



LA HUELLA DEL SESGO DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EVIDENCIA, CONSECUENCIAS Y PROPUESTAS

**THE IMPACT OF GENDER BIAS IN CLINICAL PRACTICE: EVIDENCE,
CONSEQUENCES AND PROPOSALS**

Trabajo Fin de Grado. Grado de Enfermería 2021-2025.

Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria.
Curso académico 2024- 2025.

AUTORA: MARÍA RONCAL DE BLAS

DIRECTORA: BEATRIZ CORONA GÓMEZ.

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, pareja y mis amigas de carrera.

A mi tutora, Beatriz.

*Después de mucho esfuerzo, no me arrepiento de haber
escogido la profesión más bonita del mundo.*

Deseo poder ayudar a las personas que más lo necesiten.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
Objetivos.....	5
Descripción de los capítulos	5
Estrategia de búsqueda	5
CAPÍTULO 1: FUNDAMENTOS TEÓRICOS	7
1.1 Conceptos sexo y género.	7
1.2 Género y salud.	7
1.3. Sesgo de género en salud.....	8
1.4. Análisis de la salud desde una perspectiva de género.	8
1.5. Desigualdades de género en salud	10
CAPÍTULO 2: EVIDENCIAS DE SÉSGOS DE GÉNERO	11
2.1. Sesgo de género en mujeres	11
2.1.1 Enfermedades cardiovasculares.	11
2.1.2 Salud mental	12
2.1.3. Abordaje terapéutico del dolor.	13
2.1.4. Enfermedades Inmunes y Reumatológicas.....	14
2.2 Sesgo de género en hombres	15
2.2.1 Osteoporosis.....	15
2.2.2Depresión postparto	15
CAPÍTULO 3. INTERVENCIONES PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA.	16
CONCLUSIONES:	18
BIBLIOGRAFÍA	19

RESUMEN

Los resultados en salud no están determinados únicamente por factores biológicos, sino que también se ven significativamente influenciados por constructos socioculturales, en particular el género. Con el tiempo, la evolución de los roles, comportamientos y expectativas asociados con hombres y mujeres ha impactado profundamente la experiencia de las enfermedades, la accesibilidad a la atención médica y la administración de tratamientos. Estas influencias relacionadas con el género con frecuencia resultan en desigualdades, perjudicando desproporcionadamente a las mujeres. Este estudio investiga la existencia de sesgos de género en entornos clínicos. Mediante una revisión sistemática de la literatura, analiza diversos campos y afecciones médicas donde estos sesgos son evidentes tanto en metodologías diagnósticas como terapéuticas. Además, reconoce que, en ciertos contextos, los hombres también pueden verse afectados por supuestos basados en el género. El objetivo de esta investigación es reflexionar sobre las disparidades con el fin de promover prácticas más inclusivas, equitativas y basadas en la evidencia.

PALABRAS CLAVE Sesgo de género, práctica clínica, desigualdad en la atención médica, disparidades diagnósticas, género y salud.

ABSTRACT

Health outcomes are not determined solely by biological factors but are also significantly influenced by sociocultural constructs, particularly gender. Over time, the evolution of roles, behaviors, and expectations associated with men and women has profoundly impacted the experience of illness, accessibility to healthcare, and treatment delivery. These gender-related influences frequently result in disparities, disproportionately harming women. This study investigates the existence of gender bias in clinical settings. Through a systematic literature review, it analyzes various medical fields and conditions where these biases are evident in both diagnostic and therapeutic methodologies. Furthermore, it recognizes that, in certain contexts, men may also be affected by gender-based assumptions. The objective of this research is to promote greater critical reflection among healthcare professionals on gender disparities in clinical care, in order to promote more inclusive, equitable, and evidence-based practices.

KEY WORDS: Gender bias, clinical practice, healthcare inequality, diagnostic disparities, gender and health

INTRODUCCIÓN

La OMS define sexo, como *“las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres* (1). El género, sin embargo, hace referencia a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres. Los determinantes de la salud vinculados al género incluyen normas, expectativas y roles sociales que influyen en la exposición a riesgos para la salud y en la vulnerabilidad frente a ellos. Asimismo, afectan el acceso a mecanismos de protección, los hábitos relacionados con la promoción de la salud, la búsqueda de atención médica y las respuestas que ofrece el sistema sanitario según el género de cada persona (1).

Más allá de las diferencias biológicas, existen variaciones en la manera en que hombres y mujeres enferman y afrontan la enfermedad, debido a sus distintos roles y comportamientos dentro de la sociedad (1).

La relación con su estado de salud, al igual que en las mujeres han destacado actitudes preventivas. Dichos patrones quedan reflejados, en las enfermedades tumorales. Un ejemplo es el cáncer de pulmón, históricamente más frecuente en hombres debido a su mayor consumo de tabaco. No obstante, este panorama está cambiando con la evolución de los estilos de vida. Aun así, según la *Encuesta Nacional de Salud de 2017 (ENSE 2017)*, el porcentaje de hombres fumadores en España (25,6%) seguía siendo superior al de mujeres (18,8%) (2).

De manera similar, también existen diferencias en los hábitos alimentarios. Las mujeres tienden a llevar una dieta más saludable, como lo refleja el consumo diario de frutas y verduras. Según los datos, el 68,9% de las mujeres mayores de un año consume fruta a diario, mientras que el porcentaje de los hombres corresponde a un 59,4%. En el caso de las verduras, el porcentaje es del 46,2% en mujeres y del 34,5% en hombres. En esta misma línea, las mujeres también hacen un uso más frecuente de los servicios preventivos, en comparación con los hombres (2).

En el caso de sufrir accidentes, también se identifican diferentes modelos de presentación en función del género. Los hombres presentan una mayor prevalencia, pero al analizar el tipo de accidente, se observan diferencias. En los varones, predominan los accidentes ocurridos fuera del hogar y en edades jóvenes, generalmente durante la etapa laboral. En contraste, en las mujeres, los accidentes son más frecuentes en la vejez y dentro del entorno doméstico, lo que refleja los distintos roles sociales asociados a cada género (2).

A lo largo de la historia, estos patrones de comportamiento han influido en la esperanza de vida. Los hombres, tienden a fallecer como consecuencia de sus conductas de riesgo, lo que resulta en una mayor esperanza de vida para las mujeres. No obstante, aunque ellas viven más años, suelen tener una peor percepción de su salud, ya que acumulan más problemas crónicos a lo largo del tiempo (2).

Los datos obtenidos en 2017 muestran que los hombres disfrutan de un 85,9% de su vida en condiciones de salud óptimas, frente a las mujeres que viven el 81,5% de sus años en esas mismas condiciones. Otra manera de interpretar estos datos nos lleva a la conclusión en las mujeres la esperanza de vida sin discapacidad es inferior, ya que la prevalencia de discapacidad es superior en ellas. En concreto, cerca del 60% de los discapacitados en España son mujeres y la tasa de discapacidad por cada mil habitantes es significativamente superior en ellas (106,3 frente a 72,6 en los hombres). No obstante, el porcentaje de varones con algún tipo de discapacidad que reciben cuidados domésticos es mayor que el de las mujeres (2).

La Encuesta Nacional de Salud también revela diferencias en los patrones de conductas de ambos sexos sobre el uso de los servicios sanitarios. En cuanto a la atención primaria, las mujeres realizan visitas más continuadas a su médico de familia. Esto puede deberse a factores como su rol biológico relacionado con la reproducción, su mayor esperanza de vida y morbilidad, así como su papel social como cuidadoras, ya que suelen acudir tanto para consultar problemas de salud propios como ajenos (2).

Se observa que esta tendencia cambia en los servicios hospitalarios especializados, donde se deriva e ingresa a los hombres en números más altos. Según datos de 2017, se registró un mayor número de mujeres ingresadas en los hospitales durante los doce meses previos. No obstante, excluyendo el parto como motivo de ingreso, el número de hombres hospitalizados fue más elevado en relación con las demás causas de ingreso. Este dato no parece coincidir con el mayor envejecimiento de las mujeres ni con el mayor número de enfermedades crónicas que padecen, lo que podría sugerir la existencia de un sesgo en la derivación a los servicios hospitalarios por parte de los profesionales de la salud, favoreciendo a los hombres (2).

A través de los datos aportados, se ha destacado cómo el género y sus conductas diferenciales afectan al estado de salud de los individuos y el uso del sistema sanitario.

Por otro lado, a lo largo de la historia, la medicina ha tomado al cuerpo masculino como referencia universal de la salud y la enfermedad, dejando en un segundo plano las particularidades biológicas y clínicas de las mujeres. Esta situación se ha mantenido desde los inicios de los ensayos clínicos experimentales, en los cuales los sujetos seleccionados eran, en su mayoría, hombres blancos de mediana edad. Los resultados obtenidos en este grupo se extrapolaban posteriormente al resto de la población (3,4).

La *Food and Drug Administration (FDA)*, publicó una directriz en el año 1977 que prohibía incluir a mujeres en edad fértil en investigaciones clínicas, con el fin de proteger al feto de posibles alteraciones provocadas por los fármacos en ensayo. Sin embargo, a largo plazo, esta restricción perjudicó a las mujeres, ya que impidió conocer con precisión los efectos de dichos medicamentos en su organismo. Esta medida fue objeto de numerosas críticas hasta que, en 1993, la FDA decidió revocar la prohibición. Del mismo modo, en 1994, el *National Institutes of Health (NIH)* de Estados Unidos estableció la obligación de incluir mujeres en los ensayos clínicos y de desglosar los datos obtenidos según el sexo, con el fin de mejorar la precisión y equidad en la investigación médica. A pesar de estos avances, muchas recomendaciones sobre fármacos y tratamientos continúan basándose en estudios cuyos participantes son, en su mayoría, hombres (3,4).

En 2005, se informó que ocho de cada diez fármacos retirados del mercado en Estados Unidos lo fueron debido a los efectos adversos que provocaban en las mujeres (5).

La historia de la medicina, al igual que otras disciplinas científicas, no ha estado exenta de sesgos patriarcales. Las ciencias de la salud han sido estudiadas y analizadas desde una perspectiva sesgada por el género, promoviendo un modelo médico que no considera las diferencias entre hombres y mujeres en la manifestación de las enfermedades (6).

Cada vez hay más evidencia científica que demuestra las diferencias en la forma de enfermar, la evolución de las enfermedades y la respuesta a los tratamientos entre hombres y mujeres. Sin embargo, las mujeres continúan siendo invisibles en la asistencia sanitaria. En muchas ocasiones, sus síntomas o dolencias tienden a minimizarse o erróneamente se atribuyen a causas psicosomáticas o emocionales (6).

Desde 1990, hay estudios que indican que el género y otros factores como la clase social y la etnia son un determinante clave de la salud. Dichas variables producen desigualdades considerables en el ámbito sanitario, afectando aspectos como tiempos de espera más largos, acceso a los hospitales y la aplicación de diferentes estrategias terapéuticas (6).

Pese a un aumento en la sensibilización acerca de las disparidades de género entre hombres y mujeres, la asistencia sanitaria se mantiene arraigada en perspectivas del pasado. Por ello, es necesario modificar la medicina a las demandas del siglo XXI. La medicina de género resulta esencial para lograr este objetivo, pues identifica las variaciones fisiológicas entre ambos sexos y se esfuerza por asegurar un cuidado apropiado y específico en todas las disciplinas médicas (6)

Objetivos

Objetivo general

- Analizar el impacto del sesgo de género en la asistencia clínica.

Objetivos específicos

- Examinar los fundamentos conceptuales del sesgo de género.
- Identificar la evidencia empírica relacionada con el sesgo de género en distintas disciplinas médicas.
- Proponer intervenciones basadas en la formación, la investigación y la práctica clínica, con el objetivo de reducir el sesgo de género.

Descripción de los capítulos

Este trabajo se estructura en tres capítulos, cada uno de los cuales desarrolla una dimensión complementaria del fenómeno en estudio:

Capítulo 1 – Fundamentos teóricos: Esta sección explora el marco conceptual del sesgo de género, abarcando las diferencias entre los conceptos de sexo y género, género y salud, la necesidad de incorporar el análisis de la salud desde una perspectiva de género y las desigualdades de género en salud.

Capítulo 2 – Evidencias de sesgos de género: Se analizan diversas especialidades médicas en las que se han identificado desigualdades de género tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Este capítulo incluye ejemplos de áreas como la salud cardiovascular, la salud mental, el manejo del dolor y las enfermedades autoinmunes. También se describen casos que afectan a los hombres.

Capítulo 3 – Intervenciones y propuestas para abordar la problemática: Se presentan estrategias prácticas y recomendaciones para integrar la perspectiva de género en la formación de profesionales sanitarios, la investigación biomédica y la práctica clínica.

Estrategia de búsqueda

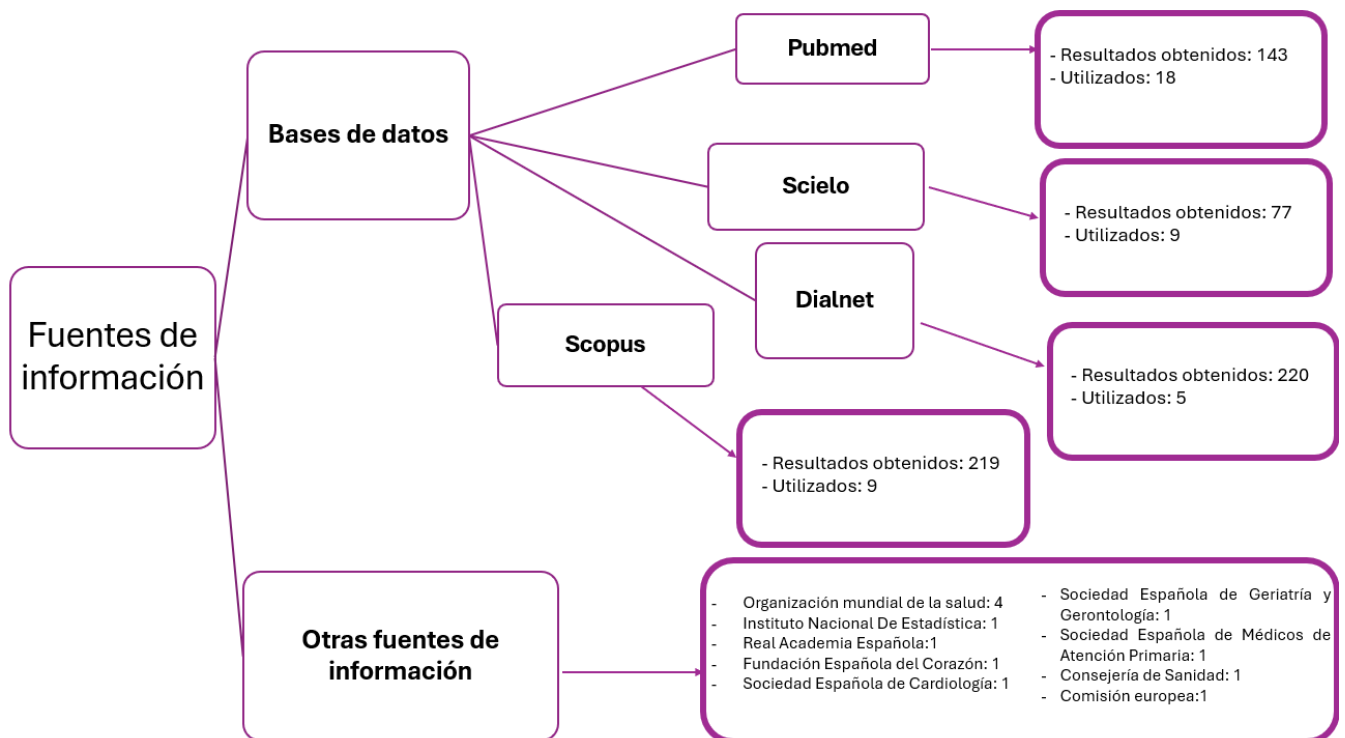
El presente Trabajo de Fin de Grado, ha sido realizado a través de una búsqueda bibliográfica en distintas fuentes de información buscando exhaustividad y pertinencia en los resultados. Se han consultado distintas bases de datos de reconocido prestigio e información de organismos oficiales.

Se utilizaron las palabras clave: Sesgo de género, práctica clínica, desigualdad en la atención médica, disparidades diagnósticas, género y salud en castellano y en inglés.

Para realizar la búsqueda se aplicó el vocabulario específico de los descriptores Medical Subject Heading (MeSH): Sex Bias, gender bias, medicine, clinical practice, assistance y los respectivos Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): Sésgo de género, medicina, práctica clínica, asistencia sanitaria. Se ha completado la búsqueda empleando términos del lenguaje natural. Para elaborar la ecuación de búsqueda se emplearon los operadores booleanos AND y OR entre los términos de búsqueda. Así como las comillas para realizar la búsqueda por frase.

Como criterios de inclusión entre los artículos localizados se eligieron publicaciones completas redactadas en inglés y castellano. Se consideraron principalmente artículos recientes con alguna excepción para aquellos de mayor antigüedad que mostraban contenido significativo relacionado con el tema a estudiar. Además, se han utilizado años anteriores para contextualizar y fundamentar el tema.

Se han empleado 57 referencias para este proyecto. El proceso seguido ha sido el siguiente. En primer lugar, se han revisado los 659 resultados obtenidos, a continuación, se han eliminado los documentos duplicados tras la búsqueda en las diferentes fuentes de información. Y, por último, se han desestimado aquellos documentos poco relevantes para la realización de la revisión.



Fuente de elaboración propia.

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Es necesario comenzar describiendo algunos conceptos clave para así entender cómo el sistema de salud trata de manera diferente a sus usuarios según su género.

1.1 Conceptos sexo y género.

Se tiende a usar los conceptos de sexo y género como sinónimos, aunque en realidad son dos términos distintos y no deben ser intercambiados. El sexo se refiere a las características biológicas y físicas de los individuos, tales como los cromosomas, las hormonas, los genes y el aparato reproductor y comúnmente está clasificado en dos categorías: hombre y mujer (7)

Está determinado por la biología y la estructura cromosómica. Se puede distinguir entre el sexo genotípico, definido por la presencia o ausencia del cromosoma Y, y el sexo fenotípico, que es la manifestación física de esta estructura cromosómica y genética (6).

En cambio, el género es una construcción social que varía con el tiempo y las culturas, relacionada con los roles, comportamientos, valores e identidades, que se asignan a las personas según su identidad de género, que puede ser femenina, masculina o diversa. Se trata de un concepto cambiante y mutable (7). Abarca tanto aspectos subjetivos, como rasgos de personalidad, actitudes y valores, como aspectos objetivos o fenomenológicos, relacionados con conductas y actividades. Desde una perspectiva analítica, el género permite comprender las desigualdades entre hombres y mujeres, las cuales surgen de la jerarquización y distribución de poder entre los sexos (8).

Los conceptos de sexo y género representan una incorporación relativamente reciente en el ámbito de la medicina moderna. A pesar de su relevancia, aún no se han integrado completamente en los planes de estudio de esta disciplina. Esto ocurre incluso cuando la mayoría de quienes estudian ciencias de la salud en la actualidad son mujeres. Aunque desde finales del siglo XX se ha producido una notable feminización en la profesión médica, el modelo tradicional de enseñanza sigue manteniendo un enfoque predominantemente androcéntrico (9).

La comprensión del sistema sexo/género es fundamental para analizar los procesos de salud y enfermedad a lo largo de toda la vida. Esto permite garantizar una atención sanitaria más equitativa y adaptada a las necesidades específicas de hombres y mujeres, considerando las diferencias biológicas y socioculturales que influyen en su bienestar (10).

1.2 Género y salud.

Por lo que se refiere a la relación de género y salud, este debe entenderse como un concepto relacional, ya que las relaciones de género y sus transformaciones en distintos contextos son clave para su análisis. Además, es fundamental considerar las diferencias dentro de los colectivos masculino y femenino. Más allá de las diferencias anatómicas, hormonales o cromosómicas que influyen en la salud, hombres y mujeres enfrentan condiciones de vida distintas que también impactan en su bienestar (11).

Diversos estudios realizados desde la década de 1990 han demostrado que el género, junto con otros factores como la clase social y la etnia, actúan como un determinante de la salud. Estas variables contribuyen a generar desigualdades en el ámbito sanitario, afectando aspectos como; el acceso a los hospitales, los tiempos de espera y las estrategias terapéuticas aplicadas a cada persona (12).

Las mujeres, en todos los grupos de edad, su percibir su estado de salud como peor en comparación con los hombres, y esta diferencia se acentúa con el envejecimiento. No obstante,

esta percepción no siempre se traduce en una mayor demanda de atención médica, ya que tienden a retrasar la consulta de sus dolencias. Como consecuencia, se reduce tanto la prevención de enfermedades como su detección precoz (13).

Por ejemplo, las normas sociales influyen en que los hombres tengan una mayor exposición al consumo de tabaco y alcohol, lo que se traduce en tasas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), siendo hasta tres veces más altas en comparación con las mujeres (14).

No obstante, también existen factores socioculturales y de género que incrementan la carga de ciertas enfermedades en niñas y mujeres. Un ejemplo de ello es la menor accesibilidad a tratamientos para la catarata en mujeres, lo que se refleja en tasas de ceguera más elevadas (1). Esta desigualdad no se explica por causas fisiológicas, sino por barreras estructurales que dificultan su acceso a los servicios de salud ocular. Estudios han demostrado que las tasas de cobertura quirúrgica de cataratas son consistentemente más bajas en mujeres que en hombres. Una revisión de encuestas poblacionales en países en desarrollo encontró que las mujeres tenían un 33% menos de probabilidades de recibir cirugía de cataratas en comparación con los hombres. Si las mujeres tuvieran el mismo acceso a la cirugía que los hombres, la prevalencia de ceguera por cataratas podría reducirse en un 12,5% (15).

1.3. Sesgo de género en salud.

La Real Academia Española, define el concepto de “sesgo” como: *“un error sistemático en el que se puede incurrir cuando, al hacer muestreos o ensayos, se seleccionan o favorecen unas respuestas frente a otras”* (16).

En el ámbito de la medicina, el sesgo de género se manifiesta cuando una situación clínica es abordada de manera incorrecta, ya sea tratándola de forma injustificadamente distinta o asumiendo que es igual para todos los pacientes, sin considerar las diferencias biológicas y socioculturales asociadas al género (17).

Si bien, en teoría, el sesgo de género podría afectar a ambos sexos, en la cultura patriarcal en la que vivimos, es el género femenino el que resulta mayormente perjudicado por esta situación.

Una praxis médica sesgada ocurre cuando, se destinan más recursos al diagnóstico, prevención, o tratamiento de un género en detrimento del otro, pese a presentar la misma necesidad clínica. En muchos casos, esto implica tomar al género masculino como el estándar normativo. Este enfoque androcéntrico en la ciencia médica genera un conocimiento parcializado que: (a) excluye o minimiza la presencia de las mujeres al considerar el cuerpo masculino como referencia universal; (b) interpreta la salud femenina a través de los valores y normas impuestas por el sistema patriarcal; y (c) utiliza el saber médico como un mecanismo que refuerza estructuras de poder, perpetuando el control sobre el cuerpo de las mujeres (18).

1.4. Análisis de la salud desde una perspectiva de género.

La salud es considerada un derecho básico y un elemento clave en la vida de los individuos. Por lo tanto, cualquier estudio en este campo, debe incluir la perspectiva de género para entender y tratar las desigualdades que hoy en día enfrentan hombres y mujeres en la asistencia sanitaria (19).

Este método valora la importancia tanto de las diferencias biológicas (sexo) al igual que de las influencias socioculturales (género). En este contexto, los estereotipos asociados al género en la práctica clínica y la ausencia de equidad en la investigación biomédica han ayudado a crear brechas importantes en la salud. Por este motivo, las mujeres sufren situaciones discriminatorias tanto en el acceso a una atención oportuna, como en la investigación (20).

Desde la década de los años 90, y en el particular desde el año 2000, se han acelerado los estudios a cerca de la conexión entre salud y enfermedad en las mujeres. Para alcanzar este objetivo, la perspectiva de género en salud ofrece un enfoque integral que posibilita examinar las disparidades en la experiencia de hombres y mujeres, favoreciendo la búsqueda de estrategias para conseguir la equidad en el ámbito sanitario. Por lo tanto, es necesaria la integración de marcos teóricos que aborden la salud de forma holística, teniendo en cuenta no solo los aspectos biológicos de las personas, sino también su entorno social y su propia experiencia personal. Estos aspectos interaccionan de manera distinta según el género, impactando en la percepción, el diagnóstico y el tratamiento de distintas enfermedades (21).

Una atención sanitaria que considere que la perspectiva de género debe estar incorporada desde la Atención Primaria, pues es el primer punto de interacción con el sistema de salud y tiene un papel fundamental en la prevención y promoción de la salud. Por ello, es primordial que los centros de salud adquieran una perspectiva que asegure la equidad en la atención teniendo en cuenta las diferencias biológicas entre sexos, así como los factores sociales y de género que influyan en la salud. La medicina de género supone una transformación de paradigma rápida y esencial en el sector de la salud, debido a que brinda la oportunidad de estudiar la diversidad entre la manifestación, prevalencia y tratamiento de un amplio abanico de patologías entre hombres y mujeres (6).

Desde esta perspectiva, se alcanza a entender por qué determinadas enfermedades se ven ligadas desproporcionalmente a un sexo en concreto, así como la afección de los factores biológicos y sociales en el transcurso de estas. Cabe añadir que la medicina de género es imprescindible y de gran utilidad para poder estudiar los factores adversos de los tratamientos y fármacos entre los dos sexos (6).

Hoy en día, ha aumentado la percepción de las características sociales en la comprensión de los aspectos relacionados con la salud. Esto implica el análisis de las variables de género desde una perspectiva ampliada, que incorpora aspectos intrapsíquicos e interpersonales. Elementos como la personalidad, las diferentes estrategias para enfrentarse al estrés, la autoeficacia y las vivencias individuales de la enfermedad, adquieren un papel fundamental en la forma en que hombres y mujeres afrontan y experimentan su salud (22).

Los sesgos de género y las desigualdades que se observan en la atención sanitaria, manteniendo una visión androcéntrica en la práctica clínica, se deben a la falta de un currículum con un enfoque de género durante la preparación de los profesionales sanitarios. Esto, pone de manifiesto la poca consideración de las diferencias en el trascurso de las enfermedades, así como en la interpretación especializada de las manifestaciones de la enfermedad según el sexo del paciente. Es objetivo primordial del ámbito educativo cambiar este paradigma, apartando la contemplación desde un enfoque patriarcal y centrado en el hombre, para incluir una nueva metodología basada en la perspectiva de género (23).

Es necesario un enfoque multisectorial y un abordaje multidisciplinar fundamentado en la equidad y perspectiva de género para llevar a cabo una buena praxis profesional. En este aspecto, la enfermería es clave debido a su acercamiento estrecho y continuo con los pacientes. Los principios de equidad y el enfoque de género deben estar integrados en la preparación y práctica de los enfermeros y enfermeras para asegurar una atención equitativa. De esta manera, se ofrecerán cuidados dignos e individualizados centrados en la persona, además de permitir eliminar los sesgos de género en el sector sanitario (19).

1.5. Desigualdades de género en salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la distribución desigual del poder, los recursos y las rentas, tanto a nivel nacional como internacional, constituyen uno de los principales factores que explican las marcadas desigualdades sanitarias y los gradientes de salud observados dentro de los países (24).

En las sociedades industrializadas contemporáneas persiste una distribución desigual de roles entre hombres y mujeres, en los ámbitos productivo y reproductivo, lo cual genera importantes implicaciones en términos de poder, reconocimiento social y salud (25).

Mientras que los hombres suelen participar mayoritariamente en el trabajo remunerado fuera del hogar —considerado esencial y valorado socialmente—, las mujeres continúan asumiendo de forma predominante las labores de cuidado y mantenimiento del hogar, funciones vitales pero tradicionalmente invisibilizadas y poco reconocidas (26).

A pesar de la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, esta integración ha estado condicionada por una marcada segregación de género. A nivel horizontal, las mujeres se concentran en sectores tradicionalmente feminizados como los servicios y el cuidado (26).

A nivel vertical, predominan en empleos que requieran menor formación, con menos responsabilidades y toma de decisiones, así como salarios más bajos. Estas desigualdades se reflejan en unas condiciones laborales femeninas más precarias teniendo como referencia a los hombres: retribuciones salariales inferiores, contratos discontinuos y mayores tasas de paro (26).

Además, esta segmentación laboral también conlleva consecuencias específicas para la salud. Por un lado, los hombres, al concentrarse en sectores como la construcción o la industria, enfrentan mayor riesgo de accidentes laborales. Por otro lado, el aumento del estrés crónico, la fatiga y las dificultades de la conciliación familiar, son algunas de las consecuencias que sufren las mujeres al asumir la doble carga laboral -remunerada y no remunerada-. Las desigualdades estructurales mencionadas anteriormente, son aspectos importantes a tener en cuenta al analizar la salud desde una perspectiva de género, debido a que las diferencias sociales y económicas entre hombres y mujeres afectan de manera directa a sus condiciones de vida, salud física y mental (26).

CAPÍTULO 2: EVIDENCIAS DE SÉSGOS DE GÉNERO.

Uno de los propósitos fundamentales de este análisis es poner de relieve la existencia de sesgos de género al diagnosticar y tratar diferentes patologías. Estos sesgos están estrechamente vinculados, ya que un usuario no podrá recibir un tratamiento adecuado si, en primer lugar, no ha sido diagnosticado de manera precisa. Por esta razón, ambos tipos de sesgo se examinarán de manera conjunta en este apartado. Para ello, se analizarán distintas especialidades médicas, evidenciando casos en los que se manifiestan estos sesgos en el abordaje clínico.

2.1. Sesgo de género en mujeres

2.1.1 Enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), engloban un conjunto de trastornos que afectan al corazón y los vasos sanguíneos. Representan la principal causa de mortalidad a nivel mundial y, de acuerdo con la OMS, son la primera causa de muerte entre las mujeres (27).

En España, la Sociedad Española de Cardiología estima que estas patologías son responsables del 32,84% de los fallecimientos femeninos, un 6% más respecto a los hombres (28).

Algunas de las razones que explican esta situación incluyen un menor número de diagnósticos en mujeres, la realización de menos pruebas invasivas, y un acceso reducido a tratamientos adecuados (29,30).

Esto puede estar relacionado con la baja representación femenina en los estudios sobre enfermedades cardiovasculares, y con los sesgos de género presentes en muchas investigaciones científicas. Además, la complejidad de su estudio, debido a la influencia hormonal del ciclo menstrual, y la percepción histórica de las enfermedades cardiovasculares como “patologías masculinas”, han contribuido a esta desigualdad en el abordaje clínico (31,32).

Todo esto contribuye a un menor conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, pasando por alto que su sintomatología puede diferir de la presentada por los hombres. Como en el caso de IAM (infarto agudo de miocardio), en ellos, suele presentarse con el clásico dolor torácico opresivo. Sin embargo, en las mujeres es más común que aparezca con síntomas menos típicos, como fatiga, dificultad para respirar o molestias en la parte superior del abdomen, incluidas las náuseas. Debido a esto, el diagnóstico puede demorarse y en muchas ocasiones, confundirse con cuadros de ansiedad o estrés (33). Todo esto contribuye a un menor conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, pasando por alto que su sintomatología puede diferir de la presentada por los hombres. Como en el caso de IAM (infarto agudo de miocardio), en ellos, suele presentarse con el clásico dolor torácico opresivo. Sin embargo, en las mujeres es más común que aparezca con síntomas menos típicos, como fatiga, dificultad para respirar o molestias en la parte superior del abdomen, incluidas las náuseas. Debido a esto, el diagnóstico puede demorarse y, en muchas ocasiones, confundirse con cuadros de ansiedad o estrés (33).

Este hecho quedó claramente evidenciado en el estudio realizado por Masejerian et al. en 2009 (34). En la investigación, se presentaron casos de pacientes, tanto hombres como mujeres, con síntomas asociados a enfermedades cardiovasculares. Los resultados mostraron un mayor número de errores diagnósticos en mujeres, en comparación con los hombres. Además, dentro del grupo femenino, las mujeres de mediana edad fueron las más afectadas por estos sesgos, siendo diagnosticadas erróneamente con patologías gastrointestinales, o trastornos mentales en lugar de problemas cardiovasculares (34).

El tratamiento, estrechamente ligado al diagnóstico, también refleja importantes diferencias en función del sexo. Numerosos estudios han señalado que, tanto en el ámbito intrahospitalario como tras el alta médica, los pacientes diagnosticados con la misma patología reciben abordajes terapéuticos distintos según su género (35–38).

Las principales diferencias se observan en el tratamiento invasivo intrahospitalario, el cual es significativamente más frecuente en hombres que en mujeres, según diversos estudios. Esta disparidad en el uso de procedimientos invasivos podría estar relacionada con la edad de las pacientes, ya que en general, las mujeres que reciben atención por enfermedades cardiovasculares suelen ser de mayor edad que los hombres. El hecho de que la mayoría de las mujeres con enfermedades cardíacas sean de edad avanzada, presentando una mayor carga de comorbilidades y, por ende, un mayor riesgo de complicaciones puede influir en la decisión de los profesionales de la salud. Esto podría llevar a que las mujeres sean derivadas con menor frecuencia que los hombres a pruebas invasivas, lo que repercute en el acceso a tratamientos más efectivos (39).

Estos indicadores corroboran la idea preconcebida de que las enfermedades cardiovasculares son patologías asociadas a los hombres. El no considerar estas enfermedades cuando se trata del sexo femenino, sumado a la falta de conocimiento de los síntomas específicos en mujeres, da lugar a diagnósticos tardíos.

Sin embargo, es sorprendente que además las mujeres reciban menos intervenciones terapéuticas una vez establecido el diagnóstico, pues estos datos no se pueden justificar con la generalización de que las enfermedades cardiovasculares son patologías masculinas. A pesar de que el sesgo de género ha sido estudiado desde hace varios años, esta tendencia continúa persistiendo a lo largo del tiempo.

2.1.2 Salud mental

El estigma y la discriminación han estado siempre ligados a los trastornos mentales. En este contexto, el estigma en salud mental se basa en estereotipos y prejuicios que afectan a quienes padecen estas enfermedades, lo que puede reducir la probabilidad de que busquen ayuda profesional. Además, ser mujer con un trastorno mental implica una doble carga discriminatoria: por género y por la enfermedad en sí. Los estereotipos de género suelen asociar a las mujeres con una mayor inestabilidad emocional, lo que provoca que sus síntomas sean minimizados o atribuidos a su "debilidad", llevando a que el personal sanitario tienda a psicologizar su malestar en lugar de abordarlo con la misma rigurosidad que en los hombres (10).

Históricamente, las mujeres han sido invisibilizadas en la psiquiatría y la psicología, quedando excluidas de numerosas investigaciones sobre salud, patologías y tratamientos farmacológicos, al igual que en otras áreas científicas. En el ámbito de la salud mental, además existe un sesgo adicional derivado de factores socioculturales y de las relaciones de poder. Frecuentemente, en las evaluaciones clínicas no se incluyen preguntas sobre sus condiciones de vida y trabajo, lo que impide reconocer el impacto de la doble o incluso triple jornada, que muchas enfrentan al compaginar empleo, tareas domésticas y responsabilidades de cuidado no remunerado (20). Numerosos estudios han evidenciado que las mujeres son diagnosticadas con

depresión y ansiedad con mayor frecuencia que los hombres. No obstante, esta diferencia en la prevalencia podría estar condicionada por sesgos en el proceso diagnóstico. Algunas investigaciones indican que, ante síntomas similares, las mujeres tienen más posibilidades de ser etiquetadas con un trastorno mental y recibir tratamiento con psicofármacos en comparación con los hombres (40).

Numerosos estudios han evidenciado que las mujeres son diagnosticadas con depresión y ansiedad con mayor frecuencia que los hombres. No obstante, esta diferencia en la prevalencia podría estar condicionada por sesgos en el proceso diagnóstico. Algunas investigaciones indican que, ante síntomas similares, las mujeres tienen más posibilidades de ser etiquetadas con un trastorno mental, y recibir tratamiento con psicofármacos en comparación con los hombres (40).

En España, estas cifras resultan especialmente relevantes, ya que el consumo de psicofármacos es superior al de otros países europeos. Esto se refleja en el informe de la OMS *"Género y salud mental de las mujeres"*, donde se señala que *"las tasas de alteraciones psicológicas de cualquier clase son más altas de lo que se pensaba y están incrementándose recientemente, afectando a casi la mitad de la población"* (41).

La medicalización del malestar femenino ha sido objeto de un creciente análisis crítico. Diversos estudios han evidenciado que los profesionales de la salud, influenciados por sesgos de género, tienden a minimizar los síntomas reportados por las mujeres o a interpretarlos como una manifestación de fragilidad emocional, lo que puede derivar en un abordaje terapéutico inadecuado y en un exceso de prescripción farmacológica (42).

Asimismo, los sesgos de género afectan la percepción y valoración de los síntomas en la práctica clínica. En ocasiones, algunos profesionales sanitarios subestiman la gravedad de las manifestaciones en las mujeres, lo que impacta en la precisión del diagnóstico y en la elección del tratamiento más adecuado (43).

Un claro ejemplo de esta disparidad se observa cuando un mismo síntoma es interpretado de manera diferente según el sexo del paciente. En las mujeres, ciertos síntomas pueden ser malinterpretados, minimizados o atribuidos a causas psicológicas o psicosomáticas sin una evaluación clínica exhaustiva (44).

Un caso frecuente es el de la fatiga, que en mujeres suele asociarse con trastornos depresivos, mientras que en los hombres rara vez se vincula a un diagnóstico específico, lo que evidencia la influencia de los sesgos de género en la medicina (43).

2.1.3. Abordaje terapéutico del dolor.

Como se ha mencionado anteriormente, los síntomas pueden ser percibidos y abordados de manera distinta según el sexo del paciente. Un claro ejemplo de ello es el dolor. En este caso, se presenta una disyuntiva: Es común la creencia de que las mujeres tienden a exagerar la percepción del dolor o que este tiene un origen psicológico, lo que supone dos consecuencias aparentemente contradictorias (45)

Por un lado, la atribución del dolor a causas psicológicas puede hacer que no se realicen estudios diagnósticos exhaustivos ni se derive a consultas especializadas, limitándose el abordaje a un tratamiento sintomático con analgésicos. Por otro lado, esta misma percepción puede llevar a que el dolor de las mujeres sea infravalorado, retrasando la identificación de su causa y, en consecuencia, el tratamiento adecuado (45).

Paradójicamente, también se observa el fenómeno contrario: el infratratamiento del dolor en mujeres. La creencia de que tienden a exagerar su malestar puede llevar a que incluso cuando el dolor requiere ser aliviado, no se trate con la misma frecuencia ni intensidad que en los hombres. Este hecho constituye otro claro ejemplo de sesgo de género en el ámbito sanitario, afectando directamente a la calidad y equidad en la atención terapéutica (46).

En el marco del Día Mundial Contra el Dolor 2024, *la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)* destaca la necesidad de visibilizar y abordar los sesgos de sexo y género en el tratamiento del dolor. Manifiestan que estos prejuicios continúan afectando la calidad de la atención sanitaria y la vida de muchas personas, especialmente de las mujeres, quienes suelen recibir un manejo inadecuado de sus síntomas debido a estereotipos arraigados en el ámbito médico (46).

La prevalencia del dolor crónico en mujeres es al menos el doble que en los hombres. Esto se debe, en parte, a que algunas patologías dolorosas, como la fibromialgia, el síndrome de intestino irritable, la artritis reumatoide, la artrosis, los trastornos de la articulación temporomandibular, el dolor pélvico crónico, o la migraña, afectan con mayor frecuencia a la población femenina. Además, las mujeres tienen un mayor riesgo de que el dolor agudo evolucione hacia la cronificación (46).

Según la Dra. Blasco, coordinadora del grupo de Trabajo de Atención a las Mujeres de SEMERGEN (46), los mecanismos del dolor varían entre hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, el dolor crónico es más frecuente, intenso y duradero. Además, tienen un umbral de dolor más bajo y afrontan el malestar de manera distinta, empleando estrategias más adaptativas y mostrando una mayor habituación al dolor prolongado e intenso. También es más común en ellas el uso de analgésicos, tanto con prescripción médica como de venta libre. Como resultado, las mujeres suelen percibir una peor calidad de vida en comparación con los hombres (46).

2.1.4. Enfermedades Inmunes y Reumatológicas

Las enfermedades autoinmunes y reumáticas afectan de manera desproporcionada a las mujeres en comparación con los hombres. Se estima que alrededor del 80% de las personas con enfermedades autoinmunes son mujeres, lo que indica un claro componente biológico y hormonal en su desarrollo (47).

En patologías como el lupus, el tiempo medio de diagnóstico en mujeres puede extenderse hasta seis años desde la manifestación inicial de los síntomas. En cambio, aunque los hombres constituyen un porcentaje menor de los casos, suelen recibir un diagnóstico de manera más rápida y con enfoques terapéuticos más agresivos ante síntomas similares (48).

Si hablamos sobre la fibromialgia, es una enfermedad ampliamente cuestionada y estigmatizada, con una prevalencia significativamente mayor en mujeres. A pesar de ello, las pacientes continúan enfrentando un trato sesgado que afecta negativamente su atención y calidad de vida. Un estudio transversal realizado en España por Ruiz Pérez et al. (49) analizó diversos factores sociodemográficos, psicológicos y clínicos en personas diagnosticadas con esta patología, arrojando resultados que evidencian desigualdades de género. En términos de estado laboral, el 94,1% de los hombres con fibromialgia no trabajaban, mientras que, en el caso de las mujeres, este porcentaje era del 34,5% ($p=0.001$). Entre quienes tenían un empleo remunerado, el 92,9% de los hombres estaban de baja, en comparación con el 52,9% de las mujeres. Además, cuando se analizaba la incapacidad permanente, se observó que afectaba al 70% de los hombres frente al 42,6% de las mujeres ($p<0.001$) (49).

2.2 Sesgo de género en hombres

2.2.1. Osteoporosis

En los apartados anteriores, se han expuesto diversos ejemplos que evidencian cómo los sesgos de género impactan con mayor frecuencia en las mujeres. No obstante, es importante destacar que estos sesgos también pueden afectar a los hombres en determinadas patologías. Un caso representativo es la osteoporosis, donde la enfermedad suele ser subdiagnosticada y subtratada en la población masculina, a pesar de sus implicaciones clínicas y la elevada morbilidad asociada (50).

El infradiagnóstico de la osteoporosis en hombres es una preocupación significativa en el ámbito de la salud ósea. Según datos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), se estima que aproximadamente tres millones de personas padecen osteoporosis en España, de las cuales 2,5 millones son mujeres. Sin embargo, la prevalencia en hombres no es despreciable, ya que se calcula que uno de cada tres hombres mayores de 60 años sufrirá una fractura osteoporótica a lo largo de su vida (50).

El estudio observacional *"Gender Differences in Osteoporosis: A Single-Center Observational Study"*(51), analizó a 2.376 pacientes con osteoporosis, encontrando que solo el 5,4% eran hombres. Además, se observó que, aunque las mujeres presentaban una densidad mineral ósea más baja, la prevalencia de fracturas en hombres con osteoporosis fue significativamente mayor (50% en hombres frente al 31% en mujeres) (51).

Asimismo, revela que los hombres son significativamente menos evaluados mediante densitometría ósea en comparación con las mujeres, a pesar de que presentan factores de riesgo similares, como el envejecimiento, el uso prolongado de corticoides o antecedentes de fracturas. Esta menor frecuencia en la evaluación lleva a un infradiagnóstico de la enfermedad en varones, lo que repercute en una menor tasa de tratamientos preventivos y terapéuticos para reducir el riesgo de fracturas (51).

2.2.2 Depresión postparto

La mayoría de las investigaciones sobre la depresión posparto han estado tradicionalmente centradas en las mujeres, lo cual ha contribuido a visibilizar la alta prevalencia de esta condición en la población femenina. Se estima que entre un 9% y un 56% de las mujeres pueden desarrollar depresión posparto, lo que la convierte en un importante problema de salud pública (52).

No obstante, en los últimos años ha comenzado a reconocerse también la existencia de la depresión posparto paterna, una condición que puede afectar hasta al 25% de los hombres tras el nacimiento de su hijo. Este dato resalta la importancia de incluir a los padres en las evaluaciones y cuidados emocionales durante el periodo posnatal. Aunque aún no se dispone de datos concretos sobre su prevalencia en España, se ha descrito que la depresión post parto paterna está relacionada con factores psicosociales como el estrés, la angustia, la sobrecarga emocional y las dificultades de adaptación al nuevo rol parental (52).

CAPÍTULO 3. INTERVENCIONES PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA.

A lo largo del presente trabajo, se han demostrado evidencias del sesgo de género en los diferentes ámbitos de la atención clínica. Llegado a este punto, se establece como objetivo establecer estrategias orientadas a erradicarlo o, al menos tratar de reducirlo. El análisis anterior, muestra la manifestación del sesgo desde dos perspectivas. En primer lugar, se hace referencia a un error cuando se da por hecho que hombres y mujeres presentan la misma sintomatología clínica, sin tener en cuenta la diversidad existente entre ambos. En segundo lugar, el sesgo se produce cuando las diferencias de género son introducidas sin base empírica. De esta manera, es primordial diferenciar entre las características que son biológicas y clínicamente significativas, y aquellas que se fundamentan simplemente en estereotipos y construcciones sociales.

Varios estudios han comprobado que esta falta de conocimiento dentro de la práctica sanitaria se origina en un sesgo que está presente desde los primeros pasos de las investigaciones biomédicas.

Para abordar esta problemática, se publicó un manual titulado “*El Género y la investigación*” por parte de la Comisión Europea. Esta guía se basa en la necesidad de cambiar la relación establecida entre la ciencia y las mujeres siguiendo tres líneas fundamentales: fomentar la participación activa de la mujer dentro de las investigaciones, originar conocimiento dirigido a sus necesidades concretas, y finalmente crear una perspectiva de género firme que facilite la comprensión científica sobre estos aspectos (53).

3.1 Formación- Generar conocimiento: para avanzar hacia una medicina más equitativa, es imprescindible que los profesionales sanitarios cuenten con una formación adecuada en fisiopatología que les permita identificar cuándo existen diferencias relevantes entre los sexos y cuáles son. Solo así podrán ofrecer una atención ajustada a las particularidades biológicas y clínicas de cada persona. Esto implica, además, cuestionar el enfoque androcéntrico que ha dominado tradicionalmente la medicina, en el que lo masculino se ha tomado como norma universal (54).

3.2 Participación en la investigación: es fundamental la participación equitativa de las mujeres en los ensayos clínicos como uno de los pasos primordiales para eliminar el sesgo de género dentro de la investigación clínica. Es importante señalar que este objetivo apareció en los años 90 creado por el *National Institutes of Health* (NIH), la puesta en práctica de esta recomendación no es suficiente por sí sola y continúa presentando fallos significativos. La perspectiva de género debe estar integrada en todos y cada uno de los apartados de la investigación para obtener resultados significativos de las diferencias, entre hombres y mujeres en la manifestación, evolución y tratamiento de las enfermedades, tal como lo muestra la Comisión Europea (54).

3.3 Perspectiva de género: la desagregación de los datos por sexo es un aspecto fundamental ya que permite analizar de forma diferenciada los resultados adquiridos para hombres y mujeres. Asimismo, ciertas de las principales publicaciones científicas en el sector sanitario como *The Lancet* o *The New England Journal of Medicine*, han empezado a requerir este criterio para poder aceptar trabajos científicos, lo que supone un avance para alcanzar una ciencia más inclusiva y estricta. Igualmente, los cambios hormonales cíclicos que pueden interferir en los parámetros clínicos estudiados deben ser considerados (54).

Las medidas anteriormente mencionadas ayudarán a potenciar un conocimiento científico que se adapte más a la realidad actual, creando una base sólida para la práctica clínica basada en la evidencia y no en casos erróneos procedentes de datos sesgados o incompletos. Comprender

las distintas formas en que se manifiestan las enfermedades en hombres y mujeres es esencial para evitar interpretaciones erróneas, como la frecuente catalogación de los síntomas femeninos como "atípicos", tal y como ocurre en el caso del infarto agudo de miocardio. Esta perspectiva permitiría optimizar el abordaje clínico y reducir los retrasos diagnósticos (55).

Además de las 3 acciones descritas con anterioridad también es importante:

Reconocer la existencia del sesgo de género: una medida fundamental para comenzar a combatir el sesgo de género en el ámbito sanitario es precisamente, reconocer su existencia. La sensibilización sobre esta problemática debería formar parte de la formación de todos los profesionales de la salud, iniciándose desde los primeros años de carrera en las facultades de medicina y enfermería. Incluir contenidos con enfoque de género en los programas formativos, e incluso integrar esta perspectiva en pruebas de acceso como el examen MIR mediante casos clínicos que la contemplen, contribuiría a fomentar una mayor conciencia entre los futuros médicos (55).

La concienciación es el primer paso para evitar reproducir este tipo de sesgos: cuanto mayor sea el nivel de conocimiento sobre el tema, menor será la probabilidad de incurrir en errores derivados de él. Una vez comprendida la relevancia del sesgo de género, el profesional debería ser capaz de cuestionarse de forma crítica su propia práctica clínica. En este sentido, Velasco Arias propone, en su trabajo *Recomendaciones para la Práctica Clínica con Enfoque de Género*, una serie de interrogantes útiles para la reflexión asistencial, tales como: "¿He considerado si existen diferencias por sexo en este caso concreto?" o "¿Estoy incorporando ese conocimiento en mi atención clínica?" (55).

Mantener una actitud crítica: una vez reconocidas las diferencias reales entre ambos sexos, es necesario evitar que este nuevo conocimiento dé lugar a otro tipo de sesgos. La solución al sesgo de género no puede convertirse, a su vez, en una fuente de nuevos prejuicios, sino en una herramienta para avanzar hacia una atención verdaderamente equitativa (54).

Volviendo al caso del infarto agudo de miocardio, conocer que en las mujeres los signos y síntomas pueden diferir del patrón clásico —como el característico dolor opresivo torácico— no debe llevar a descartar este diagnóstico cuando una paciente femenina presenta dicha sintomatología. Reconocer las diferencias no implica ignorar que también pueden compartir manifestaciones clínicas con los varones (54).

Es importante destacar dos iniciativas actuales que ya están trabajando activamente para incorporar la perspectiva de género en el ámbito sanitario. En primer lugar, el Plan de Salud 2019- 2025 creado por el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, incorpora un anexo particular que trata de forma explícita la integración del enfoque de género en la atención pública. Este hecho, supone un paso muy relevante hacia una sanidad más equitativa (56).

Asimismo, resulta especialmente relevante la labor del Grupo de Trabajo de Mujeres en Cardiología, perteneciente a la *Sociedad Española de Cardiología*. Este grupo tiene como objetivo combatir el sesgo de género en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares, y para ello impulsa diversas estrategias ya comentadas anteriormente, como (57):

- La publicación de datos clínicos desagregados por sexo, con el fin de mejorar el conocimiento específico sobre la enfermedad cardiovascular en la mujer (57).
- La promoción de la igualdad en el acceso tanto a los tratamientos como a las estrategias de prevención, con el propósito de optimizar el pronóstico de estas patologías en la población femenina (57).

CONCLUSIONES:

A lo largo de este trabajo se ha evidenciado cómo el sesgo de género continúa presente en la práctica clínica, condicionando el diagnóstico y tratamiento de las mujeres. A pesar de los avances científicos y sociales, la medicina sigue arrastrando un modelo androcéntrico que considera el cuerpo masculino como patrón de normalidad, invisibilizando las diferencias biológicas, clínicas y sociales que afectan a la salud femenina.

Los datos analizados muestran que las mujeres son infradiagnosticadas o mal diagnosticadas con mayor frecuencia que los hombres en múltiples patologías, lo que conlleva consecuencias físicas, psicológicas y sociales importantes, impactando en la calidad de vida y aumentando la morbimortalidad en este grupo poblacional.

Las causas de este fenómeno son múltiples: una investigación biomédica históricamente sesgada, la falta de formación del personal sanitario en salud con perspectiva de género, y una cultura médica que, en muchos casos, sigue atribuyendo los síntomas femeninos a causas emocionales o psicosomáticas.

Lograr una práctica clínica equitativa requiere una reconfiguración integral de los marcos mediante los cuales se comprende, estudia, enseña y proporciona la salud. Cuando la atención médica no reconoce las diversas intersecciones entre cuerpos, identidades y posiciones sociales que influyen en la salud y la enfermedad, no solo socava sus resultados, sino que también compromete su humanidad.

Una práctica médica que ignora las voces de quienes atiende, ignora las especificidades de las experiencias individuales y no cuestiona las exclusiones en las que se basan sus paradigmas, en última instancia, perpetúa las mismas desigualdades que pretende abordar. Las propuestas e intervenciones que se detallan aquí, desde la reforma educativa y las metodologías de investigación inclusivas, constituyen un marco multidimensional destinado a transformar no solo las actividades realizadas en contextos clínicos, sino también las metodologías empleadas y los compromisos éticos.

Dichas transformaciones requieren la participación de todos los actores del ecosistema de la atención médica, incluyendo profesionales, investigadores, legisladores, instituciones y pacientes. Cada actor desempeña un papel crucial en el desarrollo de prácticas clínicas que no solo sean técnicamente sólidas, sino también social y éticamente coherentes.

Este esfuerzo también implica reconocer que el cuerpo no es una entidad neutral ni universal, sino que se configura según las normas, expectativas y dinámicas de poder imperantes. En este contexto, la práctica clínica equitativa surge como un esfuerzo dialógico que abarca la escucha, el cuestionamiento, el aprendizaje de las diferencias y el esfuerzo por restaurar la dignidad de quienes históricamente han sido marginados o silenciados.

La equidad clínica no puede lograrse mediante protocolos aislados o meras buenas intenciones; requiere, más bien, un compromiso sostenido y sistemático con la inclusión, la justicia y la democratización del conocimiento. Alcanzar este objetivo requiere no solo el desarrollo de herramientas e indicadores, sino también la valentía, la empatía y la determinación de identificar y corregir las exclusiones que persisten en nuestros sistemas de salud. Solo así podremos avanzar hacia un sistema de salud más eficaz y eficiente, que se caracterice por la compasión, la equidad y un enfoque genuino en el bienestar de todas las personas. La búsqueda de prácticas clínicas equitativas es inherentemente compleja, pero esencial. Exige reflexión crítica, transformación institucional y, sobre todo, un compromiso ético inquebrantable con una atención que reconozca y respete las diversas experiencias de la humanidad. Al perseguir este objetivo, no solo mejoramos la calidad de la atención médica, sino que también avanzamos hacia una sociedad más justa y humana, donde la salud se reconozca y se proteja como un derecho fundamental para todos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. 2018 [cited 2025 May 12]. Género y salud. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
2. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE. 2018 [cited 2025 May 12]. Encuesta nacional de salud de España 2017. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
3. Hamberg K. Gender Bias in Medicine. Women's health [Internet]. 2008 May 1 [cited 2025 May 12];4(3):237–43. Available from: <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.237>
4. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit [Internet]. 2004 [cited 2025 May 12];18(4):118–25. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Simon V. Wanted: Women in Clinical Trials. Science (1979) [Internet]. 2005 Jun 10 [cited 2025 May 12];308(5728):1517–1517. Available from: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.1115616>
6. Glezerman M. Gender Medicine: The Groundbreaking New Science of Gender- And Sex-Related Diagnosis and Treatment [Internet]. 1st ed. Barcelona: Plataforma; 2017 [cited 2025 May 13]. 288 p. Available from: <https://kdview5.com/100-medicina-de-genero>
7. Cabanillas-Montferrer T, Giménez-Bonafé P. El sesgo de género en la asistencia sanitaria: definición, causas y consecuencias en los pacientes. MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad [Internet]. 2022 Jan 30 [cited 2025 May 13];7(1):106–29. Available from: <https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num1.6>
8. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev cuba salud pública [Internet]. 2007 [cited 2025 May 13];33(2):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Valenzuela V. A, Cartes V. R. Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 May 13];84(1):82–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000100082>
10. Sánchez López M. La salud de las mujeres. Madrid: Síntesis; 2013. 244 p.
11. Castaño-López E, Plazaola-Castaño J, Bolívar-Muñoz J, Ruiz-Pérez I. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2006 Dec [cited 2025 May 13];80:706–16. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v80n6/original5.pdf>
12. Panisello ML, Pastor I. Health with equality: a proposal for the incorporation of the gender perspective in health care systems. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 May [cited 2025 May 13];20(5):1555–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.10942014>
13. Estrada Montoya JH. Género y salud: articulación necesaria, desafío inaplazable. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2005 [cited 2025 May 13];23(1):7. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100007&lng=en.
14. Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. The Lancet [Internet]. 2013 May 18 [cited 2025 May 12];381(9879):1783–7. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60253-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60253-6)
15. Nkomazana O. Disparity in Access to Cataract Surgical Services Leads to Higher Prevalence of Blindness in Women as Compared With Men: Results of a National Survey of Visual Impairment. Health Care Women Int [Internet]. 2009 Feb 24 [cited 2025 May 12];30(3):228–9. Available from: <https://doi.org/10.1080/07399330802662010>
16. Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE. 2024 [cited 2025 May 12]. Diccionario de la

- Real Academia de la Lengua. Available from: <https://dle.rae.es/sesgo>
17. Tasa-Vinyals E, Mora-Giral M, Raich-Escursell RM. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, ISSN 1695-4238, N° 113, 2015, págs 14-25 [Internet]. 2015 [cited 2025 May 12];(113):14–25. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966&info=resumen&idioma=SPA>
 18. Valls-Llobet C. Mujeres invisibles para la medicina. Madrid: Capitan Swing; 2020. 488 p.
 19. Vílchez -Barboza V, Mendoza- Parra S. Equidad de género en el acceso al sistema de atención de salud: implicaciones para enfermería. Rev costarric salud pública [Internet]. 2012 [cited 2025 May 13];21(2):105–10. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292012000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 20. Aránguez Sánchez T. La reivindicación feminista del derecho a la salud. Astrolabio Revista internacional de filosofía [Internet]. 2018 [cited 2025 May 13];(22):239–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1344/astrolabio2018.22.20>
 21. López Giménez M. El enfoque de género en la investigación en ciencias de la salud ¿diferencias o desigualdades? Encuentros multidisciplinares [Internet]. 2022 Apr [cited 2025 May 13];70. Available from: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/revista-70/rosario-lopez.pdf>
 22. Aznar Matud M. Género y salud. Suma Psicológica [Internet]. 2008 [cited 2025 May 13];15(1):75–94. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2563819>
 23. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, Rodríguez-Jaume MJ, Pérez-Sedeño E, Gasch-Gallén Á. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España. Gac Sanit [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2025 May 13];33(5):485–90. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.10942014>
 24. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. 2008 [cited 2025 May 12]. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
 25. Artazcoz L, Borrell C, Cortas I, Escriba-Aguir V, Cascant L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. J Epidemiol Community Health (1978) [Internet]. 2007 Dec 1 [cited 2025 May 12];61(Supplement 2):ii39–45. Available from: <https://doi.org/10.1136/jech.2007.059774>
 26. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med [Internet]. 2000 May 16 [cited 2025 May 12];50(10):1385–401. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
 27. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. [cited 2025 May 13]. Cardiovascular diseases. Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
 28. Fundación Española del Corazón [Internet]. Madrid Fundación Española del Corazón. [cited 2025 May 12]. La enfermedad cardiovascular encabeza la mortalidad en España. Available from: <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2822-enfermedad-cardiovascular-encabeza-mortalidad-en-espana.html>
 29. Westerman S, Wenger NK. Women and heart disease, the underrecognized burden: sex differences, biases, and unmet clinical and research challenges. Clin sci [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2025 May 12];130(8):551–63. Available from: <https://doi.org/10.1042/CS20150586>
 30. de la Torre-Hernández JM, Sainz-Laso F, Colman T. Histología virtual de un hematoma intramural posdilatación. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2006 Mar 1 [cited 2025 May 12];59(3):275. Available from: <https://doi.org/10.1157/13086085>
 31. Kim ESH, Menon V. Status of Women in Cardiovascular Clinical Trials. Arterioscler Thromb Vasc Biol [Internet]. 2009 Mar [cited 2025 May 12];29(3):279–83. Available from: <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.108.179796>

32. Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, Garcia Calvente M d. M, Miqueo C, et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J epidemiol community health* [Internet]. 2007 Dec 1 [cited 2025 May 12];61(Supplement 2):ii46–53. Available from: <https://doi.org/10.1136/jech.2007.062034>
33. McGregor A, Beauchamp G, Wira C, Perman S, Safdar B. Sex as a Biological Variable in Emergency Medicine Research and Clinical Practice: A Brief Narrative Review. *West j med* [Internet]. 2017 Oct 18 [cited 2025 May 12];18(6):1079–90. Available from: <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.8.34997>
34. Maserejian NN, Link CL, Lutfey KL, Marceau LD, McKinlay JB. Disparities in Physicians' Interpretations of Heart Disease Symptoms by Patient Gender: Results of a Video Vignette Factorial Experiment. *J women's health* [Internet]. 2009 Oct 1 [cited 2025 May 12];18(10):1661–7. Available from: <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1007>
35. Steg PG, Greenlaw N, Tardif JC, Tendera M, Ford I, Käb S, et al. Women and men with stable coronary artery disease have similar clinical outcomes: insights from the international prospective CLARIFY registry. *Eur heart j* [Internet]. 2012 Nov 1 [cited 2025 May 12];33(22):2831–40. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs289>
36. Golden KE, Chang AM, Hollander JE. Sex Preferences in Cardiovascular Testing: The Contribution of the Patient-Physician Discussion. O'Neil BJ, editor. *Acad emerg med* [Internet]. 2013 Jul [cited 2025 May 12];20(7):680–8. Available from: <https://doi.org/10.1111/acem.12169>
37. Stähli BE, Gebhard C, Yonekawa K, Gebhard CE, Altwegg LA, von Eckardstein A, et al. Gender-Related Differences in Patients Presenting with Suspected Acute Coronary Syndromes: Clinical Presentation, Biomarkers and Diagnosis. *Cardiology* [Internet]. 2015 Oct 9 [cited 2025 May 12];132(3):189–98. Available from: <https://doi.org/10.1159/000435908>
38. Giles WH. Race and Sex Differences in Rates of Invasive Cardiac Procedures in US Hospitals. *Arch Intern Med* [Internet]. 1995 Feb 13 [cited 2025 May 12];155(3):318. Available from: <https://doi.org/10.1001/archinte.1995.00430030116013>
39. de Miguel-Balsa E, Baeza-Román A, Pino-Izquierdo K, Latour-Pérez J, Coves-Orts FJ, Alcoverro-Pedrola JM, et al. Predictores del uso de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación de ST. *Med intensiva* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2025 May 12];38(8):483–91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.12.001>
40. Bacigalupe A, González-Rábago Y, Jiménez-Carrillo M. Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Aten Primaria* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2025 May 12];54(7):102378. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>
41. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra : OMS. 2000. Women's mental health: An evidence based review.
42. del Río-Pedraza C. La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 Jun [cited 2025 May 12];42(141):55–73. Available from: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>
43. Pla Julián I, Donat AA, Bernabeu Díaz I. Estereotipos y prejuicios de género:: Factores determinantes en Salud Mental. *Norte salud ment* [Internet]. 2013 [cited 2025 May 12];11(46):20–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4694952&info=resumen&idioma=ENG>
44. Valls - Llobet C. Mujeres, salud y poder. Vol. 1. Valencia: Cátedra; 2009. 217 p.
45. Teresa Ruiz-Cantero M, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM, Teresa Ruiz Cantero M. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. *Farm Hosp* [Internet]. 2019 Dec 24 [cited 2025 May 12];44(3):109–22. Available from: <https://dx.doi.org/10.7399/fh.11394>
46. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria [Internet]. Madrid: SEMERGEN. 2024 [cited 2025 May 12]. Los sesgos de sexo y género en el manejo del dolor provocan retrasos en el diagnóstico, infradiagnósticos y tratamientos inadecuados. Available from:

- <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>.
47. Fairweather D, Rose NR. Women and Autoimmune Diseases1. *Emerg infect dis* [Internet]. 2004 Nov [cited 2025 May 12];10(11):2005–11. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid1011.040367>
 48. Carter EE, Barr SG, Clarke AE. The global burden of SLE: prevalence, health disparities and socioeconomic impact. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2016 Oct 25 [cited 2025 May 12];12(10):605–20. Available from: <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2016.137>
 49. Ruiz Perez I, Ubago Linares M, Bermejo Perez J, Plazaola Castaño J, Orly de Labry-Lima A, Hernández Torres E. Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia . *Rev Clin Esp* [Internet]. 2007 May 18 [cited 2025 May 14];433–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-pdf-13109832>
 50. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. Madrid: SEGG. [cited 2025 May 12]. Solo el 18% de los pacientes con osteoporosis está diagnosticado y, entre las mujeres, solo un 10% recibe tratamiento. Available from: <https://www.segg.es/institucional/2014/05/23/solo-el-18-por-ciento-de-los-pacientes-con-osteoporosis-esta-diagnosticado-y-entre-las-mujeres-solo-un-10-por-ciento-recibe-tratamiento>
 51. De Martinis M, Sirufo MM, Polsinelli M, Placidi G, Di Silvestre D, Ginaldi L. Gender Differences in Osteoporosis: A Single-Center Observational Study. *World J Mens Health* [Internet]. 2021 [cited 2025 May 12];39(4):750. Available from: <https://wjmh.org/DOIx.php?id=10.5534/wjmh.200099>
 52. Caparrós-González RA, Rodríguez-Muñoz M de la F. Depresión Posparto Paterna: Visibilidad e Influencia en la Salud Infantil. *Clin Salud* [Internet]. 2020 Oct 7 [cited 2025 May 13];31(3):161–3. Available from: <https://doi.org/10.5093/clysa2020a10>
 53. Comisión Europea. El género en la investigación. [Internet]. Oficina de Publicaciones; 2011 [cited 2025 May 15]. 144 p. Available from: <https://doi.org/10.2777/23655>
 54. Risberg G, Johansson EE, Hamberg K. A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *Int J Equity Health* [Internet]. 2009 Aug 3 [cited 2025 May 12];8(1):28. Available from: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-28>
 55. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género [Internet]. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer; 2009 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>
 56. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Plan de Salud de Castilla-La Mancha [Internet]. Consejería de Sanidad; 2021 [cited 2025 May 12]. Available from: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20210831/plan_de_salud_de_castilla-la_mancha.pdf
 57. Sociedad española de cardiología [Internet]. Madrid: SEC. [cited 2025 May 13]. Grupo de enfermedad cardiovascular en la mujer. Available from: <https://secardiologia.es/cientifico/grupos-de-trabajo/mujeres-en-cardiologia/sobre-el-grupo>