

IGUALDAD en la INNOVACIÓN, INNOVACIÓN para la IGUALDAD

Innovación en la investigación médica desde la perspectiva de género: Reto epistemológico para contrarrestar el androcentrismo en Medicina y las desigualdades de género en salud

María Teresa Ruiz Cantero.
Departamento de Salud Pública de la Universidad de Alicante y
miembro de la Red de Investigación en Salud y Género.

Resumen

Los estudios de sesgo de género y el paradigma de la medicina basada en la evidencia comparten la hipótesis de que existen imprecisiones empíricas en la práctica médica. No obstante, históricamente ha faltado información sobre la variabilidad de la misma en función del sexo, pudiendo ser el androcentrismo una de sus causas.

Muchos estudios biomédicos han utilizado a los hombres como prototipos poblacionales e inferido los resultados a las mujeres, como los ensayos clínicos. Esta tendencia ha partido de la asunción errónea de igualdad entre ambos sexos.

Esta ponencia tiene como objetivo presentar como la evidencia científica está contribuyendo a mejorar la práctica de la medicina y como consecuencia a reducir las desigualdades de género en salud.

El conocimiento de los Sesgos de género y su influencia en la práctica de la Medicina

Desde comienzos de los años 90, a partir de la evidencia de sesgos de género en la atención sanitaria en 60.000 infartos agudos de miocardio (IAM) en los Hospitales de Harvard y New Haven, las investigaciones sobre sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y/o terapéutico han aumentado en todo el mundo. Casi 20 años después, hay llamadas de atención dentro de la práctica clínica en enfermedades cardíacas (EC) sobre las diferencias por sexo en su presentación clínica y en los resultados de las pruebas diagnósticas funcionales; al tenerse conocimiento de la menor validez de estas en las mujeres sintomáticas y asintomáticas independientemente de la edad.

Sus consecuencias son importantes, como se ha observado en la evitable mayor tasa de letalidad hospitalaria en mujeres que en hombres por IAM. El estudio IBERICA (8.200 IAM) en España, también concluye que las mujeres tienen menor frecuencia de síntomas considerados como típicos, pero mayor gravedad al ingreso, y por ende una letalidad ajustada por edad mayor.

El dolor torácico o la angina típica, manifestaciones iniciales de EC mas frecuentes en los hombres (80%), a menudo son mas predictivos de IAM y muerte súbita cardiaca en estos que en las mujeres, en las que la prevalencia de dolor torácico es del 50%. Los síntomas en las mujeres con frecuencia no corresponden a la descripción clásica descrita para los hombres, pues presentan fatiga, disnea, malestar epigástrico, y dolor de espalda, mandíbula, o cuello. Esta presentación de síntomas "atípicos" puede ser mal interpretada por las pacientes y los profesionales, deviniendo en un retraso en el diagnóstico y la intervención, un infra-diagnóstico, y unos resultados menos favorables.

Los estereotipos de género que influyen en las decisiones diagnósticas se relacionan con argumentos acerca de la mayor prevalencia y gravedad de ciertas enfermedades en un sexo respecto a otro. Esta lógica es incuestionable. Pero, los nuevos conocimientos muestran que tales diferencias en las prevalencias en ocasiones son erróneas, como también en la valoración de la gravedad.

Considerar que el curso clínico de las enfermedades, sus manifestaciones (signos/síntomas), los resultados de las pruebas, y los pronósticos pueden ser diferentes en hombres y mujeres es básico en términos de calidad, equidad y eficiencia asistencial.

The Journal American Medical Women Association definió a los **sesgos de género** en la práctica clínica en los 90, como las diferencias en el tratamiento de mujeres y hombres con un mismo diagnóstico, que puedan resultar positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos. Su consecuencia principal es la discriminación en un sexo respecto a otro en los servicios sanitarios. Los sesgos de género asistenciales se pueden prevenir evitando asumir erróneamente que los hombres y las mujeres se comportan de igual forma respecto a la fisiología, patología (presentación de signos y síntomas), pronóstico y respuestas a los tratamientos, pues no es siempre así.

Conforme los estudios han acometido el objetivo de evidenciar los sesgos de género en la práctica clínica han venido mostrando su existencia además de en el IAM y EC, en el manejo de la hipertensión y los aneurismas aórticos, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como en la obesidad, dislipemias, diabetes, infecciones y cáncer. Razones de carácter epistemológico en consecuencia están en la raíz del sesgo de género en la asistencia sanitaria.

Veámos lo sucedido con las EPOC, en las que a partir de 2000, con la utilización más sistemática del espirómetro en atención primaria, se ha evidenciado que las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres de padecerlas. Pero, el diagnóstico ha sido y continúa siendo mas frecuentemente emitido en hombres, sobre la base de la mayor conducta de fumar de estos. Esta desigual sospecha diagnóstica aumenta de forma artificial la prevalencia de EPOC en hombres y la disminuye en mujeres, perpetuando la creencia errónea de diferencias en la prevalencia de EPOC entre ambos sexos.

Otro caso caso es el de la úlcera péptica. En 1984, Marshall y Warren

publicaron en Lancet el trabajo original sobre el agente causal de las úlceras pépticas: el *Helicobacter pylori*. Previo a esta fecha los libros de textos clásicos de medicina presentaban una mayor prevalencia de estas úlceras en hombres, dato sustituido en ediciones posteriores por una prevalencia igual en ambos sexos (Ediciones del Farreras 1978 y 2004). Este cambio probablemente no sea tanto debido a la realización de estudios de prevalencia poblacional de las úlceras pépticas, como a que reconociéndose a un germen como agente causal la prevalencia debe ser semejante en ambos sexos.

Volviendo a las enfermedades cardiovasculares como modelo respecto a los sesgos de género en la asistencia sanitaria, la mayor conciencia sobre la incidencia y el riesgo de enfermedad coronaria e IAM ha propiciado que los médicos se esfuercen por identificar estos problemas en las mujeres lo antes posible.

Una valoración diagnóstica precisa es el primer paso para mejorar los resultados de las mujeres en situación de riesgo. Sin embargo, un estudio canadiense recientemente publicado identificó al sexo como una de las causas de no derivación a cateterización cardiaca. La razón principal es que los cardiólogos y no cardiólogos que categorizaron a los pacientes según nivel de riesgo percibieron a más mujeres en la categoría de bajo riesgo, cuando realmente según el test de niveles de riesgo más mujeres se encontraban en las categorías de riesgos intermedios y alto riesgo.

Sea como sea la presentación inicial de síntomas y/o signos que provocan la demanda asistencial, la importancia de la sospecha diagnóstica en un estadio temprano es básica, para tratar la enfermedad lo antes posible y en consecuencia evitar resultados más graves en el curso de la misma. Este es el caso también de las Espondiloartropatías (EA), pues varias de sus presentaciones eran consideradas enfermedades diferentes con una prevalencia mayor en población masculina. Entre ellas, la Espondilitis anquilosante, que afecta al esqueleto axial ha sido históricamente considerada

una enfermedad de hombres; así como la enfermedad de Reiter. No obstante, desde su descripción, la Artritis reactiva que sigue a una gastroenteritis por determinados gérmenes o uretritis por clamidias se consideró de igual prevalencia en ambos sexos. En la década de los 80, se comenzó a evidenciar la subestimación de la incidencia de las EA en mujeres. Los datos mostraban diferencias en las características clínicas, radiográficas y funcionalidad en las mujeres respecto a los hombres. Y además, la falta de reconocimiento de las EA en estas al no presentarse con la sintomatología "típica" parece que influye en su retraso diagnóstico. Hechos importantes en la medida que existen terapias eficaces para su control. La gravedad de la EA en mujeres es reconocida en la actualidad así como la importante limitación funcional que producen en las mismas. Además, las diferencias detectadas en la historia natural de la enfermedad entre ambos sexos ha intensificado el dilema. En consecuencia, se detecta la relevancia de investigar en los posibles factores de retraso diagnóstico y terapéutico de las Espondiloartropatías en mujeres relacionados con las diferencias en la presentación y el curso clínico de estas enfermedades en las mujeres respecto a la presentación y curso clínico en los hombres.

Sesgos de género en investigación epidemiológica

Los sesgos de género de los diseños y análisis de las investigaciones se suelen producir por una falta sistemática de sensibilidad de género o androcentrismo.

El sesgo de género en investigación puede ser definido como una perspectiva sistemáticamente errónea desde el punto de vista de género derivada de la construcción social que en ocasiones iguala incorrectamente a mujeres y hombres cuando de hecho no son iguales, o por un tratamiento como diferentes cuando no lo son.

Muchos sesgos de género susceptible de corrección pueden ser detectados en el contexto del descubrimiento (desarrollo de la hipótesis), pero también en el

contexto de la justificación (proceso metodológico). Uno de los principales efectos de los sesgos de género es un conocimiento parcial o incorrecto de los resultados, los cuales son sistemáticamente diferentes de los valores reales.

Esta ponencia discute algunas formas de sesgos conceptuales y metodológicos que pueden afectar a la salud de las mujeres desde un marco de trabajo útil para analizar los sesgos de género en los diseños y los análisis de las investigaciones realizadas sobre problemas de salud de hombres y mujeres, y/o de problemas de salud específicos de las mujeres. Para ello, se usan ejemplos, en donde se muestran las diferentes perspectivas teóricas dentro de contextos de investigación social y clínico, en los que por la insensibilidad de género se producen sesgos de selección, medición y confusiones. En concreto, se reexaminan y reinterpretan desde la perspectiva de género los resultados de ciertas investigaciones, con el fin de producir nuevo conocimiento, probablemente más válido para la disminución de las desigualdades de género en salud, y para el incremento del bienestar de las mujeres.

BIBLIOGRAFIA

Anand SS., Islam S, Rosengren A. et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the Interheart study. *Eur Heart J* 2008; 29: 932–40.

Ayemian JZ, Epstein AH. Differences in the use of procedures between women and men hospitalised for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991; **325**: 221-5.

Bodí V, Fácila L, Sanchís J. et al. Gender Differences in Patients with Suspected Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. Implications for Invasive Management. *Rev Esp de Cardiol* 2003; **56**: 412-6.

Braunstein EM, Martel W, Modiel R. Ankylosing spondilitis in men and women: a clinical and radiographic comparison. *Radiology* 1982; **144**: 91-4.

Caracta CF. Gender Differences in Pulmonary Disease. [Mt Sinai J Med](#) 2003; **70**:4.

Chapman KR . Chronic obstructive pulmonary disease: are women more susceptible than men?. *Clin Chest Med* 2004;**25**: 331-41.

Clotet J, Gómez-Arbonés X, Ciria C, and Albalad J.M. Spirometry is a Good Method for Detecting and Monitoring Chronic Obstructive Pulmonary Disease in High-Risk Smokers in Primary Health Care. *Arch Bronconeumol* 2004; **40**: 155-9.

Cydulka RK, Rowe BH, Clark S, et al. Gender differences in emergency department patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Acad Emerg Med* 2005; **12**: 1173-9.

Edwards NM, Umland M, Ahrens D, Remington P. The silent epidemic among Winsconsin women: chronic obstructive pulmonary disease trends, 1980-2000. *WMJ* 2005; **104**: 50-4.

Goodman CE, Lange RK, Waxman J, Weiss TE. Ankylosing spondilitis in women. [Arch Phys Med Rehabil](#) 1980; **61**: 167-70.

Gran JT, Husby G, Hordvik M. Prevalence of ankylosing spondylitis in males and females in a young middle-aged population of Tromsø, northern Norway. *Ann Rheum Dis* 1985; **44**: 359-67.

Jiménez- Balderas FJ, Mintz G. Ankylosing spondylitis: clinical course in women and men. *J Reumatol* 1993; **20**: 2069-72.

Kosuge M, Kimura K., Ishikawa T. et al. Differences Between Men and Women in Terms of Clinical Features of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction. [Circ J](#). 2006; **70**: 222-6.

Lee CH, Tan M, Yan AT. et al. Use of Cardiac Catheterization for Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes According to Initial Risk. *Arch Intern Med* 2008; **168**: 291-6.

Lee W, Reveille JD, Davis JC, et al. Are there gender differences in severity of ankylosing spondylitis? Results from the PSOAS cohort. *Ann Rheum Dis* 2007; **66**: 633-8.

Lindberg A, Jonsson AC, Ronmark E. et al. Ten-Year Cumulative Incidence of COPD and Risk Factors for Incident disease in a Symptomatic Cohort. *Chest* 2005; **127**: 1544-52.

Marks SH, Barnett M, Calin A. Ankylosing spondylitis in women and men: a case-control study. *J Rheumatol* 1983; **10**: 624-8.

Phillips SP. Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. [Int J Equity Health](#) 2005; **4**: 11.

Phillips SP. Measuring the health effects of gender. *J Epidemiol Comm Health* 2008; **62**: 368–71.

Pride NB, Soriano JB. Chronic obstructive pulmonary disease in the United Kingdom: trends in mortality, morbidity, and smoking. *Curr Opin Pulm Med*. 2002; **8**: 95-101.

Ruiz MT, Verbrugge L. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol and Comm Health* 1997;**51**:106–9.

Ruiz MT, Verdú Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; **18**: 118-25.

Ruiz MT, Ronda E. and Álvarez-Dardet C.. The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care. *J Epidemiol and Comm Health* 2007; **61**: 11-6.

Segura A, Zurriaga O, Rohlf L, et al. Diferencias por género en las características, manejo y letalidad-complicaciones en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM): Estudio IBERICA. *Gac Sanit* 2002; **16**(Suppl I):90.

Silverman EK, Weiss ST, Drazen JM. et al. Gender-Related Differences in Severe, Early-Onset Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; **2**: 2152–8.

Stratelis G, Jakobsson P, Molstad S and Zetterstrom O. Early detection of COPD Early detection of COPD in primary care:screening by invitation of smokers aged 40 to 55 years. [Br J Gen Pract](#) 2004; **54**: 201-6.

Tsui HW, Inman RD, Paterson AD, et al. ANKH variants associated with ankylosing spondylitis: gender differences. *Arthritis Res Ther* 2005; **7**: 513-25.

Varkey AB. Chronic obstructive pulmonary disease in women: exploring gender differences. *Curr Opin Pulm Med* 2004; **10**: 98-103.

Watson L, Vestbo J, Postma DS, et al. Gender differences in the management and experience of chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respir Med* 2004; **98**: 1207-13.