

Diseño de un sistema para el estudio del sesgo de género en la praxis médica en atención primaria mediante situaciones clínicas modelo

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

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut | Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción. Los sesgos psicosociales en medicina hacen referencia a la tendencia a la concepción y la praxis médicas desde una óptica heteroandrocéntrica, por y para un sujeto normativo hegemónico (hombre, blanco, de mediana edad, heterosexual, cissexual, diestro, extravertido, neurotípico, etc.). Ello puede reducir la adecuación de la atención sanitaria que reciben los colectivos a la periferia del poder, fenómeno que debe entenderse obviamente desde una óptica interseccional (Valls-Llobet, 2009; Tasa-Vinyals, Mora-Giral y Raich-Escursell, 2015). Las expresiones del sesgo en la práctica clínica son fundamentalmente de dos tipos (Ruiz y Verbrugge, 1997; Risberg, Johansson y Hamberg, 2009): a) Universalización de abordajes diagnósticos, terapéuticos y preventivos por extrapolación de resultados de investigación biomédica y/o epidemiológica obtenidos con sujetos próximos al normativo hegemónico, y b) Abordaje diferencial basado en creencias y/o estereotipos y no en evidencia científica sólida y de calidad.

En el caso particular del sesgo de género, se han descrito en la literatura ambos mecanismos, si bien la evidencia disponible se refiere sobre todo al segundo (abordaje médico diferencial de situaciones clínicas idénticas en función del género del o la paciente) (Ruiz-Cantero, 2010). Sin embargo, algunos datos -y también la propia existencia de ciertas entidades nosológicas, como la fatiga crónica o la fibromialgia, prácticamente huérfanas a nivel de evidencia científica y patrimonio casi exclusivo de las mujeres- sugieren que la medicina aqueja una falta de sensibilidad de género que la hace menos competente para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres que las de los hombres (Malterud, 2000). En consecuencia con este dato, más mujeres que hombres recurren a las llamadas medicinas complementarias o alternativas, a expensas de los riesgos que algunas de estas prácticas pueden acarrear para la salud (Xue, Zhang, Lin, Da Costa y Story, 2007).

Los estudios realizados para detectar y analizar el sesgo de género en la praxis médica usan habitualmente situaciones clínicas modelo que permiten la aleatorización del factor género manteniendo estables los potenciales factores confusionales, como pueden ser las características clínicas, analíticas, anatomopatológicas o radiológicas del caso (Hamberg, Risberg y Johansson, 2004; Abuful, Gidron y Henkin, 2005). Habitualmente estos trabajos incluyen uno o unos pocos casos clínicos -en dos versiones, paciente femenina o masculino- referentes a un ámbito particular de la medicina, siendo los más estudiados la patología cardiovascular y la psiquiátrica.

Algunas de las limitaciones de los estudios disponibles son, por tanto: a) el hecho de centrarse más en la existencia de diferencias no justificables en el abordaje de situaciones análogas que en la insensibilidad de género y falta de perspectiva de género; b) el uso de metodologías parecidas pero con materiales creados *ad hoc* en cada trabajo, con la consiguiente dificultad para la comparación e integración de resultados; c) la considerable limitación de los materiales usados a los ámbitos cardiovascular, psiquiátrico y/o psicosomático; y d) la concepción binaria del género y la falta de abordaje específico de los factores identidad de género y orientación afectivosexual.

Objetivo. Desarrollar un sistema para el estudio del sesgo de género en la praxis médica, centrado en la atención primaria, mediante varias situaciones clínicas modelo correspondientes a primeras visitas médicas, motivadas por problemáticas de salud concernientes a los principales órganos, sistemas y/o grupos sindrómicos de la medicina.

Material y métodos. A partir de la revisión bibliográfica se identificaron y revisaron diferentes materiales usados para la detección y el análisis del sesgo de género en la práctica médica. Se constató que la mayor parte de los materiales existen en situaciones clínicas modelo presentadas en forma escrita o gráfica (viñetas) y disponibles en dos versiones idénticas excepto en el género de la o el paciente.

Inspiradas en estas, creamos 10 situaciones clínicas modelo (con 2 versiones a 9 de ellas y una única versión para la restante) concernientes a los siguientes ámbitos médicos:

- **Cardiología y aparato cardiovascular:** Síndrome coronario (1 situación x 2 versiones, 1sx2v), Palpitaciones (1sx2v)
- **Neuropsiquiatría:** Cefalea (1sx2v), Pérdida de conocimiento (1sx2v), Vértigo (1sx2v)
- **Aparato digestivo:** Dolor abdominal con alteraciones deposicionales (1sx2v), Dolor abdominal con alteraciones afectivas (1sx2v)
- **Aparato respiratorio:** Síndrome disneico (1sx2v)
- **Aparato urogenital:** Dispareunia (1sx2v), Dismenorrea (1 situación x 1 versión, 1sx1v)

Para cada situación clínica, concebimos 12 preguntas en varios formatos acerca de tres principales ámbitos del acto médico: a) Impresión inicial, percepción, creación de la relación médica/o-paciente; b) Abordaje diagnóstico (anamnesis y exploraciones física y complementaria); c) Abordaje terapéutico-preventivo y planificación

Se creó entonces un sistema consistente en dos paquetes (A y B) de 10 situaciones clínicas cada uno. La situación ginecológica, con una única versión, fue incluida en ambos paquetes; para las 9 situaciones restantes, se aleatorizó cuál de las dos versiones (femenina o masculina) debía incluirse en el paquete A, y se incluyó a continuación la versión restante en el paquete B. De esta forma, se obtuvo un paquete con 5 pacientes ficticios masculinos y 5 femeninos, y un paquete con 4 pacientes ficticios masculinos y 6 femeninos. Ambos paquetes contienen las mismas 10 situaciones clínicas, pero presentadas en distinto orden (aleatorizado en la creación del sistema) y con una combinación complementaria de los géneros de las/os pacientes.

El sistema fue informatizado con el soporte Android® y testado con 28 médicos/as y estudiantes de 5º y 6º curso de Medicina para obtener una primera valoración de su funcionamiento. Se recogieron sus respuestas e impresiones, en caso de emitir las.

Caso clínico 1/10 (Código: 0201)
Mujer de 45 años que consulta por cefaleas frecuentes (2-3 episodios por semana) desde hace 4 meses aproximadamente, que no siempre ceden con analgesia y que resultan incapacitantes en su vida laboral y personal. Refiere también episodios de mareo, que experimentan cierta mejora con el reposo, aunque tiene la sensación que le queda una cierta sensación de pérdida de estabilidad. Se queja de pérdida de agudeza visual, aunque puede realizar sus tareas habituales con normalidad y su familia le dice que no notan ningún déficit. Se encuentra muy cansada, irritable, tiene insomnio y explica múltiples problemas familiares y laborales. Está preocupada porque teme tener un problema de salud importante.

- No hábito tabáquico, hábito enólico ocasional y sin otros tóxicos.
- Antecedentes personales: diagnosticada de depresión mayor en tratamiento farmacológico con ISRS y psicológico. Crisis de ansiedad ocasionales.
- Antecedentes familiares: abortos de repetición en madre y hermana, cáncer de próstata en el padre (actualmente en remisión).
- Vida sexual: mantiene relaciones esporádicas con su marido. Tiene dos hijos (TPAL 1-1-0-2) de 11 y 14 años.

EF inicial: BEG, NC y NH. IMC=31.2.

0201.12. ¿Se plantearía usted tramitar una baja médica en este caso?

Sí 5 31.3%
No 11 68.8%



♀

0200.12. ¿Se plantearía usted tramitar una baja médica en este caso?

Sí 8 66.7%
No 4 33.3%



♂

Resultados. Se presentan a continuación algunos fragmentos del sistema a modo de ejemplo, y el enlace a su versión completa.

En su administración piloto a 28 médicos/as y estudiantes de los últimos cursos de Medicina no se detectaron problemas técnicos. Se recibieron 2 retroalimentaciones, una de ellas totalmente positiva y la otra igualmente favorable pero reportando una duración excesivamente larga. El tiempo necesario para completarlo se estimó en unos 10-15 minutos.

Los resultados obtenidos con estos sujetos, que completaron 280 unidades de análisis (emparejamiento médica/o-situación clínica) requieren de un análisis complejo y por ello no se muestran en este póster. No obstante, en un análisis *de visu* se ha detectado sesgo de género en algunas de las cuestiones para algunos de los casos planteados. A modo de ejemplo, se presentan los % de facultativos/as que emitirían baja laboral para un caso de cefalea (31.3% si la paciente es mujer versus 66.7% si el paciente es hombre, a pesar de ser las situaciones clínicas planteadas idénticas excepto por el factor género).

Conclusiones. Se presenta el proceso y resultado del diseño de un sistema para el estudio del sesgo de género en la práctica médica en atención primaria mediante 10 situaciones clínicas modelo, 9 de ellas disponibles en 2 versiones (idénticas salvo por el género del/la paciente), correspondientes a primeras visitas médicas motivadas por grupos sindrómicos variados. El sistema ha sido testado con resultados satisfactorios en 15 facultativos/as y estudiantes de últimos cursos. El presente diseño debe permitir explorar tanto las diferencias en el abordaje diagnóstico-terapéutico basadas en creencias de género como la insensibilidad o falta de perspectiva de género, aunque mantiene la concepción binaria del constructo. En el futuro nos planteamos introducir, mediante la misma metodología, los factores identidad de género y orientación afectivosexual.

Si Ud. ejerce la medicina y desea participar en este proyecto como sujeto, por favor contacte con elisabet.tasa.vinyals@uab.cat.

- Referencias**
- Abuful, A., Gidron, Y., y Henkin, Y. (2005). Physicians' attitudes toward preventive therapy for Coronary Artery Disease: is there a gender bias?. *Clinical Cardiology*, 28, 389-393.
 - Hamberg, K., Risberg, G., y Johansson, E.E. (2004). Male and female physicians show different patterns of gender bias. A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(2), 144-52.
 - Malterud, K. (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family Medicine*, 32(9), 603-611.
 - Risberg, G., Johansson, E.E., y Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8, 28.
 - Ruiz, M.T. y Verbrugge, M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 106-109.
 - Ruiz-Cantero, M.T. (2010). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
 - Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M., y Raich-Escursell, R.M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *C. Med. Psicosom*, 113: 14-25.
 - Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
 - Xue, C.L., Zhang, A.L., Lin, V., Da Costa, C., y Story, D.F. (2007). Complementary and Alternative Medicine Use in Australia: A National Population-Based Survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(6), 643-650.