

De los sesgos a las innovaciones de género en investigación y práctica de la Medicina

María Teresa Ruiz Cantero¹ y Lucero Herrera y Cairo²

Introducción

Cabe preguntarse por qué y cómo las diferencias biológicas entre hombres y mujeres se convierten en desigualdades de género en algunas enfermedades, como la enfermedad coronaria (EC).³ Para responder es importante considerar que las enfermedades no son sólo entidades biológicas, sino también construcciones sociales y culturales,⁴ que ligadas a significados individuales y colectivos, condicionan las maneras en que los grupos sociales viven, enferman y mueren.⁵ Existe evidencia científica consistente sobre la reproducción de la inequidad de género en prácticas de atención sanitaria, diferente según el sexo de quien las padece. Y más allá, el origen de estas prácticas subyace en los sesgos en la generación de conocimiento sobre la EC en mujeres,⁶ por su construcción inicial androcéntrica, que no ha visibilizado que las mujeres también las padecen.

La identificación de la EC como masculina estructura el conocimiento sobre la enfermedad,⁷ que persiste en el imaginario social, incluyendo al personal de salud.⁸ Además, el determinismo biológico en las explicaciones sobre las diferencias entre hombres y mujeres con EC induce a que se conozca poco sobre la(s) manera(s) en que las mujeres comprenden al corazón y sus enfermedades; y trasgreden su derecho a gozar del máximo de salud posible al carecer de información completa, clara, veraz y oportuna sobre su principal causa de muerte.⁹

¹ Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante.

² Investigadora del Colegio de Sonora (México) y Miembro del Grupo de Investigación de Salud Pública de la Universidad de Alicante.

³ L. Juárez, *Las mujeres y la enfermedad coronaria desde la mirada de género: un estudio en Sonora*, Tesis doctoral en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora, México, 2015.

⁴ R. Castro, *Teoría social y salud*, UNAM, Buenos Aires, 2011.

⁵ E. Menéndez, «La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?», *Alteridades* 4, 1994, pp. 71-83.

⁶ M. T. Ruiz Cantero, y M. Verdú-Delgado, «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico», *Gaceta Sanitaria* 18(1), 2004, pp. 118-125.

⁷ L. Juárez, *Op. cit.*

⁸ D. Tajar, A. Fernández, L. Antonietti, A. Chiodi, A. Salazar, I. Barrera y L. Juárez, «Barreras de género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimiento de profesionales de la salud y de usuarias», *Revista Argentina Salud Pública*, 21, 2014, pp. 14-23,.

⁹ L. Juárez, *Op. cit.*

El potencial de cronicidad, secuelas y muerte de las EC también influye en cómo las mujeres y los hombres construyen significados sociales, colectivos y dinámicos que dan soporte a sus estrategias de prevención, protección, identificación, curativas y de cuidados. Ambos tienen riesgos diferentes en salud, perciben de formas distintas la información sobre el riesgo de padecer EC y sus experiencias vividas con la enfermedad también son diferentes.¹⁰

La perspectiva de género en las investigaciones del ámbito de la salud

La perspectiva de género y derechos en investigación se nutre de la producción teórica feminista, y en tanto diversa y plural, entiende la relación de las desigualdades de género con otros determinantes de la salud como la clase social, etnia, edad y otras condiciones sociales, como migración y crisis sociales. No considerar esta perspectiva, corre el riesgo de no dar visibilidad o minimizar la complejidad de las desigualdades sociales relacionadas con la salud, así como los sesgos de género en la atención sanitaria.

La persistencia de inequidades de género en la atención sanitaria de las mujeres podría ser calificada como proceso que viola los derechos en salud. La literatura científica ha identificado condicionantes sociales, culturales, económicos y políticos que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres. Con la alta jerarquización de la medicina, basada en muchas ocasiones en relaciones de poder, las mujeres en su calidad de pacientes se encuentran 'tuteladas' por la autoridad médica.¹¹ De hecho, si bien hay diferencias en cómo el personal médico caracteriza a las pacientes de acuerdo a los discursos de género y clase social, como colectivo, las mujeres están en posición subordinada para ser informadas o no sobre las enfermedades y para tomar decisiones durante el proceso salud/enfermedad/atención.

La teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu ha sido utilizada para estudiar la EC de mujeres desde la perspectiva de género,¹² pues mediante conceptos integradores como *habitus*, *campo* y *capitales*, permite dar cuenta de diversas dimensiones del fenómeno de estudio, así como también los aportes de Michel Foucault en cuanto al poder y la sujeción de las mujeres en el campo médico.

El concepto de *habitus*¹³ se ha utilizado para analizar cómo se reproducen prácticas de subordinación en el campo médico,¹⁴ que inmersas en relaciones de poder son 'naturalizadas'

¹⁰ L. Juárez, *Op. cit.*

¹¹ C. Herrera, «Invisible al ojo clínico. De pacientita a ciudadana: el largo sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México», en Castro Roberto y Gómez Alejandra (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Universidad de la República, Montevideo; UNAM/CRIM, México, 2010.

¹² L. Juárez, *Op. cit.*

¹³ P. Bourdieu y W. Loïc, *Una invitación a la sociología reflexiva*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2005.

y dificultan la toma de decisiones y el ejercicio de derechos de las mujeres en casos como el cáncer de mama y la EC.

En el campo médico las mujeres son subordinadas en su calidad de pacientes porque los/as poseedores de uno de los principales capitales simbólicos en juego –el saber sobre la enfermedad– son los y las médicos/as que las atienden y porque es un campo donde no suele fomentarse la toma de decisiones de quienes ocupan la posición de pacientes.

Se entiende además que las mujeres están en doble subordinación ante la autoridad médica y de género, pues como dice Bourdieu¹⁵ la sumisión femenina se condiciona mediante un poder que admite una dimensión simbólica y parte de una lógica paradójica, pre-reflexiva y con efectos duraderos inscritos en el orden social, en el cual la sumisión femenina «no se produce en la lógica de las conciencias conocedoras, sino a través de esquemas de percepción, de apreciación y de acción que constituyen los *habitus*».¹⁶

Lamas señala que durante el proceso de socialización por la vía de las instituciones y de «la cultura, el lenguaje, la vida afectiva»,¹⁷ se imprimen en el cuerpo normas, patrones, mandatos y premisas que son naturalizados y reproducidos socialmente, de manera que el «*habitus* se convierte en un mecanismo de retransmisión por el que las estructuras mentales de las personas toman forma ('se encarnan') en la actividad de la sociedad».¹⁸ En las mujeres se conforma un *habitus de género* que las coloca en posición subordinada en el mundo, lo que se reproduce en el campo médico y se expresa en prácticas diferenciadas de atención que van en detrimento de su salud.

Sesgos de género en atención sanitaria, investigación y difusión del conocimiento

En 1993 se publicó la definición de sesgo de género en la práctica de la medicina, como la diferencia en el tratamiento médico de hombres y mujeres, cuyo impacto puede ser positivo, negativo o neutro.¹⁹ También, la cardióloga Bernadine Healy, primera directora del NIH en

¹⁴ M. C. Castro-Vásquez, «Habitús lingüístico y el derecho a la información en el campo médico», *Revista Mexicana de Sociología* 73(2), 2011, pp. 231-259.

¹⁵ P. Bourdieu, *La dominación masculina*, Anagrama, Buenos Aires, 2000.

¹⁶ *Ibid.*, p. 54

¹⁷ M. Lamas, «Diferencias de sexo, género y diferencia sexual», *Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia* 7, n.18, 2000, p. 12. Disponible en: <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm> [Acceso el 12 septiembre de 2015].

¹⁸ *Ibid.* y P. Bourdieu y Loïc J. D. Wacquant, *Respuestas. Para una antropología reflexiva*, Grijalbo, México, 1995, p. 87 (citado en M. Lamas, «La transgresión de Bourdieu», *Fractal*, n.72, 2013. Disponible en: <http://www.mxfractal.org/F26lamas.html> [Acceso el 1 de marzo de 2016].

¹⁹ Sh. Lenhart, «Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians», *J Am Med Women Assoc*, n.48, 1993, pp. 155-9.

EEUU, acuñó el término síndrome de Yentl.²⁰ Utilizando la conocida película *Yentl*, en la que una mujer judía asume la apariencia de un hombre para poder entrar a la sinagoga y estudiar los textos sagrados, explicó que a menos que una mujer muestre los mismos síntomas de infarto cardíaco que un hombre, no será admitida con la misma probabilidad en el hospital para recibir un diagnóstico y tratamiento apropiados. Desafortunadamente, los síntomas precoces de las mujeres y los hombres pueden diferir.

La evidencia de sesgos de género en la atención de la EC,²¹ que entonces se pudo entender como una ausencia de conocimiento en los profesionales de la medicina, ahora ya no es una razón, pues pese al gran conocimiento de la fisiopatología de los problemas cardíacos a diferentes edades y sexo, los sesgos de género en la atención sanitaria persisten; como lo reconocen distintas sociedades de cardiología casi 25 años después de su identificación.²²

Se producen estos *sesgos de género* por una doble vía:²³ por una creencia errónea de que los hombres y las mujeres son iguales en la manifestación de signos y síntomas precoces y tardíos de las enfermedades, respondiendo a los tratamientos, y en sus pronósticos, cuando de hecho no se comportan de la misma forma. Su consecuencia es la no detección del problema de salud en uno de los sexos, en este caso, en perjuicio de las mujeres.

Alternativamente, se originan *sesgos de género* por una creencia errónea de que hombres y mujeres son diferentes en la frecuencia, gravedad y forma de cursar las enfermedades, cuando estas diferencias no son tales. Es el caso de la mayor prescripción y, por tanto, consumo de fármacos psicótropos en mujeres, explicada por la literatura científica por la mayor prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres que en hombres, porque las mujeres al quejarse inducen la prescripción más que los hombres, porque los médicos tienden a prescribir fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad a mujeres más que a hombres; pero también porque los médicos atribuyen a factores psicológicos, más fácilmente en mujeres que en hombres, lo que son síntomas físicos de presentación atípica.²⁴ Alternativamente, y desde la perspectiva feminista, se entiende que el malestar emocional de las mujeres está *medicalizado* y utiliza estrategias terapéuticas sintomáticas erróneas y ciegas a las causas. Así, desde la mística de la feminidad, Betty Friedan apuntó que el malestar de las mujeres se deriva de oportunidades vitales

²⁰ B. Healy, «The Yentl Syndrome», *New England J Med*, n.325, 1993, pp. 274-6.

²¹ I. Z. Ayanian, A. M. Epstein, «Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease», *New England J Med*, n.325, 1991, pp. 221-5.

²² Sociedad Española de Cardiología, *Observatorio de la Salud de la Mujer. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2008.

²³ M. T. Ruiz, L. M. Verbrugge, «A two way view of gender bias in medicine», *J Epidemiol Comm Health*, n.51, 1997, pp. 106-9.

²⁴ H. Ashton, «Psychotropic-drug prescribing for women», *Br Psychiatry*, n.10 (suppl), 1991, pp. 30-5.

restringidas a las condiciones de ama de casa, esposa y madre; o mística de la feminidad,²⁵ más común en las clases sociales en desventaja.

Los sesgos de género en investigación derivados de la falta de incorporación de la perspectiva de género son múltiples, así como sus consecuencias.²⁶ El caso a destacar es el de los ensayos clínicos. La *Food and Drugs Administration* de los EEUU publicó en 1994 unas recomendaciones para el estudio y evaluación de las diferencias por sexo y género en los ensayos clínicos de fármacos, pues éstos se realizaban, y desafortunadamente se realizan, con muestras de hombres, infiriendo sus resultados a las mujeres. Esto es mala ciencia. En la medida que la fisiología de las mujeres es diferente a la de los hombres es fácil deducir que la respuesta a los fármacos sea diferente.²⁷ Tanto los ensayos de fármacos sintomáticos como curativos no contienen un tamaño muestral de mujeres proporcional al volumen de consumidoras, ni se realizan análisis estratificados por sexo de sus resultado.²⁸ La Agencia Europea del Medicamento es renuente a elaborar recomendaciones todavía hoy.

Respecto a los sesgos de género en problemas de salud propios de las mujeres es importante subrayar algunos factores que apuntan a su hipermedicalización, como la terapia hormonal sustitutiva (THS) en la menopausia. Desde finales de la década de 1930 la relación entre las hormonas y el cáncer de mama ha sido bien documentada. En los años cincuenta, la seguridad de THS para las mujeres durante la menopausia se puso en duda por la comunidad científica, pero el éxito comercial era muy grande. Fue anunciado como el "elixir de la juventud". En 1975, la revista *The New England Journal of Medicine* publicó un artículo que mostraba la relación entre la terapia de estrógeno y el cáncer endometrial. Esta situación llevó a las compañías farmacéuticas a presentar la terapia hormonal combinada como alternativa segura.²⁹ Como es conocido, en 2002, the Women Health Initiative publicó un artículo en *Journal of American Medicine Association* sobre la relación

²⁵ B. Friedan, *La mística de la feminidad*, Ed. Catedra, Madrid, 2009.

²⁶ M. T. Ruiz Cantero, C. Vives-Cases, L. Artazcoz, A. Delgado, M. M. García Calvente, C. Miqueo, I. Montero, R. Ortiz, E. Ronda, I. Ruiz, C. Valls, «A framework to analyse gender bias in epidemiological research», *J Epidemiol Community Health*, n.61 (suppl II), 2007, pp.46–53.

²⁷ M. T. Ruiz Cantero, M. A. Pardo, «European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected», *J Epidemiol Community Health*, n.60, 2006, pp. 911-3.

²⁸ E. Chilet Rosel, M. T. Ruiz Cantero, N. Laguna-Goya, F. De Andrés Rodríguez-Trelles y Grupo de trabajo para el estudio de la inclusión de Mujeres en los Ensayos Clínicos, y análisis de Género de los mismos, «Recomendaciones para el estudio y evaluación de las diferencias de género en los ensayos clínicos de fármacos en España», *Med Clin (Barc)*, n.135, 2010, pp. 130-4.

²⁹ N. Krieger, I. Löwy, R. Aronowitz, J. Bigby, K. Dickersin, E. Garner, J. P. Gaudillière, C. Hinestrosa, R. Hubbard, P. A. Johnson, S. A. Missmer, J. Norsigian, C. Pearson, Ch. E. Rosenberg, L. Rosenberg, B. G. Rosenkrantz, B. Seaman, C. Sonnenschein, A. M. Soto, J. Thornton, G. Weisz, «Hormone replacement therapy, cancer, controversies, and women's health: historical, epidemiological, biological, clinical, and advocacy perspectives», *J Epidemiol Community Health*, n.59, 2005, pp. 740-8.

entre la THS y el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y como resultado sus ventas experimentaron un fuerte descenso en el mundo de habla inglesa. El tratamiento de los bochornos, sofocos, sudores nocturnos y/o escalofríos no es inocuo,³⁰ pero no fue hasta 2004 que la Agencia Española del Medicamento restringió su uso en nuestro país.

Conscientes del reto que supone limitar los efectos adversos de las estrategias agresivas del *marketing* farmacéutico, que pueden actuar en detrimento de ambos sexos al volver en pacientes a quienes están sanos/as, causar daño iatrogénico –provocado por los medicamentos– y desaprovechar recursos valiosos, desde comienzos del siglo XXI se investiga sobre la *divulgación científica*. Hacen referencia al concepto *diseases mongering* o promoción de enfermedades y ampliación de las personas enfermas con fines mercantiles y más allá de la evidencia científica.³¹

Las estrategias de *marketing* operan en una doble dirección: simplificando los mensajes para hacer asequibles informaciones que requerirían un conocimiento más sofisticado, y así universalizar el conocimiento; y convirtiéndose en jueces y parte al ser los principales anunciantes, es decir, el principal soporte financiero de las revistas médicas. De este modo, pasan a ser uno de los más importantes filtros del conocimiento médico. Tanto a través del mensaje como del medio, actúan como un agente socializador en la construcción social de enfermedades.

Algunas de las estrategias son: campañas basadas en la defensa de una serie de ‘fármacos para los estilos de vida’ (ej: productos de adelgazamiento), inflar la frecuencia de enfermedades, mostrando síntomas poco frecuentes como epidemias, y re-enmarcando la prevalencia de una enfermedad en muestras de sujetos concretos dentro del ámbito poblacional (ej: fármacos para la disfunción eréctil destinados a hombres de edad elevada y con problemas concretos se promocionan para poblaciones de jóvenes y sanos), extender los límites de lo tratable mediante la introducción de nuevos diagnósticos (ej: la fobia social diagnosticada con frecuencia en países desarrollados, que en la mayoría de las ocasiones son problemas personales y sociales, pero acaban siendo valorados como problemas médicos), y hacer ver procesos normales de la vida como trastornos de la salud, como la caída del cabello.

³⁰ J. E. Rossouw, G. L. Anderson, R. L. Prentice, A. Z. LaCroix, C. Kooperberg, M. L. Stefanick, R. D. Jackson, S. A. Beresford, B. V. Howard, K. C. Johnson, J. M. Kotchen, J. Ockene, «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», *J Am Med Assoc*, n.288, 2002, pp. 321-33.

³¹ M. T. Ruiz Cantero, B. Cambronero Saiz, «La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación», *Gac Sanit*, n.25, 2011, pp. 179-81.

Innovaciones de género y salud

Las innovaciones de género aprovechan el poder creativo del análisis de género para descubrir nuevas perspectivas, plantear nuevas preguntas y abrir áreas de investigación y aplicación, ampliando la oferta de resultados en productos y servicios para dar respuesta a necesidades y demandas de toda la sociedad, como se puede observar en la web del proyecto Gendered innovations creado por la Universidad de Stanford con el apoyo de la Comisión Europea y de más de veinte países.³² Todo ello se muestra a través de estudios de casos relacionados, directa e indirectamente, con la salud, como en ingeniería, con la creación de cinturones de seguridad adaptados a mujeres embarazadas; en medicina, con el señalamiento de, por ejemplo, la osteoporosis como un problema también de los hombres, ya que su falta de reconocimiento les provoca retrasos diagnósticos y terapéuticos; y en la planificación de la ciudad, con la propuesta del trabajo de cuidado para crear sistemas de transporte eficientes, entre otros. Las innovaciones de género contribuyen a la creación de nuevos conocimientos, ideas, patentes y tecnologías en todo el mundo y a la apertura de nuevos nichos y oportunidades que las y los profesionales y equipos de investigación debemos aprovechar.

³² Disponible en: http://ec.europa.eu/research/swafs/gendered-innovations/index_en.cfm