**



Introducción

La investigación desde la perspectiva de género y como afectan las desigualdades de género a la salud ha avanzado mucho desde comienzos de los años 90 en el ámbito internacional y también en España, pese a lo reticente que ha sido la medicina a considerar la relevancia de esta perspectiva y los análisis de género. Nancy Krieger apuntó a comienzos de los años 90, que los estudios sobre la contribución del sexismo –y no solo sexo– a los patrones de salud y enfermedad de hombres y mujeres, era un fenómeno nuevo (Krieger, 1993). Lo que significa, que la historia de la producción científica en la atención sanitaria desde la perspectiva de género acaba prácticamente de comenzar. Su objetivo en general es demostrar que la identidad y los roles de género, así como la posición social de menor poder (status de subordinación) de las mujeres, pueden ser importantes determinantes de la salud de estas, y de las desigualdades en salud entre los hombres y las mujeres.

La medicina basada en la evidencia es útil para los problemas de salud de los que hay evidencia, pero no así para los que no hay. Esto sucede con muchos problemas de salud en los que el conocimiento no es exhaustivo, lo que ocurre con bastantes de los problemas de salud de las mujeres. Y buena parte de esta realidad tiene su origen en las investigaciones que utilizan a los hombres como prototipos poblacionales. Estas investigaciones producen nuevo conocimiento sobre las exposiciones a

riesgos para la salud propias de los hombres, sobre la forma de enfermar de estos, y sobre su respuesta a los tratamientos y sus pronósticos, que con posterioridad se infiere a las mujeres, lo que en múltiples ocasiones ha sido erróneo desde un punto de vista científico.

Se investiga para actuar, pero como la creación de conocimiento parte del conocimiento existente, y como este hasta hace poco no era sensible a la condición de género y a su perspectiva y análisis, en la actualidad, los hallazgos de las investigaciones todavía corren el riesgo de seguir caracterizándose por tener sesgos de género, y por tanto ser poco exhaustivos y útiles para la salud de las mujeres.

Los sesgos de género se han producido en el caso de la salud reproductiva, al haber sido tomada como principal objeto de estudio de la salud de las mujeres en biomedicina. También, en las enfermedades que pueden ser padecidas por ambos sexos, en las que se ha asumido erróneamente que la historia natural de la enfermedad es similar en hombres y en mujeres, cuando de hecho no lo es. Y a partir de esta asunción errónea, se ha estudiado principalmente tales enfermedades en muestras de hombres y se han inferido los resultados a las mujeres, como se ha venido mostrando en el caso del infarto agudo de miocardio.

Estos sesgos de género se definieron como la diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos. Y se pueden producir de dos formas diferentes (Ruiz, Verbrugge, 1997):

1. Cuando se igualan erróneamente a mujeres y hombres en cuanto al comportamiento de la enfermedad (signos y síntomas) y de su pronóstico, cuando de hecho, no se comportan de la misma forma en ambos sexos.
2. Cuando se valoran erróneamente como diferentes mujeres y hombres en cuanto al comportamiento de la enfermedad, cuando de hecho no son tan diferentes.

Sesgos de género en la atención sanitaria

Existen importantes lagunas en el conocimiento científico para las que se necesitan especialistas con entrenamiento en investigar las experiencias vitales de salud y enfermedad de los hombres y las mujeres dentro de sus contextos social, económico y político tanto como biológico. Sin ir más lejos, queda mucho trabajo por hacer en investigación sobre la influencia en la salud de determinantes como la división sexual del trabajo, las tareas de los agentes de salud, las situaciones de doble jornada, el reparto del tiempo, la segregación horizontal y la segregación vertical.

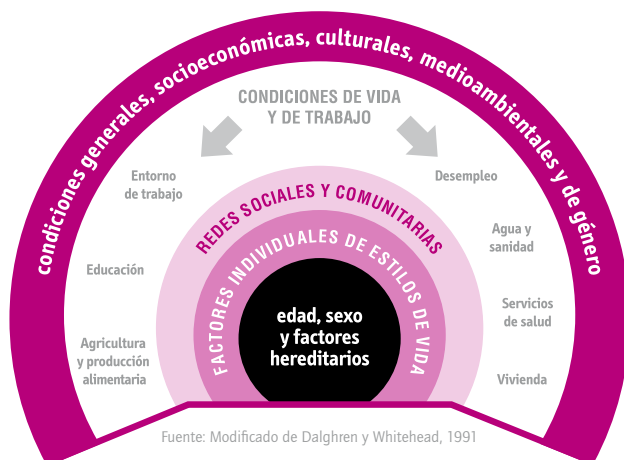
A continuación vamos a reflexionar sobre la categoría «género» y su consideración en la investigación sanitaria, los sesgos de la misma por insensibilidad de género, y su impacto en la atención sanitaria. Se han escogido para ello los casos de ciertas enfermedades y situaciones de salud y sus esfuerzos terapéuticos; así como la investigación clínica de fármacos.

2

El concepto de género

Mientras que el sexo es un *constructo* biológico, el género es la construcción social basada en el sexo y responde a las características atribuidas a las mujeres y hombres, a las relaciones que se establecen entre ellos y al sistema social que las comprende. Son términos distintos y no intercambiables, a menudo confundidos y tratados como sinónimos en la literatura científica (ver ubicación de ambos conceptos en figura 1).

Figura 1. Modelo de los determinantes de la salud



El género es un concepto que hace referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres, cambiante a lo largo del tiempo y que presenta grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura (Comisión Europea, 1998).

Se debe tener en cuenta al género fundamentalmente cuando se intentan comprender las diferencias y semejanzas entre mujeres y hombres en todos los aspectos y ámbitos de sus vidas, como es el caso de la salud, especialmente, si las diferencias o semejanzas afectan a la población creando desigualdades entre grupos.

En los modelos sociales históricos existe un masculino dominante definido por cada sociedad. Este masculino describe las capacidades que se le supone a los hombres, que normalmente son las más reconocidas y valoradas. Pero además, en las sociedades organizadas en torno al hombre (sociedades patriarcales), lo femenino se define de forma estereotipada como opuesto y complementario a lo masculino (aquello que no es masculino). Esta construcción social puede variar con el tiempo y con el tipo de sociedad, y repercute en los roles adscritos y en las relaciones de género.

La diferenciación de lo masculino y lo femenino como binomios opuestos sucede en un escenario donde estas categorías no tienen igual valor, ya que se define lo femenino con relación a lo masculino. Esto tiene como consecuencia las diferentes y desiguales posiciones sociales de las mujeres y los hombres, y la atribución de tareas (roles sociales) a las mujeres y hombres con desigual reconocimiento y valor social.

La condición de género se proyecta en dos escenarios:

1. En la división sexual del trabajo y de los medios de producción.
2. En la organización social del trabajo de reproducción.

Esta diferencia social de base es la que subyace en el resto de aspectos del género, como la imagen, los comportamientos, las actitudes, y las desigualdades sociales, así

como en la desigual atención sanitaria de calidad de hombres y mujeres con una misma necesidad sanitaria; y en la desigual producción del nuevo conocimiento científico.

Una llamada de atención al hecho de que las características de las relaciones entre mujeres y hombres suceden en un sistema que las mantiene, las reproduce y las cambia. Se trata del conjunto de normas, valores, representaciones, instituciones y actores sociales que interactúan entre sí. El sistema de género convive y se entrelaza con otros sistemas tales como el económico, político o religioso.

Limitaciones y fortalezas del uso del concepto género

El uso del género como perspectiva no está exento de críticas pues hablar de «género» atiende a una sola tradición del pensamiento feminista. El término género nace de la tradición norteamericana en la década de los 70 para subrayar la importancia del contexto cultural en las posiciones sociales de los hombres y las mujeres. Pronto pasó a formar parte de la literatura europea, pero la utilización de género como apellido de todo lo que tiene que ver con el desarrollo teórico de la perspectiva feminista ha provocado muchos desencuentros en las corrientes europeas. Algunos grupos abogan por mantener el término «mujer» (estudios de las mujeres) o nombrarlos por «estudios feministas» o de «roles sexuales».

Esta propuesta sin embargo puede fortalecer la segunda limitación, y es utilizar género como sinónimo de mujer. Se debe comprender que el concepto género alude tanto a mujeres como a hombres, sin perjuicio de poder observar (incluso de forma prioritaria) a las mujeres, en tanto minoría social. Igualmente, un estudio de género es un estudio de mujeres y hombres, pero no todos los estudios de mujeres y hombres son de género. En este sentido, la sensibilidad de género se contextualiza en la cultura feminista.

La mera adaptación del término inglés *gender* a término género en español también suscita graves problemas de significado. De hecho, la ambigüedad que contiene el término para la mayoría de la sociedad relega a los expertos y expertas su verdadera comprensión. Estos problemas de significado hacen un flaco favor a la perspectiva feminista, incluso para la correcta utilización del género, pues tanto perspectiva como concepto son susceptibles de perder su capacidad explicativa en el momento que queden asociadas a una simple variable, el sexo.

La tercera limitación del concepto género es confundirlo con el sexo. Género se define como la construcción social del sexo, por lo que no es sinónimo de sexo y tampoco puede ser una variable. El sexo suele ser utilizado para visualizar la realidad de las mujeres y los hombres en las sociedades patriarcales. En estos casos, debe entenderse que el sexo se considera una buena aproximación para conocer el género (más cuando se trata de sociedades androcéntricas). Pero, la perspectiva de género necesita de más información para explicar las diferencias estadísticas encontradas según sexo y poder interpretar estas diferencias desde cualquier marco teórico que compone la perspectiva.

El género aparece como una nueva categoría de análisis originada dentro del entorno académico y aparentemente alejado del activismo feminista, que contribuye también a algunas fortalezas, como es la creciente expansión de su utilización y su gran aceptación. De hecho, este concepto no está contaminado por los significados peyorativos que le fueron atribuidos al feminismo. Además, como término neutro, consigue desvincularse de todo lo referente a un solo sexo, sea hombre o mujer, y se presenta como una perspectiva integradora (mujer y hombre). En consecuencia, favorece la aprehensión y expansión del discurso feminista hacia amplios sectores de la sociedad, incluso aquellos grupos con prejuicios hacia el feminismo.

La categoría consigue derrumbar los argumentos biológicos en los que se basaba el mantenimiento de las desigualdades sociales. El determinismo biológico consideraba «naturales» las posiciones subordinadas de las mujeres en la esfera pública, al carecer de ciertas capacidades que se suponían fundamentales para desempeñar

determinados roles. El género es la categoría de análisis que consigue delatar la falta de sustrato de tales agravios y, por tanto, cuestionar la propia ciencia cuando esta contiene sesgos metodológicos derivados de la insensibilidad de género.

El análisis y el enfoque o perspectiva de género

El género suele ser utilizado como categoría de análisis y como perspectiva. Como categoría de análisis alude al nacimiento de un concepto que permite profundizar en el conocimiento de la realidad sexuada.

La perspectiva de género tiene un significado más amplio. Es una posición ideológica que toma en consideración y presta atención a las diferencias entre mujeres y hombres en cualquier actividad o ámbito dados (Comisión Europea, 1998). Los marcos teóricos feministas proponen, analizan e interpretan los procesos sociales generadores de desventajas entre mujeres y hombres, y proporcionan medidas para contribuir a superarlas.

Aplicar el enfoque de género implica observar el género en todas sus formas, y facilita la comprensión de los vínculos entre el género y la sociedad. El sistema sexo-género es el conjunto de estructuras socioeconómicas y políticas que mantienen los roles tradicionales femenino y masculino, y las características clásicamente atribuidas a hombres y a mujeres (identidad de género), los cuales determinan la salud y el bienestar. De forma operativa nos podemos guiar de los niveles de observación propuestos por Rosi Braidotti (Braidotti Rossi, 2002), en el que propone que:

1. El género es parte de la identidad del individuo (como por ejemplo, la sexual).
2. El género organiza la estructura social, segregando las actividades en función del sexo, y posicionando en la sociedad a las mujeres y los hombres; lo cual posibilita el acceso o no a recursos, como los sanitarios.

3. El género subyace en la base de los valores y normas sociales en general (apliquémoslo a la salud en particular).

El primer nivel de observación concierne al estudio de la identidad subjetiva de género. Un ejemplo de indicador que encajaría en este primer nivel, son las escalas que tratan de detectar la percepción del propio género.

El segundo nivel trata de averiguar cómo se distribuyen los recursos y el poder. De su influencia en las desigualdades de género en salud es de lo que más producción científica disponemos desde la salud pública. Existe una gran cantidad de indicadores y estadísticas que describen la sociedad desde sus múltiples enfoques y permiten conocer la estructura social, como el tipo de actividad remunerada de la población, el nivel de estudios alcanzado, o el tiempo empleado en el trabajo doméstico de la población. Así, los anteriores ejemplos conciernen respectivamente al «Mercado laboral», a la «Educación», y al «Nivel, condiciones y calidad de vida» según la clasificación que hace el Instituto Nacional de Estadística.

El tercer nivel de observación responde a los modelos, costumbres y aspectos simbólicos de una sociedad. Aquí se cuenta con las escalas de actitudes ante un fenómeno social, frecuentemente utilizadas en Psicología Social. Otros indicadores son las preguntas de opinión sobre costumbres y normas sociales, que son comúnmente utilizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Igualmente, la antropología se ha acercado mediante el método etnográfico a este nivel de observación, para estudiar la conducta tanto grupal como individual.

Estos niveles de observación son comunes a todos los campos de investigación cuyo estudio se base en el ser humano comprendido como ser social. En consecuencia, para que sean específicamente «de género», se deben centrar en aquellos procesos sociales que describen y explican las diferencias y desigualdades entre las mujeres y los hombres. La aplicación de este enfoque, que precisa considerar los tres niveles, es conocido como «análisis de género».



Corrientes epistemológicas feministas

Se suelen distinguir tres corrientes epistemológicas que persiguen mostrar los lazos entre el feminismo y la ciencia. Estas aproximaciones epistemológicas son: el empirismo feminista, la epistemología del *standpoint* y el posmodernismo feminista (Harding, 1996). Las principales características de cada corriente se ordenan según conciernen a quién investiga, al objeto o fenómeno de estudio, a la población o muestra y a la forma de resolver los sesgos sexistas y androcéntricos.

Empirismo feminista

Plantea que el sexismo y el androcentrismo constituyen sesgos sociales controlables mediante el cumplimiento de las normas metodológicas propias de la investigación científica. Mediante este posicionamiento es más fácil conseguir la aceptación de las reivindicaciones feministas porque lo que pretende es reformar la mala ciencia, que es la que contiene imprecisiones metodológicas en las investigaciones. Por ejemplo, la no inclusión de mujeres en las investigaciones y la generalización de los resultados a estas cuando los estudios solo se han realizado con hombres.

Esta aproximación sin embargo, no es capaz de controlar la principal procedencia del sesgo androcéntrico, que es la que parte de la selección de los problemas a investigar, y la definición de lo que es problema. Esto es debido a que desde el empirismo se afirma que sus normas metodológicas solo se aplican para la comprobación de hipótesis e interpretación de datos (contexto de la justificación), y no se aplican en la identificación y definición de los problemas (contexto del descubrimiento).

Punto de partida feminista: *standpoint feminism*

Plantea que la posición dominante de los hombres en la vida social se traduce en un conocimiento parcial, mientras que la posición subyugada de las mujeres y sus experiencias abren la posibilidad de un conocimiento más completo y justo.

Aunque desde este posicionamiento se evitan los problemas que se plantean desde el empirismo feminista, genera rechazo en quienes están apegados al empirismo, pues les cuesta comprender y aceptar que la identidad social de quien investiga puede ser un factor importante respecto a la objetividad potencial de los resultados de una investigación.

Postmodernismo feminista

Esta perspectiva niega los posicionamientos en los que se basan el empirismo feminista y el punto de partida feminista. Básicamente se posiciona escépticamente respecto a los enunciados que generalizan, y plantea la necesidad de fundamentos adecuados para investigar las realidades fragmentadas, al plantear que no hay una

Sesgos de género en la atención sanitaria

sola realidad si no muchas realidades. Por ejemplo, no es lo mismo ser mujer española de clase media que ser mujer, africana y tener una discapacidad. La realidad vital de ambas con toda probabilidad va a ser muy distinta. La renuncia a priori a generalizar sus resultados y a elaborar una única descripción de la realidad es una debilidad reconocida por el propio postmodernismo feminista.



Sesgos sexistas o sesgos de género en la atención sanitaria

La Sociedad Norteamericana de Mujeres Médicas define sesgo de género como la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para su salud (Lenhart, 1993). Esta definición, útil para la práctica sanitaria no cuenta con el origen del sesgo de género.

Una definición más comprehensiva de sesgo de género es el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres –en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos–, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios y en la investigación, y que es discriminatoria para un sexo respecto al otro (Ruiz, Verbrugge, 1997; Ruiz, 2001; Ruiz-Cantero, Vives-Cases; Artazcoz y cols., 2007; Ruiz-Cantero, Ronda, Álvarez-Dardet, 2007).

Es importante resaltar que el sesgo de género en el esfuerzo terapéutico se ve afectado por el sesgo de género en el esfuerzo diagnóstico. La probabilidad de que

quien padece sea tratado/a adecuadamente es casi nula si por cualquier causa queda excluido/a del proceso diagnóstico, o bien, disminuye si durante el proceso diagnóstico no se realizan las pruebas oportunas. Con un diagnóstico erróneo la probabilidad de mal tratamiento es elevada, y sin diagnóstico, como mucho se realizará un esfuerzo terapéutico solo sintomático, o una sobreprescripción de fármacos psicotropos (Ruiz, Verdú, 2004).

Sesgos de género en problemas de salud comunes a mujeres y hombres

Las mujeres son afectadas de manera distinta a los hombres y por diferentes tipos de enfermedades. Como resultado, necesitan prevención, tratamiento y atención diferenciada.

Las investigaciones sobre sesgo de género en la atención sanitaria se han centrado en identificar el esfuerzo que se realiza para el diagnóstico y el esfuerzo terapéutico de determinados problemas de salud padecidos por ambos sexos. Estas investigaciones comparten con el paradigma de la medicina basada en la evidencia la hipótesis de existencia de imprecisiones empíricas en la práctica médica, en la que se aplican bastantes juicios subjetivos, falta rigor y transparencia.

Aun desde la dificultad de argumentar contra la lógica de que la mayor prevalencia y gravedad de ciertos problemas conducen estos esfuerzos diferentes por sexo, se trabaja para determinar cuanto es responsabilidad de la decisión tomada por los y las pacientes y cuanto es responsabilidad de las decisiones profesionales, en cuyo caso sería un claro sesgo de género, potencial generador de desigualdades en salud entre mujeres y hombres. Se pretende identificar si para igual necesidad se realizan similares esfuerzos en un sexo respecto al otro. La evidencia es que en general se realizan mayores esfuerzos si los enfermos son hombres. Este es el caso

como veremos más adelante, de los ingresos en los hospitales de más hombres que mujeres a igual necesidad, pese a la cobertura universal sanitaria en España (Ruiz, Verdú, 2004).

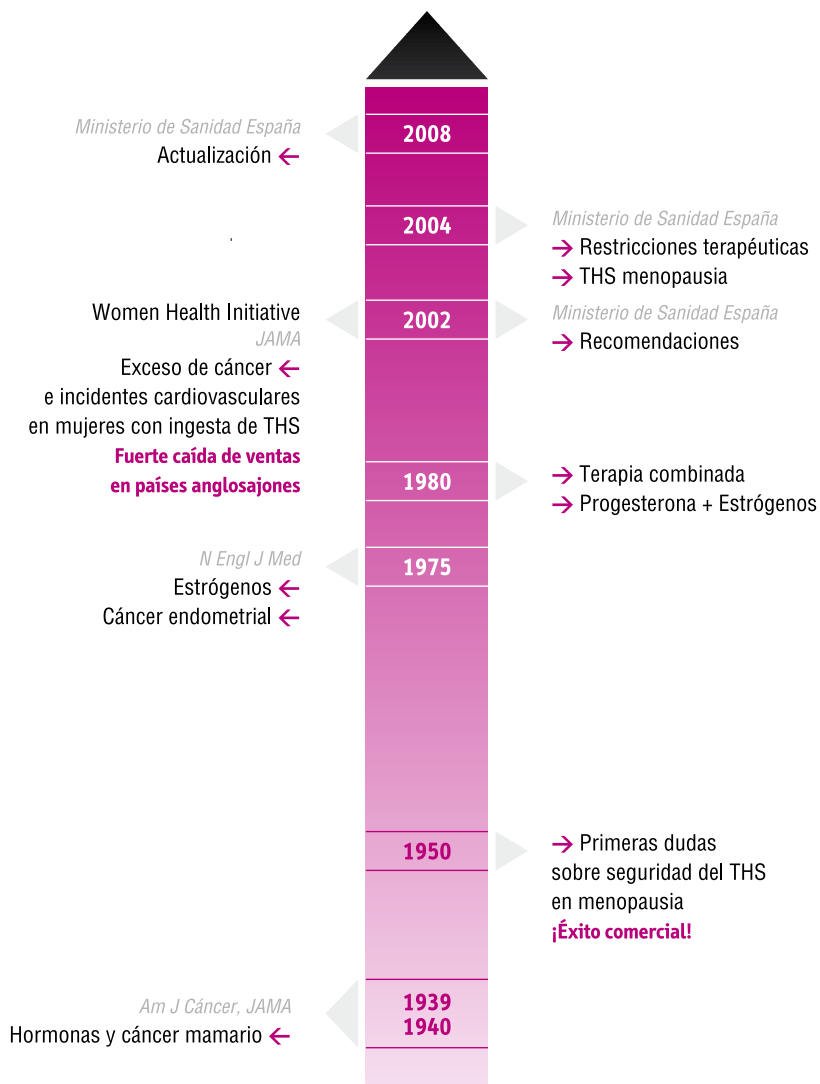
Sesgos de género en problemas de salud propios de las mujeres

Hay problemas de salud más frecuentes o propios de las mujeres en los que se podría afirmar que para su diagnóstico, pero sobre todo para su tratamiento, se producen sesgos de género. Pensemos en el apoyo a la terapia hormonal sustitutiva (THS) de ciertos profesionales líderes de opinión dentro de sus especialidades (Palacios y cols., 2003), como la ginecología, pese a la evidencia científica de desequilibrio beneficio-riesgo producida por la *Women Health Initiative* (Rossouw y cols., 2002). Nancy Krieger hace una buena revisión sobre el conocimiento que desde finales de los años 30 existe sobre la asociación entre cáncer y THS (figura 2) (Krieger y cols., 2005). Así mismo, existe una fuerte controversia sobre las ectomías (histerectomías, ooforectomías, mastectomías) (McPherson, Anderson, 1991), las barreras de ciertas Comunidades Autónomas a la interrupción voluntaria del embarazo por causas no penalizadas (Amorín, 2002) o la excesiva medicalización de la menopausia más allá de la THS, como el tratamiento de la osteoporosis como prevención de posibles fracturas, el tratamiento del llamado síndrome del deseo sexual inhibido, o de las mujeres en el embarazo y parto (episiotomía, rasurado de pubis, etc.) (Martínez, y cols., 1998; Henriksen Tine Brink, y cols., 1994).

Estas investigaciones se interesan además por comparar mujeres con mujeres en sus análisis:

1. Haciendo énfasis en la inclusión de la diversidad como categoría transversal a tener en cuenta.

Figura 2. Terapia Hormonal y enfermedades relacionadas



Fuente: Elaborado a partir de Krieger N, y cols. 2005

Sesgos de género en la atención sanitaria

2. Denunciando el exceso de generalización.
3. Proponiendo pensar en mujeres (plural) y no en la mujer (en singular) como categoría representante de todo el grupo.

Vamos a tratar en primer lugar los sesgos de género en investigación y en la atención sanitaria en problemas de salud que pueden ser padecidos por ambos sexos, para a continuación tratar los problemas de salud propios de las mujeres, o lo que se ha venido a denominar el esencialismo biológico, el cual valora a las mujeres básicamente como ser reproductor. Es importante recordar a lo largo de la siguiente lectura que los servicios sanitarios, y la investigación, pueden sesgar su práctica:

1. Asumiendo erróneamente que la situación de salud de las mujeres y los hombres y sus riesgos son similares.
2. Asumiendo que son diferentes cuando realmente son similares (Ruiz, 2001; Ruiz, Verbrugge, 1997; Ruiz-Cantero, Vives-Cases, Artazcoz y cols., 2007).

Las acciones y la investigación derivadas de ambas aproximaciones menoscaban la salud de ambos sexos, pero más la de las mujeres.



Sesgos de género en los diagnósticos de enfermedades padecidas por hombres y mujeres

Uno de los determinantes de los sesgos de género es la aplicación de criterios diagnósticos propios de los hombres a las mujeres, cuando cada vez es más obvio que determinadas enfermedades que pueden ser padecidas por ambos sexos cursan diferente según se sea hombre o mujer. Este es el caso de las enfermedades cardiovasculares, la EPOC, las espondiloartropatías, entre otras.

Las experiencias de salud de los hombres parecen proporcionar la norma implícita a partir de la que la medicina define y mide los problemas de salud de las mujeres basándose en la aceptación de que la norma de salud y enfermedad es lo que le sucede a los hombres blancos (Hamilton, 1996). Pero la lógica que guía esta exclusión tiene poco que hacer con la asunción de similitud entre hombres blancos y otros grupos. Es más, con propósitos de rigor epidemiológico, históricamente, las nociones de diferencia entre mujeres y hombres han sido tan firmemente aceptadas

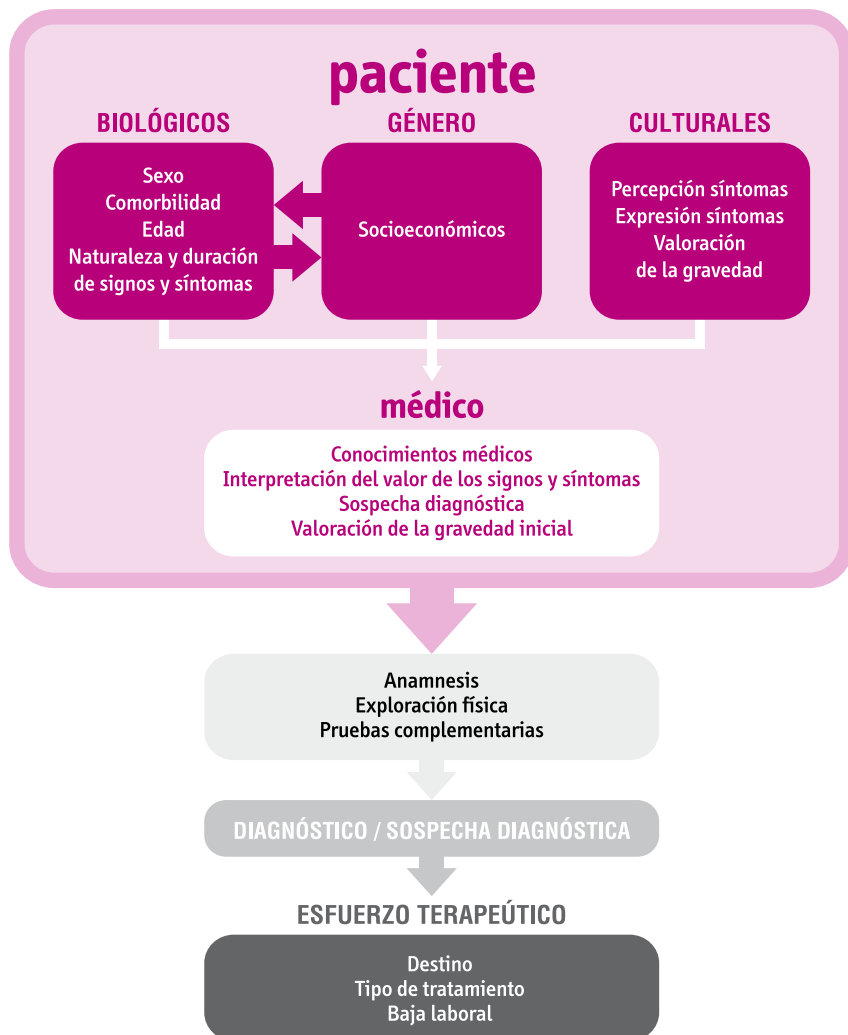
en investigación que han sido raramente estudiados juntos. Esta afirmación no da sentido a que la norma sea como es, es decir, que la presentación de los problemas de salud es como la presentan los hombres.

A fin de describir la evidencia sobre sesgos de género en la atención sanitaria de determinadas patologías, la mayoría derivados de los sesgos de género en investigación sobre las mismas, se incluye la figura 3, en donde se representa un esquema explicativo de las diferentes situaciones y características de los y las pacientes que pueden derivar en sesgos de género asistenciales. En este esquema se observa que los y las pacientes acuden en demanda asistencial con una serie de características propias de su enfermedad (comorbilidad, naturaleza y duración de los síntomas y signos) y personales (edad), así como con una percepción y expresión de los síntomas (quejas para quienes padecen) y una valoración de la gravedad determinada. Por otra parte, los y las médicos/as tienen un conocimiento fruto de la evidencia científica e interpretan y valoran los signos y síntomas, lo que les induce a una sospecha diagnóstica y a una valoración de la gravedad del problema padecido; y en consecuencia a un determinado esfuerzo diagnóstico. Es en esta fase, donde Kirsti Malterud (Malterud, 2000) plantea con las herramientas de:

1. **La semiótica médica**, que los signos son producidos, compartidos e interpretados, como si de una partitura musical se tratara, existen intérpretes virtuosos y malos intérpretes que hacen que varíe la calidad de la pieza musical. En el caso de la medicina, parecen haberse identificado diferentes interpretaciones por parte de las y los médicas/os que dan lugar a diferentes versiones de los mismos síntomas y signos. En concreto, atribuyendo diferentes significados a los mismos signos/síntomas según sean presentados por pacientes hombres o mujeres; lo que sería un sesgo de género en el diagnóstico. Con esto, se podría cuestionar que el término «inexplicado» sea una verdad universal o que no exista o quien interpreta no tenga explicación.
2. **La narrativa**, que la historia contada por los/las pacientes no es idéntica a la historia clínica, aunque pueden ser compatibles. Las historias son construidas, intercambiadas y oídas, fruto de la interacción humana en un contexto sociopolítico.

Sesgos de género en la atención sanitaria

Figura 3. Esquema explicativo de los principales condicionantes del esfuerzo diagnóstico y terapéutico



Autores: María Teresa Ruiz Cantero, Elena Ronda Pérez, Carlos Álvarez-Dardet Díaz

En este sentido, la historia clínica es la traducción que hacen los y las médicos/as después de escuchar «la historia» de quien padece. Por lo tanto, en problemas de salud en los que no se alcanza un diagnóstico, se propone cuestionar la presunción de la medicina de ser más capaz que quien padece de contar la historia, pues, como cualquier historia, tiene varias lecturas en función de quién la escuche.

3. Análisis crítico, que la capacidad de observación del médico, está limitada por su experiencia personal/profesional, y determina la perspectiva desde la que observa, por lo que impactará en lo que puede ver y no ver. Así, como si de un ángulo muerto de visión en el coche se tratara, una visión desde una parte no permite ver otra parte de la realidad. Por lo que se propone cuestionar la aceptada visión universal y neutral de la medicina e identificar sus consecuencias. Por ejemplo, el término «atípico» deriva de la creencia de que los procesos de enfermar son los propios de los hombres, los típicos.

Volviendo a la figura 3, las y los médicas/os realizan determinado esfuerzo diagnóstico en base a anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias. Y aquí merece la pena destacar, que hasta la fecha la mayoría de las investigaciones sobre sesgos de género están focalizadas en la mayor o menor realización de determinadas pruebas diagnósticas, como la cateterización cardíaca ante una sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM). Por lo tanto, al partir estos estudios de la prueba diagnóstica y verificar si tienen o no la patología en cuestión según sexo, es posible que ciertos síntomas «atípicos» de esa patología (como dice Kirsti Malterud, con mayor frecuencia propios de las mujeres) no se hayan considerado y las pacientes hayan saltado del sistema sanitario, por lo que el sesgo de género no se detectaría, al ser solo estudiadas aquellas que llegan hasta el esfuerzo diagnóstico. Esto puede suceder también para el caso de los hombres por supuesto, pero como se ha evidenciado este error es menos frecuente.

Además, hay que considerar que la mayoría de los diagnósticos, en especial en atención primaria, se realizan mediante anamnesis y examen clínico, y no mediante pruebas diagnósticas, por lo tanto, en la investigación sobre sesgos de género en

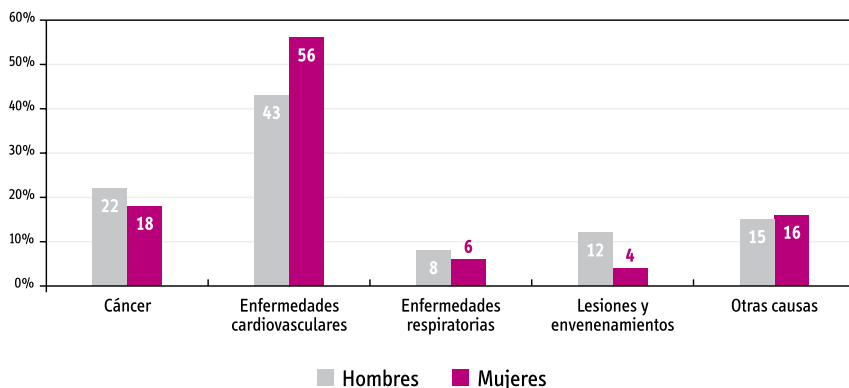
Sesgos de género en la atención sanitaria

la atención sanitaria, está casi todo por descubrir. Si existen sesgos de género en la realización de pruebas diagnósticas, que son lo más cercano a la objetividad, es más probable que se produzcan sesgos de género en la anamnesis y la exploración clínica en donde influyen componentes subjetivos de quienes padecen, pero especialmente de quienes las realizan.

Sesgos de género en enfermedades cardiovasculares

En 2006, la Sociedad Europea de Cardiología publicó en su informe los datos de las causas de muerte por sexo en todos los países de la UE. En el informe se observa que mueren más mujeres que hombres por problemas coronarios, ictus y otras enfermedades cardiovasculares (figura 4) (Stramba-Badiale y cols., 2006).

Figura 4. Causas de muerte por sexo en Europa. Organización Mundial de la Salud, 2004



Fuente: Modificado de Stramba-Badiale M, y Cols. 2006

Pese a la evidencia de la importancia de la magnitud de estos problemas en las mujeres, un estudio recientemente publicado por la Universidad de Toronto, realizado con 2.136 pacientes a partir del Registro de Síndromes coronarios agudos (SCA) sin elevación del segmento ST en el electrocardiograma (2002-2003), en el que compararon sus tasas de cateterización según riesgo de IAM, concluye que muchos de los pacientes de alto riesgo por SCA no son referidos para cateterización. Mediante encuesta a los médicos responsables sobre la principal razón de no referir a los pacientes a cateterización, se observa que pese al alto riesgo, la principal razón de no derivación es que los médicos tienen la percepción subjetiva de que los pacientes no tienen suficiente riesgo (68,4% de las respuestas), lo cual es más frecuente en el caso de las mujeres que de los hombres. Este hecho es importante, porque el porcentaje las muertes hospitalarias y al año mejoran con la cateterización cardíaca (5,6% en quienes eran cateterizados respecto al 14,3% en quienes no eran cateterizados). Esto implica que gracias a la cateterización se evitaron las muertes de más hombres con enfermedades cardiovasculares que de mujeres, pese a su igual gravedad, pues proporcionalmente a estas se les cateterizaron con menor frecuencia; hallándose la razón de esta práctica desigual en que los médicos erróneamente no valoraron de igual forma el riesgo del problema en las mujeres que en los hombres (Lee y cols., 2008).

Esta tendencia se confirma en la actualidad en más países. Así, un estudio desarrollado por la Universidad de Siena (Italia) y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres basado en 77974 pacientes con infarto agudo de miocardio, angina, isquemia crónica y dolor precordial (1999-2002) observa que el sexo es un factor de discriminación en la probabilidad de intervenciones [OR= 2,11 IC95% (2,04 – 2,19)]. Confirma el estudio que hombres y mujeres son tratados de forma diferente y que esto no puede ser explicado por la edad ni la gravedad (Nante y cols., 2009). Estos hallazgos son consistentes con los encontrados a comienzos de los años 90 del siglo XX, cuando John Ayanian y Arnold Epstein mostraron el sesgo de género que se producía con relación a las angiografías coronarias en 30.000 pacientes del Hospital de Harvard y 30.000 del Hospital de New Haven (Ayanian, Epstein, 1991). En concreto, por cada 100 admisiones,

Sesgos de género en la atención sanitaria

se les realizaban angiografías coronarias al 9,4% de las mujeres blancas respecto al 18,8% de los hombres blancos [OR=2, IC95% (1,89-2,12)]; y al 8,6% de mujeres no blancas respecto al 14% de hombres no blancos [OR= 1,63, IC95% (1,3-2,05)]. Esto significa que la probabilidad de que a los hombres blancos les realizaran angiografías coronarias era del doble respecto a las mujeres blancas, y del 63% superior en hombres no blancos respecto a mujeres no blancas. Y todo ello, controlando por edad y comorbilidad.

¿Son los prejuicios y la posición social de las mujeres y los hombres los que limitan más a las mujeres que a los hombres en las oportunidades, los recursos y los servicios?

Entre los dos primeros trabajos reseñados y el último median casi 20 años. En la actualidad no se puede argumentar que es el desconocimiento lo que subyace en la mala práctica profesional de la medicina con respecto a los problemas cardiovasculares de las mujeres, pues se ha publicado mucho en la literatura científica sobre este sesgo de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Así que las razones se deben encontrar en el ámbito de la formación universitaria, la cual puede no estar dando cabida a la enseñanza de estos contenidos, o en el ámbito estrictamente de la práctica profesional sanitaria.

Sesgos de género en enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Incluso aunque las mujeres tengan un riesgo mayor de desarrollar ciertas enfermedades, como la pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el diagnóstico continúa siendo emitido con más frecuencia en hombres. El argumento está influido por la historia, por el hecho de haber fumado más tabaco que las mujeres.

La EPOC es una enfermedad prevalente, con una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, el impacto de la cual en mujeres ha sido significativamente poco estudiado (Edwards y cols., 2005). La mayor prevalencia de EPOC en los hombres que en las mujeres ha sido atribuida a su histórico mayor consumo de tabaco, por lo que el incremento del consumo en estas en las últimas décadas se ha asociado con el incremento de la prevalencia de EPOC (Silverman y cols., 2000). Los datos actuales muestran que las mujeres sufren de EPOC tanto como los hombres (Varkey, 2004). Pero, la escasa evidencia existente revela sustanciales diferencias por sexo en la susceptibilidad, gravedad, respuesta al tratamiento y pronóstico de la enfermedad (Varkey, 2004) (Chapman, 2004). También hay diferencias documentadas en el uso de los servicios sanitarios entre mujeres y hombres con EPOC (Chapman, 2004).

El tabaco es el factor de riesgo más conocido, y mientras no está claro si las mujeres son más susceptibles a los efectos tóxicos del tabaco que los hombres, se sabe que las mujeres desarrollan EPOC en fases más tempranas de edad, y padecen un mayor grado de incapacidad de la función pulmonar para una exposición dada al tabaco (Watson y cols., 2004). La incidencia y prevalencia de la EPOC continúan subiendo tanto como el hábito de fumar en mujeres (Varkey, 2004). Por otra parte, los estudios genéticos actuales sugieren que las mujeres pueden ser más susceptibles de desarrollar EPOC graves que los hombres (Silverman y cols., 2000).

Se ha mostrado que las mujeres con EPOC están infradiagnosticadas por los médicos (Varkey, 2004). Este sesgo de género en el diagnóstico no ha sido remediado hasta que los médicos comenzaron a utilizar el espirómetro para detectar esta enfermedad tan común. Pese a lo cual, los resultados de un estudio realizado en el Reino Unido muestran que después de ajustar por edad y gravedad, a las mujeres se les da más consejo para dejar de fumar, pero se les realizan menos espirometrías (Watson y cols., 2004).

Sesgos de género en la atención sanitaria

Veamos dos investigaciones que muestran las diferencias entre hombres y mujeres en la forma de manifestarse la EPOC y de informar sobre ella, así como el sesgo de género en el diagnóstico de EPOC, que tiene como consecuencia el infradiagnóstico en el caso de las mujeres:

1. Un estudio prospectivo realizado en una cohorte de 397 pacientes con EPOC mayores de 55 años (52% mujeres) en EEUU muestra la importancia de considerar las diferencias por sexo en las manifestaciones y el manejo de la EPOC (Cydukla y cols., 2005).

La tendencia a autoinformar de padecer EPOC fue mayor en hombres (61% H y 52% M), mientras que la mezcla EPOC/asma fue mayor en mujeres (39% vs. 48%). Pese a ser etiquetadas de similar gravedad de los síntomas crónicos, las mujeres usaron menos que los hombres agentes anticolinérgicos después de la consulta (59% vs. 69%). Durante los brotes de síntomas, las mujeres iniciaron menos terapias en casa y fueron menos a urgencias en las primeras 24 horas después del comienzo de los síntomas (25% vs. 36%). Después del seguimiento durante 2 semanas, los hombres informaron con mayor frecuencia de la exacerbación de los síntomas (42% vs 31%).

2. Un segundo estudio mostró que la EPOC fue asignada como diagnóstico preliminar con mayor frecuencia en hombres que en mujeres [OR= 1,55 IC95% (1,15-2,1)]. Este sesgo de género desapareció una vez que los médicos vieron los resultados de la espirometría, en parte porque los pacientes con obstrucción grave son los más diagnosticados de EPOC que los de obstrucción moderada [OR= 1,5 IC95% (1,08-2,09)]. Esto es, los pacientes con obstrucción moderada son a menudo no diagnosticados de EPOC pese a sufrirla. Sus autores llegan a la conclusión de que los sesgos de género pueden comprometer el diagnóstico precoz de esta enfermedad en grupos de pacientes con riesgo incluso más elevados (Miravittles y cols., 2006) (tabla 1).

Tabla 1. Actitudes hacia el diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Atención Primaria

	Historia clínica y Examen físico		Espirometrías	
	Hombre F (%)	Mujer F (%)	Hombre F (%)	Mujer F (%)
EPOC, bronquitis crónica, y/o enfisema	163 (41,6)	109 (31,4)	290 (74)	257 (74,1)
Asma	33 (8,4)	37 (10,7)	32 (8,2)	28 (8,1)
Otros	196 (50)	201 (57,9)	70 (17,8)	62 (17,8)

Fuente: Modificado de Miravittles M y cols. 2006

En un estudio realizado en la Universidad de Alicante sobre el manejo médico a los pacientes con quejas respiratorias, se constató la necesidad de desarrollar estudios con diseños prospectivos, pues los diseños retrospectivos que parten de los pacientes diagnosticados, han dejado de incluir a las mujeres pacientes infradiagnosticadas como resultado del sesgo de género durante el proceso diagnóstico. De hecho el hallazgo más interesante es que, pese a que hombres y mujeres presentaron los mismos síntomas y signos, hubo diferencias en el diagnóstico final, en la medida en que a más hombres que a mujeres se les etiquetó con un diagnóstico definido [OR=1,77 IC95% (0,98-3,32)].

¿Influyeron los estereotipos de género a los que hace alusión Kirsti Malterud en la toma de decisiones clínicas y por ello no se asignó un diagnóstico a las mujeres con tanta frecuencia como a los hombres pese a presentar las mismas quejas? Los hallazgos proporcionaron conocimiento sobre un posible sesgo de género en la anamnesis: se les pregunta con mayor frecuencia si fuman a los hombres que a las mujeres [OR=2,41 IC95% (1,57-3,70)]. Respecto al esfuerzo terapéutico se observó que a las mujeres con trabajo remunerado se les da menos la baja laboral que a los hombres en la misma situación laboral [OR=5,43 IC95% (1,64-9,96)] (Ruiz y cols., 2007).

Sesgos de género en la atención sanitaria

Las razones argumentadas antes prevalecen aquí. Es posible que los médicos realicen más procedimientos diagnósticos en hombres que en mujeres por tender a creer que los hombres tienen más enfermedades respiratorias debido a una mayor incidencia de historia previa de tales problemas, o por la mayor prevalencia de fumadores en hombres que en mujeres. Pero sorprende que aunque no se detectaron diferencias en la gravedad según la opinión de los pacientes, los y las médicos/as evaluaron los síntomas de los hombres como más graves en comparación con los de las mujeres. ¿Existió un sesgo de género en la sospecha diagnóstica? ¿Quizás fue debido a que las y los médicas/os atribuyeron diferentes significados a los mismos signos/síntomas según fueron presentados por pacientes hombres o mujeres como sugiere Kirsti Malterud (Malterud, 2000).



Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico de enfermedades padecidas por hombres y mujeres

El esfuerzo terapéutico (destino: derivación a la medicina especializada, alta, o seguir con la atención primaria; tipo de tratamientos; baja laboral) dependerá del esfuerzo diagnóstico y del diagnóstico en sí. También de otros determinantes propios de la relación pacientes-médicos/as. Con relación al esfuerzo terapéutico queda mucho por descubrir, como la investigación sobre la variabilidad por sexo a igual necesidad sanitaria en el esfuerzo quirúrgico, los reingresos, la rehabilitación, los tiempos de espera, el beneficio de la medicina especializada.

Sesgos de género en los ensayos clínicos

Un estudio realizado por el Departamento de Farmacología de la Universidad Complutense de Madrid y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

(AEMPS), y publicado en la *Revista Española de Salud Pública* en 2008, sobre los informes finales de los ensayos clínicos recibidos durante el primer cuatrimestre de 2007 en la AEMPS, revisó los apartados de diseño, población de estudio, datos demográficos y características básicas de los sujetos participantes, resultados y conclusiones del ensayo en los resúmenes de los informes finales de los ensayos clínicos, que es el único documento obligatorio remitir a la AEMPS una vez concluido el ensayo. Su resumen de resultados apunta que, de los 25 documentos analizados, 5 desagregan datos por edad y sexo (20%), 13 no aportan ningún dato desagregado por sexo ni ninguna conclusión, 3 tampoco expresan los resultados desagregados por sexo pero sí describen por esta variable los acontecimientos adversos graves, y en 4 no se encuentran ni resultados ni conclusiones (Laguna Goya, Rodríguez-Trelles, 2008).

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en el punto 3b del artículo 27 Integración del principio de igualdad en la política de salud apunta que las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, el fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.

Desde que en 1993 la FDA rescinde su prohibición de incluir a las mujeres en las primeras fases de los ensayos clínicos mediante la publicación de la *Guía para el estudio y la evaluación de las diferencias de género en la evaluación de fármacos* (*Food and Drug Administration*, 1977), y el cambio de política del NIH para la financiación de investigación clínica (*National Institute of Health*, 1994) ha habido numerosos estudios sobre la evolución de la participación de las mujeres en los ensayos clínicos (EC). Se han utilizado diferentes estrategias:

1. Analizar un tipo de enfermedad en concreto, como los ensayos clínicos de los fármacos para los IAM en revistas científicas (Rochon y cols., 1998), o los fármacos antirretrovirales (Ruiz Cantero y cols., 2006).

Sesgos de género en la atención sanitaria

2. Analizar determinadas revistas donde se publican los ensayos clínicos. Por ejemplo, análisis de los ensayos clínicos cuyo objetivo fuese mortalidad publicados en *New England Journal of Medicine* entre 1994-1995, (Ramasubbu y cols., 2001), de los ensayos clínicos publicados en 4 revistas líderes durante 4 años (Vidaver y cols., 2000), y revisión de los ensayos clínicos publicados en 3 revistas de farmacología (Fleish y cols., 2005).
3. Analizar fármacos concretos, como por ejemplo el tratamiento sintomático de artritis y artrosis; los cuales afectan en mayor medida a mujeres y son controvertidos en su balance riesgo/beneficio y por sus interacciones hormonales descritas. Este es el caso de Rofecoxib (Cascales y cols., 2003) o con Etoricoxib (Chilet-Rosell y cols., 2009).
4. Analizar los ensayos clínicos financiados por determinadas instituciones públicas que cuentan con políticas de género, como es el caso de los ensayos clínicos de desórdenes cardiovasculares financiados por el *National Heart, Lung and Blood Institute* entre 1965 y 1998 (Harris, y cols., 2000), o el estudio que analizó los ensayos clínicos aleatorios publicados en 9 revistas importantes en 2004 financiados con fondos federales (Geller y cols., 2005). Paula Rochon et al. también tuvieron en cuenta si los ensayos clínicos de fármacos para infarto de miocardio estaban financiados por agencias que contasen con políticas de género (Rochon y cols., 1998)¹.

Sesgos de género en la prescripción de fármacos psicotropos

La mayor prescripción y consumo de fármacos psicotropos en mujeres puede reflejar una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en estas; o que las mismas al

1. Para leer con mayor detalle acerca de la participación de las mujeres en ensayos clínicos y análisis de las diferencias por sexo y análisis de género, leer a Elisa Chilet Rosell y María Teresa Ruiz Cantero. *Mujeres y Ensayos Clínicos*. Centro de Estudios de la Mujer. Universidad de Alicante (Chilet Rosell Elisa, Ruiz Cantero María Teresa; 2009).

quejarse inducen la prescripción más que los hombres. Pero también, que los médicos atribuyan a factores psicológicos, más fácilmente en mujeres que en hombres, lo que son síntomas físicos (o de presentación atípica), o tiendan a prescribir fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad a mujeres más que a hombres. Lo destacable es que el malestar emocional de las mujeres está medicalizado, habitualmente, con estrategias terapéuticas sintomáticas erróneas y ciegas a las causas. Y la mayor parte de la medicación consumida es prescrita por los médicos, lo que hace pensar en estos como los recursos para modular los excesos de sobre-utilización de terapias por parte de los pacientes, especialmente de las mujeres.

Betty Friedan en su *Mística de la feminidad* apuntaba que el malestar de las mujeres se derivaba de tener las oportunidades más fáciles restringidas a las condiciones de ama de casa, esposa y madre. Esto es más común en las clases sociales en desventaja. A este malestar le denominó «la enfermedad que no tiene nombre», pues las mujeres que entrevistó se quejaban de diferentes formas sin saber que les pasaba (Friedan, 1974). Según Celia Amorós, este problema de salud deriva de la creación de una identidad para las mujeres hetero-designada (designada por los hombres), en donde ser mujer es ser ama de casa, esposa y madre, sin considerar sus deseos de otras opciones vitales (Amorós, 1997).

Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico del nivel terciario asistencial

El análisis de la influencia de los roles y la identidad de género en la salud de las mujeres aporta información imprescindible si se pretende no solo igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios, sino igualdad en los resultados en términos de salud, para igual necesidad de ambos sexos.

Sesgos de género en la atención sanitaria

Las investigaciones sobre sesgo de género en el esfuerzo terapéutico se centran en la accesibilidad a los hospitales de ambos sexos para igual necesidad, comparación de los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención sanitaria, y tipos de estrategias terapéuticas.

Las conclusiones apoyan la conveniencia de romper con el mito de que las mujeres son las mayores usuarias de los servicios sanitarios. Si bien es cierto en atención primaria, no lo es en atención hospitalaria, lo que es responsabilidad al menos compartida entre las mujeres y los médicos de atención primaria, que son quienes derivan a los pacientes a la asistencia hospitalaria. Los siguientes resultados y análisis se pueden leer con mayor detalle en el artículo publicado en *Gaceta Sanitaria* por María Teresa Ruiz y María Verdú en 2004:

1. La mayor utilización del hospital por varones que por mujeres, es un indicador de sesgo de género en el esfuerzo terapéutico de los que más información existe en la literatura científica. Esta no es solo responsabilidad de los pacientes, si no que está mediada por el médico y el sistema sanitario.

En la década de los 80 ya se observó que, a igual necesidad, había mayor accesibilidad de varones respecto a mujeres a las tecnologías más desarrolladas, que son las ubicadas en los hospitales. Los ingresos se incrementaron en varones y permanecieron constantes en mujeres, siendo ellos los que presentaron mayor utilización hospitalaria. Posteriormente, en la década de los años 90 en Cataluña (1990-1997) se constató que, exceptuando parto, puerperio y complicaciones del embarazo, las hospitalizaciones eran también más frecuentes en hombres en todos los grupos de edad y para la mayoría de los grupos diagnósticos.

Los varones también pueden sufrir las consecuencias del sesgo de género, pero por sobre-exposición a los servicios sanitarios. Entre 1993-94, una de cada 5 ó 6 hospitalizaciones pediátricas se podría haber evitado. Estas hospitalizaciones pediátricas evitables representaron el 15% del total de hospitalizaciones en Cata-

luña y el 21% en la Comunidad Valenciana, en donde se detectaron diferencias significativas por sexo, con más ingresos de niños que de niñas.

2. El sesgo de género en el esfuerzo terapéutico también puede identificarse mediante comparación de la aplicación de procedimientos terapéuticos según sexo. Falta información de las razones de estas diferencias por sexo en los procedimientos hospitalarios y sus costes. Así, pese a no detectar diferencias significativas en la presentación del IAM (ECG, enzimas y síntomas) y que más mujeres presentaron al ingreso cuadros de IAM más graves (14% varones: 21% mujeres), el estudio de Guipuzcoa observó mayor esfuerzo terapéutico en varones, medido en términos de acceso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (90% hombres: 75% mujeres). Además, se aplicó trombolisis (33% hombres: 24% mujeres), se realizaron angioplastias (48% hombres: 29% mujeres) y cateterismo (10% hombres: 6% mujeres) a más hombres que mujeres.
3. Respecto a la demora en la asistencia sanitaria, uno de los argumentos utilizados ante la mayor letalidad hospitalaria de las mujeres en el caso de los IAM es que ante un problema de salud estas son las responsables del retraso asistencial y terapéutico. El grupo RIMAS, partiendo del Registro de IAM de Asturias, apuntó que el tiempo en la demora de llegada a urgencias podría relacionarse con la mayor letalidad hospitalaria en mujeres (120' hombres: 180' mujeres). El estudio IBERICA coincide en la mayor demora de las mujeres entre el inicio de los síntomas y la monitorización (120' hombres: 153' mujeres), y añade que los roles de género (papel de cuidadora de las mujeres) subyacen en esta demora.

Para poder identificar la responsabilidad de los profesionales en la demora de la asistencia sanitaria es necesario medir el tiempo entre el inicio de los síntomas y la demanda sanitaria, que depende principalmente de las mujeres y su entorno, y el tiempo entre la demanda sanitaria y la monitorización, que depende de los profesionales sanitarios. Algunos estudios como el IBERICA miden el tiempo entre el inicio de los síntomas y la monitorización, lo que no permite determinar si es responsabi-

alidad de las mujeres o compartida con los profesionales, pero aportan información valiosa sobre las diferencias por sexo en el esfuerzo terapéutico. Las razones por las que en ocasiones se demora a igual necesidad la asistencia sanitaria a mujeres respecto a varones permanecen ocultas, y da motivos a quienes postulan que es un sesgo de género de los profesionales.

Sesgos de género en las intervenciones quirúrgicas

La Universidad de Toronto también está abriendo la investigación sobre si afecta el sexo de los pacientes en las decisiones para referirlos a la realización de artroplastias de rodilla. Concluyeron que los/las médicos/as recomiendan con mayor frecuencia la artroplastia a los hombres que a las mujeres, sugiriendo que el sesgo de género puede contribuir a la desigualdad de género en las tasas de uso de artroplastia total de rodilla. En concreto, 71 médicos/as (38 médicos/as de familia y 33 cirujanos/as plásticos) de Ontario realizaron una valoración a ciegas de 2 pacientes con moderada artrosis de rodilla, los cuales solo diferían en el sexo (1 hombre y 1 mujer). En total, 42% de los/las médicos/as recomendaron artroplastia total de rodilla a los hombres pero no a las mujeres estandarizadas, y 8% de los/las médicos/as recomendaron artroplastia total de rodilla a las mujeres, pero no a los hombres estandarizados [OR=4,2 IC95% (2,4-7,3)] ($p<0,001$); (RR=2,1, CI95%= 1,5-2,8), $p<0,001$). La probabilidad de recomendación de artroplastia de un/una cirujano/a ortopeda fue para los hombres 22 veces superior (6,4-76,0) ($p<0,001$) a la de las mujeres. La probabilidad para el caso del/de la médico/a de familia de recomendación de artroplastia en hombres fue 2 veces superior (1,04-4,71) ($p= 0,04$) a la de las mujeres (Borkhoff y cols., 2008).

El *Institut Català d'Oncologia* investigó las desigualdades de género en la readmisión hospitalaria entre pacientes diagnosticados de cáncer colorectal a través de

un estudio de cohortes prospectiva de 403 pacientes diagnosticados de cáncer colorectal que fueron seguidos desde enero-1996 y diciembre-1998 a 2002. La probabilidad de readmisión en el hospital fue de 1,61 en hombres respecto a mujeres [IC95% (1,21 – 2,15)]. Es decir, se detectaron diferencias por sexo, en el sentido de que las mujeres son menos readmitidas que los hombres por cáncer colorectal. Incluso, después de controlar por otros determinantes de readmisión (controlando por características del tumor, mortalidad y comorbilidad) se mantiene la mayor probabilidad de readmisión en hombres [1,52 IC95% (1,17 – 2,15)], por lo que se sugiere que ha de aportarse nueva información sobre el papel de variables no clínicas, tal como la diferencia en la búsqueda de ayuda o en la posible existencia de sesgos de género estructurales o personales en la atención prestada a los pacientes (González, 2005).



Esencialismo biológico: las mujeres como reproductoras

Uno de los principales sesgos sexistas es caracterizar a las mujeres como un grupo de riesgo único y universal, el cual es definido en base a su capacidad biológica reproductiva. De esta forma, se ignoran las vías por las que las realidades sociales de género –más allá del sexo biológico– se manifiestan en los cuerpos de las mujeres (Krieger, Zieler, 1995). Desde la antropología, a este hecho se le ha denominado con la poética expresión de «las lesiones de la vida» (Finkler, 1994).

El enfoque clásico y continuo a la biología reproductiva de las mujeres ha venido a significar que la salud de las mujeres es equivalente a la salud reproductiva. Además, los problemas de salud no reproductiva de las mujeres permanecen velados a la vista pública debido a la asunción predominante hasta hace poco de que las mujeres y los hombres tienen diferente perfil de salud porque son distintos biológicamente. De acuerdo con esto, las mujeres tienen diferentes riesgos de enfermar que los hombres, no solo por las diferencias en los órganos reproductivos y su fisiología, si no porque las diferencias biológicas determinan sus roles sociales. O

dicho de otra forma, la combinación de hormonas y cromosomas sexuales imbuida con una suerte de poderes mágicos da forma a las conductas humanas en términos de género. Su resultado es la exposición de ambos sexos a diferentes situaciones sociales determinantes de su salud.

El ejemplo más claro y conocido de falta de interés de los problemas de salud no reproductiva en las mujeres son los sesgos de género en investigación de salud cardiovascular, los cuales han sido parcialmente responsables de los sesgos de género en la toma de decisiones clínica, en la que los hombres reciben un mayor y mejor esfuerzo diagnóstico y terapéutico para estas enfermedades (Freedman, Maine, 1993). Y esto es así, pese a que es conocido que las enfermedades cardiovasculares matan al año más del doble de mujeres de las que mueren por todas las formas de cáncer (Freedman, Maine, 1993), y es su primera causa de muerte (Stein, 1997).

Muchos de los problemas de salud de las mujeres en los últimos años –incluidos el embarazo en adolescentes, bajo peso al nacer, cáncer vaginal y diethylstilbestrol, shock por síndrome tóxico, histerectomías y cesáreas innecesarias, abuso de esterilización, abortos inseguros y mortalidad materna están relacionados de una manera u otra con los órganos reproductivos de las mujeres. Más aún, los problemas reproductivos que no están directamente relacionados con la fertilidad, tales como cáncer de cérvix, infecciones del tracto reproductivo y urinario, y prolapsos uterinos y vaginales no son muy privilegiados en el discurso biomédico y de salud pública, pese a ser una fuente de sufrimiento significativa para muchas mujeres.

Más allá de los principios filosóficos, distinguir la influencia del sexo y el género en los problemas de salud es primordial por razones empíricas, pues como factores de riesgo, dependiendo del problema de salud, ambos operan con independencia o bien actúa uno de ellos solo, o se produce interrelación entre el uno y el otro (Krieger, 2003). Ejemplo de este último, serían los casos de infección precoz de VIH en mujeres comparada con hombres heterosexuales,

Sesgos de género en la atención sanitaria

los cuales suelen derivar del emparejamiento de hombres con mujeres más jóvenes, y por tanto con menos poder de negociación del uso de preservativos (Krieger, 2003).

En la investigación sobre algún problema de salud reproductiva es importante destacar que la recolección de datos debe recabar información sobre otras cuestiones que son raramente preguntadas en la actualidad sobre salud de las mujeres:

1. Cómo las normas de género al centrarse en la reproducción (p.e.: normas culturales pronatalistas que valoran el hecho de ser madres de las mujeres) afectan a la calidad de vida y al bienestar de las mujeres.
2. Cómo las normas y expectativas relacionadas con la feminidad, masculinidad, heterosexualidad y homosexualidad influyen en la calidad de vida y el bienestar de las mujeres.
3. Cómo se asocian los efectos del sexismo a la salud de las mujeres, y se asocian con otros aspectos de la identidad social de las mujeres incluyendo etnia, clase social, religión, edad, etc.
4. Cómo afectan a la salud de las mujeres y a su asistencia sanitaria las desigualdades de género perpetuadas por las estructuras institucionales, incluyendo las de la biomedicina.

Problemas de salud propios de las mujeres

La oferta de servicios sanitarios y las variaciones en las prácticas de procedimientos médicos están influidas por la frecuencia de médicos partidarios de un procedimiento determinado. Por otra parte, aunque la propia necesidad percibida de las mujeres influya en la realización de intervenciones o extirpaciones de órganos,

solucionar los problemas percibidos por las mujeres con una cirugía más o menos conservadora, depende de los profesionales.

La práctica de cesáreas es cuestionada por su sobre-utilización, y por la variabilidad en su práctica según sea hospital público o privado, e incluso entre hospitales del mismo sector. Los hospitales públicos presentan tasas de cesáreas que varían entre el 12,8% y el 22,7%, y en los privados asciende hasta el 25,1%. Situación que no se explica simplemente por una diferente distribución de los partos de riesgo (Mosquera, 2002).

La residencia de las mujeres determina la accesibilidad a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), existiendo importantes diferencias entre comunidades autónomas (Amorín, 2002).

La extirpación de órganos reproductivos femeninos partió de conceptos históricos válidos en medicina, y pudo resultar beneficiosa. Muchos de estos procedimientos, mirados en retrospectiva, tuvieron una dudosa base científica (McPherson, Anderson, 1991). Como si la personalidad de la mujer fuera una orquesta dirigida por el útero y los ovarios, las histerectomías y ooforectomías se realizaron por enfermedades de estos órganos, pero también para solucionar epilepsias, y enfermedades de los nervios y problemas psicológicos, como la histeria.

En la actualidad, los factores que influyen en extirpar órganos (ectomizar) a las mujeres son múltiples, no siempre relacionados con enfermedades graves. Hace más de 20 años que existe información científica sobre la mayor probabilidad de «ectomías» en mujeres de niveles sociales más desfavorecidos y de mayor edad.

La mayoría de las histerectomías se realizan por razones benignas, y son más frecuentes en centros privados. Es preciso realizar estudios para España, pero un estudio realizado en el Reino Unido, mostró que solo el 7% se realizaron por enfermedades malignas del tracto genital, 33% por desarreglos en la menstruación, 25% por fibroides, 12% por prolapso y 23% fueron inclasificables. La tasa

Sesgos de género en la atención sanitaria

estandarizada por edad de histerectomías es tres veces mayor en EEUU que en el Reino Unido (McPherson, Anderson, 1991). En España las cifras han llegado hasta aproximadamente el 60% de histerectomías por enfermedades benignas (IASIST, 1997). Paradójicamente con lo sucedido en el siglo XIX, donde las histerectomías se realizaron para solucionar problemas psicológicos y patológicos, desde mitad del siglo XX, la histerectomía ha sido realizada con poca consideración a sus secuelas psicológicas.

El argumento de cirugía preventiva se utiliza con frecuencia en ooforectomías, y para el cáncer de mama (la cuestionada mastectomía preventiva). Junto con la histerectomía se extirpan los ovarios, sobre todo en mujeres en las edades de la menopausia. Práctica frecuente (limpieza completa o vaciado) no abandonada por completo, presumiblemente porque se asume que los ovarios tienen poca función hormonal después de la menopausia, y porque se previenen tumores que se puedan desarrollar con el tiempo. La realidad es que falta conocimiento de las implicaciones hormonales de la ooforectomía bilateral a largo plazo.

La «ectomía» puede ser consecuencia del proceso de referencia al especialista. Algunas mujeres pueden acabar intervenidas innecesariamente. Parte de las mujeres son remitidas al especialista para investigaciones más cualificadas de ciertos signos y síntomas, o para mayor tranquilidad de los médicos de cabecera y de las mujeres, y no para cirugía. Pero el especialista, a menos que se indique lo que se pretende con la referencia, sin discutir las verdaderas razones de la consulta, puede inclinarse a pensar que se está solicitando que se haga algo más.

La episiotomía, práctica clínica tan rutinaria que es parte del ritual del parto junto con el afeitado del pubis, se recomienda para casos específicos. Es un indicador de hiper-medicalización de un proceso natural, pues no existe base científica para haberla convertido en norma. En España has sido más realizada (87% de las par-turientas del Hospital General de Alicante) (Martínez y cols., 1998) que en otros países de la Unión Europea donde oscilan entre el 16% y el 30% (Henriksen Tine Brink, y cols., 1994).

Qué se conoce sobre la terapia hormonal sustitutiva

Las controversias sobre los daños y beneficios de la terapia hormonal sustitutiva han mostrado que un uso de largo plazo de los estrógenos combinados con progesterona no solamente se asocia al riesgo de cáncer de ovario y mama, pues también, contrariamente a lo esperado, se asocia a las enfermedades cardiovasculares. La sabiduría convencional sugiere que los graves asuntos relacionados con la THS no son un fenómeno nuevo (figura 2).

Una pregunta está en pie al respecto de la THS: ¿por qué cuatro décadas después (desde mitad de los 60) a millones de mujeres se les prescribe agentes farmacológicos poderosos que tres décadas antes se ha mostrado que son carcinogénicos?

La historia de las hormonas, producción, uso de los estrógenos para la menopausia y su relación con el cáncer data de los años 30 (Krieger y cols., 2005). La producción comercial y venta de las hormonas como fármacos se acompañó de debates sobre los potenciales riesgos de inducción de cáncer (Lacassagne, 1940). Entre los años 40 y 50 se plantean dudas sobre la seguridad de las hormonas para la menopausia. Premarin es sin embargo un éxito comercial pues las mujeres rápidamente comienzan a usar hormonas para la menopausia. En los años 60, los cambios en la esperanza de vida estimulan la terapia hormonal para la menopausia; siendo presentada como una terapia que permite a las mujeres desprenderse del maleficio de la pérdida de estrógenos, y para conservar la feminidad. En los 70, se incrementan las críticas contra las píldoras anticonceptivas y la THS, por la relación de los estrógenos con el cáncer endometrial. El tratamiento progesterona-estrógenos se introdujo en los años 1980. La THS es progresivamente presentada como un fármaco preventivo, para lo cual cambia el mensaje de «joven y sexy para siempre» a «sana para siempre». Se incrementa el número de prescripciones y ventas pese a la persistencia de las voces críticas, lo cual continúa en los años 90.

Sesgos de género en la atención sanitaria

El estudio de la *Women Health Initiative* (WHI), el primero ensayo aleatorio prospectivo a gran escala sobre la terapia hormonal en la menopausia, comenzó en parte como respuesta a las críticas feministas de la THS. En 2002, el ensayo se tuvo que interrumpir después de los hallazgos del exceso de cáncer e incidentes cardiovasculares en las mujeres que tomaban THS. En 2002-2003 se produjo un agudo descenso de las prescripciones de THS en los países de habla inglesa. En España, el cumplimiento de la THS es alto (Pereiró Berenguer y cols., 2001) Pese a que continúa siendo cuestionado por la ciencia, el tratamiento sigue siendo promovido por muchos médicos, apoyándose en argumentos relacionados con la ética de la medicina preventiva de base individual (Benet Rodrigues y cols., 2002; Pérez-López, 2003).

Pese a la evidencia existente, se ha observado que lo que determina el uso de la THS es el hecho de consultar con el/la médico/a, y no solo la presencia de síntomas de menopausia. En un estudio transversal realizado en Granada con el objetivo de identificar factores asociados a la prescripción de esta terapia en mujeres entre 45 y 65 años se detectó que la prescripción de THS se asocia a la menopausia [OR = 2,81; IC 95% (1,08-7,28)]. Pero también ir a la consulta de ginecología [OR = 4,41; IC 95% (1,87-10,36)], y que el médico trabaje en el sector privado [OR = 3,55; IC 95% (0,92-13,65)]. Al controlar por la variable «acudir al médico», entre las mujeres que no acudían no había prescripción. Entre las que acudían al médico, no se detectaron diferencias en la prescripción de THS entre las que referían síntomas y las que no los referían [OR= 0,60; IC95% (0,26-1,38)] (Bermejo, Ruiz Pérez, 2005). A la hora de valorar los factores que están determinando la prescripción de una terapia tan controvertida como la hormonal en la menopausia, es importante considerar y controlar las variables que potencialmente confunden la asociación entre menopausia y THS; no hacerlo es un error sistemático con importantes implicaciones en la población femenina, particularmente en vista de los resultados de los efectos secundarios evidenciados en los últimos ensayos clínicos de la THS.

La THS y la salud es un fenómeno complejo. Los tratamientos farmacológicos están basados en modelos reduccionistas, pero es improbable que los sistemas

biológicos complejos respondan a un simple mecanismo causa y efecto, o a una intervención biomédica concreta.

Lejos de una historia de progreso científico, puede que llegue el momento en que se deba dar cuentas sobre la prescripción de THS. La conducta de una ciencia socialmente responsable debe mirar al contexto social de las mujeres con la menopausia, además de mirar los beneficios y daños de la THS.

Es preciso investigar alternativas a la tendencia biomédica de interpretar las transiciones del cuerpo (*embodied transition*), tal como la menopausia, principalmente desde la perspectiva de la historia de las enfermedades (*narrative diseases*) y formar a las mujeres para que se enfrenten a la manipulación de los expertos y la opiniones de sectores que se benefician de la venta de intervenciones biomédicas, como los fármacos.



Diferencias según sexo en los pronósticos en problemas vasculares

Las investigaciones sobre las diferencias en la evolución y los pronósticos de hombres y mujeres en problemas vasculares es un buen ejemplo de la importancia de realizar análisis estratificados por sexo, y del importante sesgo de género si las variables de estudio relacionadas como la evolución y el pronóstico no se analizan separando lo que ocurre en hombres y mujeres.

Las diferencias detectadas entre hombres y mujeres con daño cerebral observan una mejor recuperación cognitiva de las mujeres post traumatismo cerebral que de los hombres, controlando por factores de confusión, como el que las mujeres tengan mejor respuesta a las pruebas de atención/memoria y lenguaje, y que los hombres tengan mejor recuperación que las mujeres en habilidades de visión analítica (Ratcliff y cols., 2007). Por otra parte, se ha mostrado que las mujeres tienen mayor plasticidad y simetría funcional (Miller y cols., 2005).

En 91 adultos con afasia de ambos sexos se compararon antes-post 3 meses de terapia del lenguaje: no se detectaron diferencias por sexo en la gravedad de los

trastornos del lenguaje. Pero las mujeres mostraron significativamente mayor mejora en tres pruebas de comprensión del lenguaje, lo cual se relacionó con una mayor representación bilateral de las funciones del lenguaje en el cerebro de las mujeres (Pizzamiglio y cols., 1985).

En 2007 se publicó un estudio de la Universidad de Michigan desde el registro de Ictus, partiendo de la base de que poco se conoce de las diferencias por sexo en la recuperación de los ictus. Los pocos estudios disponibles han encontrado que las mujeres que sobreviven tienen menos probabilidad de conseguir la independencia en las actividades de la vida cotidiana y peor calidad de vida que los hombres que sobreviven. Un total de 373 supervivientes procedentes de 9 hospitales se siguieron, detectándose que el 25% de los pacientes requirieron de otras personas para responder al cuestionario de calidad de vida (Índice de Barthel). En los modelos ajustados, las mujeres tuvieron menor probabilidad de realizar las actividades de la vida cotidiana con independencia. Las mujeres alcanzaron menos puntuación en funciones físicas, pensamiento, lenguaje y energía. Las interacciones entre sexo e ictus previos se encontraron para humor y cumplimiento de sus roles, resultando en medias inferiores para mujeres solamente entre las personas sin ictus previos. Comparadas con los hombres, las mujeres que sobrevivieron al ictus tienen menor recuperación funcional y peor calidad de vida 3 meses después. Estas diferencias no se explicaron por la mayor edad de las mujeres en el momento del ictus ni por otros factores demográficos o clínicos (Gargano y cols., 2007).

Las diferentes respuestas de 20 adultos con lesión cerebral con moderada a buena recuperación fueron estudiadas a partir de la escala de resultados de Coma de Glasgow. Es interesante destacar este tipo de investigaciones por lo que puede ayudar a los familiares (a menudo mujeres cuidadoras) de adultos lesionados. 20 controles y 13 miembros de la familia fueron estadísticamente comparados con los 20 adultos lesionados a través de un cuestionario sobre la importancia de los cambios cognitivos, emocionales y físicos. Se evaluaron las percepciones sobre el status psicosocial pre-lesión y del status laboral pre y post-lesión. Los cambios cognitivos fueron valorados como más extremos que los cambios emocionales por

Sesgos de género en la atención sanitaria

los sujetos con la lesión, mientras que los cambios cognitivos, emocionales y físicos no difirieron significativamente en los valores de los familiares. Una comparación entre grupos indicó que los miembros de la familia tendieron a valorar los cambios emocionales como más extremos que lo hicieron los sujetos con la lesión. El grado de cambio físico fue el único cambio que correlacionó en las respuestas de los sujetos con la lesión y los familiares. Las diferencias en las percepciones pueden limitar el progreso de largo plazo en la rehabilitación. Las explicaciones para los resultados incluyen diferencias entre los miembros de la familia y los adultos con lesión cerebral en la conciencia y comprensión de las secuelas cognitivas y emocionales de la lesión (Hendryx, 1989).



Decontextualización y despolitización de los riesgos para la salud de las mujeres

En la medida que los diferentes esquemas explicativos de la generación de enfermedades toman como variable de interés al sexo, pero no al *constructo* social de género y su influencia en la salud, otra de las principales críticas que se hace a los estudios epidemiológicos es la descontextualización y despolitización de los riesgos para la salud de las mujeres.

Un ejemplo es la exclusión de mujeres de los ensayos clínicos bajo el supuesto de no dañar la salud de un posible feto en una mujer que quedara embarazada durante su participación en el ensayo. No obstante, este cuidado por la salud materno-infantil no se tiene en consideración cuando se comercializan los fármacos ya que son comercializados para ambos sexos. El fundamento de que los resultados extraídos de muestras de hombres en términos de eficacia se pueden inferir a las mujeres en base a la plausibilidad biológica, obvia que parte del problema es que existen posibles problemas de interacción entre el fármaco evaluado y la variabilidad hormonal periódica de las mujeres, muy diferentes a la de los hombres, lo cual puede tener como consecuencia di-

ferentes y más efectos secundarios a los que se producen en los hombres (Ruiz Cantero, Pardo, 2006). Retrotrayéndonos al planteamiento del *Empirismo feminista*, se podría afirmar que el problema es la mala ciencia. No obstante desde una perspectiva política, esta mala ciencia, corregible mediante la aplicación de las normas metodológicas en investigación científica, deviene de su androcentrismo y sexismo. De hecho, a las empresas farmacéuticas no le duelen prendas en cuanto a la medicalización de los procesos vitales y aprovechan cualquier evento para incrementar el volumen de sus ventas, como son los eventos reproductivos normales (la menstruación y la menopausia), mediante la creación de nuevas categorías de enfermedad, tal como el síndrome premenstrual.

La realidad compleja de la salud de las mujeres solo puede ser explicada dentro de un amplio contexto social; para lo cual, la epidemiología tradicional debe reflexionar y debatir sus modelos, teorías, métodos, niveles de análisis, principios, ética, y futuros fines en la salud pública (Inhorn, Whittle, 2001). Para ello, es preciso aplicar las teorías explicativas de las desigualdades de género en salud que interrelacionan la categoría de género con la de clase, y las múltiples e interconectadas formas de opresión que acompañan estas categorías para producir problemas de salud a lo largo de la vida de las mujeres.

Mientras tanto, al menos hay que seguir insistiendo en que la información debe desagregarse por sexo, como primer paso necesario para comenzar a detectar diferencias en aquello que se ha preguntado, aunque no es suficiente. Las cinco premisas básicas que se deberían tener en cuenta para aportar sensibilidad de género son:

- Información recogida por sexo.
- Las variables y características deben ser analizadas y presentadas con el sexo como clasificación principal y general.
- Ser posible la comparación de los datos entre hombres y mujeres.
- Ser posible la comparación de los datos entre grupos específicos de mujeres.
- Reflejar temas de género.



Bibliografía

- Amorín María José. Interrupción voluntaria del embarazo: Diferencias entre Comunidades Autónomas. Gac Sanit 2002; 16(Supl 1): 88.
- Amorós Celia. Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado posmodernidad. Madrid: Cátedra, 1997.
- Auchincloss C, Haagensen DC. Cancer of the breast possibly induced by estrogenic substances. JAMA 1940; 114:1517-23.
- Ayanian John Z, Epstein Arnold M. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. N Engl J Med 1991; 325: 221-5.
- Benet Rodríguez M, Carvajal García-Pando A, García del Pozo J, Álvarez Requejo A, Vega Alonso T. Tratamiento hormonal sustitutivo en España. Un estudio de utilización. Med Clin (Barc) 2002; 119: 4-8.
- Bermejo María José, Ruiz Pérez Isabel. Physicians and the prescription of hormone replacement therapy in Spain. Health Policy 2005; 73:58-65.
- Borkhoff Cornelia M, Hawker GA, Kreder HJ, Glazier RH, Mahomed NN, Wright JG. The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. CMAJ 2008; 178: 681-7.

- Braidotti Rossi. The Uses and Abuses of the Sex/ Gender Distinction in European Feminist Practices, en Griffin G. and Braidotti R. (ed.) Thinking Differently. A reader in European Women's Studies. London: Zed Book, 2002.
- Friedan Betty. La mística de la feminidad. Madrid: Jucar, 1974.
- Cascales Pérez Susana, Ruiz Cantero María Teresa, Pardo Angeles. Ensayos clínicos con Rofecoxib: análisis desde una perspectiva de género. Med Clin 2003; 120: 207-12.
- Cindy H. Lee et al. Reasons Why Physicians Choose Not to Refer Their Patients. Arch Intern Med. 2008; 168: 291-296.
- Chapman Kenneth R. Chronic obstructive pulmonary disease: are women more susceptible than men? Clin Chest Med 2004; 25: 331-41.
- Chilet-Rosell Elisa, Ruiz Cantero María Teresa, Horga José. Women's health and gender-based clinical trials on etoricoxib: Methodological gender bias. J Publ Health 2009; 0: fdp024v1-fdp024.
- Chilet-Rosell Elisa, Ruiz Cantero María Teresa. Mujeres y ensayos clínicos. Alicante: Centro de Estudios de la Mujer. Universidad de Alicante; 2009.
- Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales, (1998): 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres. [Consultado 11/7/2009]. Disponible en: http://www.europarl.eu.int/transl_es/plataforma/pagina/celter/glosario_genero.htm#G.
- Cydulka Rita K, Rowe BH, Clark S, Emerman CL, Rimm AR, Camargo CA Jr. Gender differences in emergency department patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. Acad Emerg Med 2005; 12: 1173-9.
- Edwards Nicholas M, Umland M, Ahrens D, Remington P. The silent epidemic among Wisconsin women: chronic obstructive pulmonary disease trends, 1980-2000: WMJ 2005;104: 50-4.
- Finkler Kaja. Women in pain: Gender and morbidity in Mexico. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1994.
- Fleish Jeanette, Fleish M, Thürmann P. Women in early phase clinical drug trials. Have things changed over the past 20 years? Clin Pharmacol Ther 2005; 78: 445-52.

Sesgos de género en la atención sanitaria

- Food and Drug Administration. General considerations for the clinical evaluation of drugs. Publication No. Hew (FDA) 77-3040, 1977.
- Freedman Lynn, Maine Deborah. Women's mortality: A legacy of neglect. In M Koblinsky, J Timyan, J. Gay (Eds.). The health of women: A global perspective. Boulder: Westview Press; 1993.
- Gargano Julia Warner, Reeves MJ; Paul Coverdell National Acute Stroke Registry Michigan Prototype Investigators. Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry. Stroke 2007; 38: 2541-8.
- Geller SE, Goldstein AM, Carnes M. Adherence to Federal Guidelines for reporting of Sex and Race/Ethnicity in Clinical Trials. J Women's Health 2005; 15: 1123-31.
- González Juan Ramón. Sex differences in hosp. readmission among colorectal cancer patients. JECH 2005; 59: 506-11.
- Hamilton Jean. Women and health policy: On the inclusion of females in clinical trials. In C. Sargent, C. Brettell (Eds.). Gender and health: An international perspective. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1996.
- Harding Sandra. Ciencia y feminismo. Madrid: Ed. Morata, 1996.
- Harris David J, Douglas PS. Enrolment of women in cardiovascular clinical trials funded by the national heart, lung and blood institute. N Engl J Med 2000; 343: 475-80.
- Hendryx PM. Psychosocial changes perceived by closed-head-injured adults and their families. Arch Phys Med Rehabil. 1989; 70: 526-30.
- Henriksen Tine Brink, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Methods and consequences of changes in used of episiotomy. BMJ 1994; 309: 1255-8.
- IASIST. Hospitalización de agudos, 1996. Grupos relacionados con el diagnóstico. Barcelona: IASIST, 1997.
- Inhorn Marcia C, Whittle K Lisa. Feminism meets the "new" epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. Soc Sci Med 2001; 53: 553-67.
- Krieger Nancy, Rowley D, Herman AA, Avery B, Phillips MT. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease and well being. Am J Preventive Medicine 1993; 6 (Suppl 9): 82-122.

- Krieger Nancy, Ilana Löwy I, Aronowitz R, Bigby J, Dickersin K, Garner E, Gaudillière JP, Hinestrosa C, Hubbard R, Jonson PA, Missmer SA, Norsigian J, Pearson C, Rosenberg ChE, Rosenberg L, Rosenkrantz BG, Reaman B, Sonnenschein C, Soto AM, Thornton J, Weisz G. Hormone replacement therapy, cancer, controversies, and women's health: historical, epidemiological, biological, clinical, and advocacy perspectives. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 740-748.
- Krieger Nancy, Zierler S. Accounting for the health of women. *Current Issues Public Health* 1995; 1: 251-256.
- Krieger Nancy. Gender, Sex and Health. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 652-7.
- Lacassagne A. Relationships of hormones and mammary adenocarcinoma in the mouse. *Am J Cancer* 1939; 37:414-24. 27.
- Laguna Goya Noa, Rodríguez-Trelles Fernando de Andrés. Participación de las mujeres en los ensayos clínicos según los informes de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios. 2007. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 343-50.
- Lenhart Suzanne. Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc* 1993; 48: 155-9.
- Malterud Kirsti. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000; 32: 603-10.
- Martínez Encarnación, Rey MJ, Bouzán ML. La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante. Descripción y evaluación crítica de su utilización. *Enferm Clin* 1998; 8: 5-7.
- McPherson Ann, Anderson Anne. The «ectomies». En: McPherson Ann, editor. *Women's problems in general practice*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1991.
- Miller John W et al. Gender differences in handedness and speech lateralization related to early neurologic insults. *Neurology* 2005; 65: 1974-5.
- Miravittles Marc, C. de la Roza, K Naberan, M Lamban, E Gobartt, A Martín, and Kenneth R Chapman. Attitudes Toward the Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Primary Care. *Arch Bronconeumol* 2006; 42: 3-8.
- Mosquera Carmen. La medicalización de la salud reproductiva de las mujeres: suficientemente contrastados los beneficios y los riesgos? *Gac Sanit* 2002; 16 (Supl 1): 66.

Sesgos de género en la atención sanitaria

- Nante Nicola, Messina G, Cecchini M, Bertetto O, Moirano F, McKee M. Sex differences in use of interventional cardiology persist after risk adjustment. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 203–208.
- National Institute of Health. NIH Guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research. *Fed Reg* 59FR14508, 1994.
- Palacios Santiago, Calaf J, Cano A, Parrilla JJ. Relevancia de los resultados del estudio WHI para la atención de las mujeres posmenopáusicas en España. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 146-7.
- Pereiró Berenguer Inmaculada, Sanfélix Genovés J, García Cervera J, Furió Bonet S, Vicente Polo JM, Martínez Mir I. Cumplimiento del tratamiento hormonal sustitutivo en mujeres menopáusicas. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 207-10.
- Pérez-López Faustino R. Tratamiento hormonal de la menopausia: controversias, precisiones y perspectivas. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:148-55.
- Pizzamiglio Luigi et al. Evidence for sex differences in brain organization in recovery in aphasia. *Brain Lang* 1985; 25: 213-23.
- Ramasubbu Kumudha, Gurm H, Litaker D. Gender Bias in Clinical Trials: Do Double Standards Still Apply? *J Women's Health Gend Based Med* 2001; 10: 757- 64.
- Ratcliff Jonathan J et al Gender and traumatic brain injury: do the sexes fare differently? *Brain Inj* 2007; 21: 1023-30.
- Rochon Paula A, Clark JP, Binns MA, Pateli V, Gurwitz J. Reporting of gender-related information in clinical trials of drug therapy for myocardial infarction. *CMAJ* 1998; 159: 321-7.
- Rossouw Jacques E, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. 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. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
- Ruiz María Teresa, Verbrugge Lois M. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidem Commun Health* 1997; 51: 106-9.
- Ruiz María Teresa. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad. En: C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, MJ. Barral, T. Fernández, T. Yago. Perspectivas de género y salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Ed. Minerva, 2001.

- Ruiz-Cantero María Teresa, Vives-Cases Carmen, Artazcoz Lucia. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61 (suppl 2): ii46-ii53.
- Ruiz-Cantero María Teresa, Ronda Elena, Alvarez-Dardet Carlos. The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61 (Suppl 2): ii11-16.
- Ruiz María Teresa, Verdú María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. La salud Pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18:118-25.
- Ruiz Cantero María Teresa, Pardo Ángeles. European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected. *J Epidemiol Comm Health* 2006; 60: 911-3.
- Stein Jane. Empowerment and women's health: Theory, methods, and practice. London: Zed Books; 1997.
- Stramba-Badiale Marco, Fox KM, Priori DG, Collins P, Daly C, Graham I, Jonsson B, Schenck-Gustafsson K, Tendera M. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006; 27:994-1005.
- Silverman Edwin K, Weiss ST, Drazen JM, y cols. Gender-Related Differences in Severe, Early-Onset Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162: 2152-8. (www.atsjournals.org)
- Varkey Anita B. Chronic obstructive pulmonary disease in women: exploring gender differences. *Curr Opin Pulm Med.* 2004; 10: 98-103.
- Vidaver Regina M, LaFleur B, Tong C, Bradshaw R, Marts S. Women Subjects in NHI- Funded Clinical Research Literature: Lack of Progress in Both Representation and Analysis by sex. *J Women's Health Gend Based Med* 2000; 9: 495- 504.
- Watson Louise, Vestbo J, Postma DS, Decramer M, Rennard S, Kiri VA, Vermeire PA, Soriano JB. Gender differences in the management and experience of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respir Med* 2004; 98:1207-13.



NUEVASALUDPÚBLICA | 4

Sesgos de género en la atención sanitaria

La **Serie Nueva Salud Pública** es editada por la EASP con el objetivo de ofrecer ideas, reflexiones, análisis y métodos en el campo de la salud pública. Cada Monografía es una revisión sobre algún tema relevante y la autoría corre a cargo de una autoridad reconocida en la materia. La financiación es aportada por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En el volumen 4 se hace una revisión de las epistemologías feministas y un análisis de los sesgos que se producen en la atención a las mujeres dentro del sistema sanitario.

Nueva Salud Pública está dirigida a los y las profesionales del Sistema Sanitario Público y aspira a ser un referente en la formación y especialización dentro del mundo sanitario.