



INVESTIGACIONES DE GÉNERO SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Gender research on the physician-patient
relationship

* Trabajo de investigación ganador del XXIII Premio SIEM de Investigación Feminista «Concepción Gimeno de Flaquer» (2020).

PAULA PALOMAR MINGOTE

Universidad de Zaragoza

Fecha de recepción: 9 de julio de 2020

Fecha de aceptación: 10 de septiembre de 2020

PALOMAR MINGOTE, Paula (2020). «Investigaciones de género sobre la relación médico-paciente». *Filanderas. Revista Interdisciplinar de Estudios Feministas* (5), 101-121.

RESUMEN

El trabajo presenta los resultados parciales de una revisión bibliográfica sistemática de nivel internacional que analiza 42 estudios seleccionados por criterios preestablecidos del conjunto de los 238 hallados en Medline/Pubmed entre 1966 y 2020. En la primera parte, mostramos el marco conceptual científico y de valores profesionales en el que puede desarrollarse una práctica médica centrada en el enfermo, indagando en la tradición patriarcal que orienta y fundamenta la relación médico-paciente actual, definiendo los problemas que han emergido a la mirada feminista: morbilidad diferencial, sesgos de género, androcentrismo, y disparidad profesional. Tras indicar la metodología del estudio y principales resultados bibliométricos, en la segunda parte analizamos con cierto detalle las aportaciones de los estudios narrativos, señalando los problemas más prevalentes hallados entre los estudios observacionales y metaanálisis. Concluimos haciendo nuestra la máxima que se desprende del estudio: es preciso conocer y tomar conciencia del efecto de las diferencias de género en la relación médico-paciente, dada la evidencia de que la educación continua de los profesionales en comunicación interpersonal clínica es una herramienta eficaz para controlar y evitar actitudes sexistas y sesgos androcéntricos en la consulta clínica habitual.

Palabras clave

Relación médico-paciente, entrevista clínica, bibliometría, sesgos de género, feminismo.

ABSTRACT

This paper presents part of the results of an international systematic literature review that analyzes 42 studies selected by pre-established criteria out of the 238 found in Medline/Pubmed between 1966 and 2020. First, we show the scientific conceptual framework and professional values in which a patient-centered medical practice can be developed, investigating the patriarchal tradition that guides and bases the current physician-patient relationship and defining the problems that have emerged from a feminist view: differential morbidity, gender bias, androcentrism, and professional disparity. Having indicated the methodology of the study and the main bibliometric results, in the second part the contributions of narrative studies found in the review are examined in detail, as well as the most prevalent problems identified among the observational and meta-analytical studies. We conclude by making ours the maxim that emerges from this study: it is essential to know and be aware of the effect of gender differences in the physician-patient relationship given the evidence that continuous education of professionals in clinical interpersonal communication is an effective tool to control and avoid sexist attitudes and androcentric bias in the regular clinical practice.

102

Keywords

Physician-Patient Relations, Clinical Interview, Bibliometrics, Gender Bias, Feminism.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-enfermo ha transitado históricamente desde una medicina hipocrática paternalista y autoritaria del médico varón sobre el o la paciente a una relación condescendiente en los siglos XVII-XIX, y una mercantilista individual aparecida en el siglo XX, hasta llegar, en torno a la década de 1970, a la búsqueda de un modelo horizontal de corresponsabilidad y consentimiento informado (Emanuel y Emanuel, 1999; Lázaro y Gracia, 2006). Este nuevo paradigma se encuadra en el enfoque biopsicosocial de la salud y la enfermedad y es el eje de la medicina centrada en el enfermo o enferma, en la que participan distintos y distintas profesionales de la sanidad.

La adopción de un paradigma médico supone, como es sabido, establecer un marco social de entendimiento o codificación de los síntomas y de la enfermedad, y el consecuente uso de los recursos sanitarios y de investigación (Wade y Halligan, 2004). Desde la industrialización y el intenso desarrollo

del laboratorio y las ciencias físico-químicas del siglo XIX, domina un modelo biomédico en el que prima una visión biológica de la salud/enfermedad, una fragmentación mente/cuerpo enfocada a lo somático, y un rol del paciente como sujeto pasivo frente a la enfermedad y su manejo (López-Piñero y Terrada-Ferrandis, 2000). Frente a este modelo, han surgido otros, como el psicosocial propuesto por Engel en el tercio final del siglo XX, de acuerdo con el programa de la Organización Mundial de la Salud, que conjuga, además de la dimensión biológica, una perspectiva psicológica y sociocultural del proceso de enfermar (Engel, 1977). De este modelo y su posterior evolución nace el concepto de medicina centrada en el enfermo o enferma, que es el marco cultural en el que tiene lugar la problematización de la relación médico-paciente desde el punto de vista de género, objeto de nuestro estudio.

La práctica médica centrada en el enfermo, acorde con la línea de personalización de la asistencia médica, implica poner en valor la experiencia de enfermar vivida por el o la paciente, comprenderle de una manera holística integrando su contexto familiar, social, económico o cultural, y reconocerle como parte activa de un proceso asistencial en el que la toma de decisiones y la responsabilidad es compartida, lo que conlleva un cuidado de la propia relación profesional-paciente, e incorporar elementos de prevención y promoción de la salud, y todo ello dentro de un marco realista con los recursos disponibles (McWhinney y Freeman, 2009).

Este giro copernicano ha sido catalogado como medicina humanitaria, pero muchas feministas —como el colectivo italiano Hipatia en el título preciso del libro *Dos para saber, dos para curar*— han subrayado que no se trata solo de humanizar la medicina, sino de darle la cientificidad que le falta, porque la persona enferma también sabe de su enfermedad, incluso de lo que la tecnología médica no sabe ver o interpretar (Hipatia, 2004). En este nuevo paradigma, el desarrollo de habilidades comunicativas del profesional médico es clave, puesto que supone el vehículo principal para la relación entre personas y porque la relación médico-paciente tiene una doble condición terapéutica y epistemológica: ser fuente de información y tener efectos sanadores. Borrell habla de «transformar al paciente en persona», pues es imposible «practicar una medicina centrada en las personas sin apreciar a las personas» y reclama una reflexión individual de cada profesional que haga posible «adaptar los hábitos clínicos a cada paciente» (Borrell-Carrió, 2011).

Simone de Beauvoir escribió en 1948 «no se nace mujer, sino que se llega a serlo», y aunque el término género se introduciría años después, es una afirmación que nos sirve para presentar su conceptualización dentro del sistema sociocultural sexo-género, productor de prejuicios sexistas que

EL MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE SEXISMO EN LA CONSULTA MÉDICA

llegan hasta las consultas médicas. Según el sexo asignado al nacer, la sociedad educa a las personas de manera que adopten roles y responsabilidades que construyen el género «correspondiente» a dicho sexo, integrándose así en una estructura social que, en todos los niveles, otorga oportunidades y presupone conductas diferentes según la categoría de hombre o mujer. De este modo se perpetúan unas desigualdades sociales en las que la mujer y lo asociado a ella está subordinado al hombre y a lo considerado masculino (Delgado, Rivero y Ortiz, 2003). Además, el dualismo de este sistema, que polariza en dos posiciones el sexo y el género (masculino-femenino; mujer-hombre) y que espera una alineación consecuente entre ellos —y una orientación heterosexual—, excluye la realidad de muchas personas, como las que se identifican lesbianas, gais, bisexuales o transgénero, y también disuade a la población de salir de sus roles marcados porque la sociedad señala a quien *parece* menos hombre o menos mujer, y más de lo contrario (Abiétar, 2019).

104

La teoría del sistema sexo-género se construye en tres ejes: lo personal, lo institucional y lo simbólico (Miqueo, 2001). A nivel individual, la identidad de género nace cuando puede ser enunciada por la propia persona, pudiéndose corresponder o no con el sexo asignado, e influida por los roles, valores, expectativas, imagen, etc. asociados culturalmente a un género u otro, de modo que el ideal o mandato social que relaciona lo femenino con las emociones y el cuidado, y lo masculino con lo instrumental y productivo, puede ser asumido personalmente y puede transformarse (Delgado Sánchez *et. al.*, 2003). A nivel social e institucional, la tradicional «división sexual del trabajo» ha construido identidades laborales adaptadas al perfil de las profesiones típicamente masculinas (política, medicina, negocios, investigación) y femeninas (enfermería, cuidados, educación). Persiste todavía la discriminación de género horizontal, que se manifiesta en una distribución dispar por género en una misma profesión o área (cirugía *versus* pediatría), y también la discriminación vertical de género, visible en la jerarquía interprofesional (medicina-enfermería), e intraprofesional en cuanto a responsabilidad, poder de decidir, retribución salarial o estilo de trabajo (Saletti y Delgado, 2015). En tercer lugar, a nivel simbólico o cultural, las metáforas ocultas en el lenguaje, las ilustraciones, la publicidad, los manuales universitarios y la atribución de valores a los objetos y teorías, etc. perpetúan los estereotipos de género (Miqueo, 2001). Ante esta realidad, los estudios de género (*gender studies*) tienen la intencionalidad de una transformación social igualitaria, por lo que hablar de género implica el respaldo y la defensa de un movimiento histórico como es el feminismo, que persigue la reforma de los condicionantes socioculturales que mantienen a las mujeres en posición social de subordinación con respecto a los hombres (Esteban, 2001).

SESGOS DE GÉNERO EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Como se ha indicado, las desigualdades de género no escapan a la medicina ni a la ciencia puesto que permean en todas las esferas institucionales. El conocimiento científico se construye por personas concretas (históricamente hombres), en un país, época y marco socioeconómico y cultural determinados, mitificando así la objetividad, neutralidad y universalidad en las que se ampara la ciencia (Miqueo, 2001; Rosser, 2013). La incorporación progresiva de las mujeres en los ámbitos científicos está descifrando la mirada masculina que constituye el sesgo androcéntrico, haciendo de los estudios de género una línea de investigación con un alto índice de progresividad científica (Miqueo, Fernández, Tomás, Pascual y Barral, 2004).

Se diferencian tres tipos de sesgos de género que atraviesan distintas categorías de estudio en género y salud: morbilidad diferencial, androcen-trismo en investigación y disparidad profesional, que incluye las diferencias en la práctica clínica. El primer sesgo se debe a la *minimización de la diferencia*, es decir, la presunción de igualdad entre hombres y mujeres cuando realmente no la hay; por ejemplo, en la aplicabilidad igualitaria de los conocimientos en enfermedades cardiovasculares que resultan únicamente de estudios realizados a hombres (Ruiz, 2001; Valls, 2001). El segundo es *magnificador de las diferencias*, puesto que se parte de mayores diferencias biológicas o psicológicas de las realmente existentes, como en la presunción de la protección natural de la salud de las mujeres en base a su mayor esperanza de vida, en lugar de investigar los años libres de enfermedad que resultan similares a los de los hombres (Ruiz, 2001; Valls, 2001). Por último, están los sesgos derivados de una atribución esencialista de las diferencias únicamente a factores psicosociales sin tener en cuenta los factores individuales modificables (conductas de riesgo, actividad física, etc.), así como los no modificables (edad, género, genética), siendo que todos están relacionados entre sí y son contextuales (Valls, 2001).

En cuanto al androcen-trismo en la investigación clínica, se han señalado sesgos en todo el proceso: en la elección de los problemas de estudio, pues responde a los intereses de quien los propone y financia —tradicionalmente hombres blancos, adinerados y en puestos de poder—, y en la infrarrepresentación de las mujeres en la muestra de investigación, estableciendo así unos temas prioritarios para la salud de los hombres, cuyos resultados son posteriormente aplicados a las mujeres aun sin haber sido incluidas en dichos estudios, habiendo quedado la salud diferencial de las mujeres limitada a sus aspectos reproductores. Desde 1991 se han extendido normativas que no autorizan ensayos clínicos sin participación femenina, pero no se ha logrado erradicar la vieja costumbre. Asimismo, existen sesgos en la metodología de recogida de datos y prejuicios o estereotipos en la interpretación y conclusiones deducidas (Aznar *et al.*, 2016; Rosser, 2013; Ruiz-Cantero *et al.*, 2007; Valls, 2001).

Otra línea de investigación muy fructífera es la morbilidad diferencial, entendida como la influencia del género tanto en los factores predisponentes de las enfermedades, como en su sintomatología y eficacia terapéutica, y en la conceptualización de las diferentes entidades morbosas (Valls, 2001). A su vez, e interrelacionada, es objeto de estudio la disparidad de género en la profesión sanitaria, partiendo históricamente de una exclusividad masculina en términos absolutos y de poder, que ha ido transformándose con la gran incorporación de las mujeres estas últimas décadas, aunque manteniendo una segregación en la distribución por especialidades y en el acceso a la investigación y a los puestos directivos (Delgado y Saletti, 2015; Miqueo, Germán, Fernández-Turrado y Barral, 2011).

106

Las diferencias y desigualdades de género en la atención clínica se consideran una de las consecuencias derivadas del sistema patriarcal en el que se organiza nuestra sociedad (educación y socialización personal y profesional según el género, posición social de mujeres y hombres, etc.) y generan conflictos en la tendencia al consenso universal y la práctica clínica guiada por protocolos preestablecidos internacionalmente. Estas diferencias se han establecido en: 1) variaciones en la relación con el enfermo o la enferma según estilos de comunicación (mayor o menor dimensión psicosocial y emocional, duración del encuentro, empleo de habilidades interpersonales como la empatía o la escucha activa, enfoque de la relación centrada en el o la paciente); 2) diferencias en la manera de trabajar, con una mayor orientación preventiva por parte de las médicas y una mayor búsqueda de colaboración con el colectivo de enfermería; también se han evidenciado en cuanto a los recursos diagnósticos y terapéuticos empleados según el género del o de la paciente y del médico o médica, mientras que la preferencia de los y las pacientes parece estar parcialmente orientada por el género —algunos estudios indican preferencia por médicas, sobre todo en pacientes mujeres— y por el tipo de problema médico que se consulta (Delgado y López-Fernández, 2004; Delgado, López-Fernández y Luna, 2001).

En España se han publicado muchos estudios sobre género y salud en las últimas décadas. La base de datos Índice Bibliográfico de Ciencias de la Salud (IBECS) indexa 407 artículos, apreciándose un incremento progresivo en su número a lo largo de los veinte años que abarca la plataforma. Las revistas *Gaceta Sanitaria*, *Atención Primaria* y la *Revista Española de Salud Pública* son las que más han publicado: 85, 44 y 28 artículos respectivamente. Entre los temas estudiados, se encuentran muchos de los ya citados: el análisis de género en la práctica profesional en atención primaria (Delgado y López-Fernández, 2004; Delgado *et al.*, 2001); en el esfuerzo terapéutico (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004); también la evaluación de los proyectos de investigación en salud según el enfoque de género (Ariño *et al.*, 2011; Castaño-López, Plazaola-Castaño, Bolívar-Muñoz y Ruiz-Pérez, 2006; Tomás *et al.*, 2016); la

diferencia de representación en instituciones de salud y en investigación (Ortiz-Gómez, Birriel-Salcedo y Ortega Del Olmo, 2004); la desigualdad de género como determinante de salud pública (Fernández-Sáez *et al.*, 2016); la autopercepción de salud según el género en distintos grupos de edad; la desigualdad en salud laboral; la formación de género en ciencias de la salud; la interseccionalidad con inmigración, salud mental, orientación sexual e identidad de género, etc. Algunas autoras con mayor producción de artículos son M.^a Teresa Ruiz Cantero, Carme Borrell, Ana Delgado, Carme Valls o Teresa Ortiz, entre otras. Además, organismos como la Escuela Nacional de Salud Pública, la Escuela Andaluza de Salud Pública, el Instituto de la Mujer (nacional y regionales), el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) de la agencia de calidad del Ministerio de Sanidad y los seminarios o institutos interdisciplinarios de estudios de las mujeres de casi todas las universidades públicas han ejercido una gran labor investigadora y formativa.

El objetivo de nuestra investigación bibliográfica era comprender cómo el sistema sexo-género condiciona el sistema sanitario y específicamente las relaciones entre profesionales y pacientes, con el objeto de evitar que se puedan seguir perpetuando actitudes y dinámicas de trabajo en las entrevistas clínicas y en la asistencia médica de las que no se es consciente —como he experimentado en mis prácticas clínicas— siendo que, una vez conocidas, se puede trabajar sobre ellas y reducir efectos negativos no deseados.

Hemos partido de la revisión del Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS) para realizar una revisión sistemática de la literatura internacional circulante en la base de datos PubMed/MEDLINE enfocada a los campos conceptuales y descriptores siguientes: relación médico-paciente (*physician-patient relations*) y género (descriptores *sexism*, *prejudice*, *sex factors*, *feminism*, y los términos *sex bias*, *gender bias*).

Seleccionamos 42 de los 238 artículos hallados según criterios de pertinencia temática y calidad de las evidencias. Realizamos un análisis bibliométrico organizado por las variables habituales en estos estudios: descriptores, año y lugar de publicación, autoría, revista y tipo de artículo. Para el análisis cualitativo de la información distinguimos entre los catalogados en medicina como «ensayos narrativos» que indagaban en los mecanismos de producción del sexismo en las consultas médicas (12 %), los metaanálisis (5 %) que evaluaban el grado de homogeneidad y universalidad de los resultados cuantitativos sobre comunicación asistencial, y los estudios observacionales (83 %) que fueron agrupados según su temática. Los problemas más frecuentemente analizados en la literatura científica sobre la relación

OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y PERFIL DOCUMENTAL DE LOS ESTUDIOS

107

médico-paciente (RMP) fueron: estilos de comunicación, percepción de la RMP por el profesional o estudiante, percepción de la RMP por el o la paciente, sesgos en el diagnóstico y manejo clínico, preferencia del o de la paciente.

Sobre nuestra fuente de información, la base de datos Medline/PubMed, hemos observado cómo ha incorporado progresivamente nuevos descriptores de codificación dentro del campo conceptual de género. El último de ellos es «sexismo» (2013), al que remite el término «sesgo de género» (*gender bias*) tan utilizado en la literatura científica. «Sexismo» es el descriptor más específico de los actuales y se observa desde su introducción un mayor uso, aunque no desaparecen otros más generales y antiguos como *Sex Factors* o el genérico *Prejudice*.

Hemos hallado un crecimiento progresivo del número de artículos sobre la influencia de género en la relación médico-paciente publicados, situando el punto de inflexión en el año 1997. Su autoría está liderada por mujeres, que son la investigadora principal del 83 % de los casos estudiados. Existe una gran dispersión en su publicación (solo 6 de las 35 revistas publicaron más de un artículo) y se halla entre ellas muchas revistas de alto factor de impacto (JCR). También se observa una participación de distintas áreas científicas o especialidades, incluyendo las cinco revistas especializadas en mujeres y salud (Palomar-Mingote, 2020).

108

Se trata de estudios que utilizan metodologías propias de las ciencias humanas y sociales para indagar en los mecanismos concretos de la interiorización de los valores, actitudes y prejuicios sexistas en la propia relación interpersonal en la asistencia sanitaria. Conforman el 12 % del total de los analizados. La empatía, la ética del cuidado, los estereotipos del «sexo débil», el empoderamiento para el autocuidado, el malestar de las mujeres, los mandatos religiosos, el abuso de autoridad, etc. son el tipo de cuestiones medulares en el feminismo que se trasladan al concreto espacio de la relación médico-paciente, ilustrados en alguna ocasión con casos clínicos.

En 1997, Rosemarie Tong publica un ensayo que tiene como objetivo demostrar desde una perspectiva feminista el papel de la empatía en la práctica clínica como habilidad epistemológica y del cuidado como una virtud moral (Tong, 1997). Su autora realiza un recorrido filosófico por las aportaciones contemporáneas en ontología, epistemología y ética, comparando la visión tradicional occidental con las distintas líneas feministas, que aplica de manera práctica en la medicina. Así, entiende que una ontología que aísle al «yo» de los «otros» y una epistemología que prime lo universal, objetivo y racional sobre lo particular, subjetivo y emocional no pueden ser la base de una asistencia médica óptima. En su lugar, ofrece una alternativa que aúna el

LOS ESTUDIOS NARRATIVOS: UN NUEVO MARCO TEÓRICO PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

«yo» y los «otros». En la práctica, advierte la necesidad de ponerse en la perspectiva del o la paciente, y no solo determinar su proceso patológico universal, sino entenderlo en una persona individual al que afecta dentro de un contexto concreto (Cassell, 1991). En cuanto a la ética, el estudio desarrolla la teoría de Noddings, quien apelaba en 1984 por una ética de cuidados en la que una parte nace inconsciente (el cuidado natural) y otra es más deliberada, menos espontánea (el cuidado ético), a la cual otorga mayor importancia por necesitar un esfuerzo para mantenerse (Noddings, 1984). Recalca que no se trata de dejarse de lado a uno mismo o a una misma, sino de satisfacer los intereses tanto propios como ajenos. Este principio lo relaciona con la cuestión de género que subyace a la ética del cuidado y a la empatía, pues ambas prácticas están tradicionalmente asociadas a las mujeres, quienes las han desarrollado en una cultura patriarcal supeditando su bienestar al de los demás. Por eso, Tong hace hincapié en que la ética del cuidado solo puede ser genuina y real cuando no se desenvuelve en un ambiente de subordinación, sino en condiciones de equidad o de reciprocidad, para poder considerarse feminista. Por tanto, clarifica que no será posible integrar la empatía de manera arraigada en la medicina como epistemología, o el cuidado como virtud moral, hasta que la sociedad no otorgue el mismo nivel a las habilidades vinculadas a lo «femenino» que a lo «masculino».

Kirsti Malterud y Hanna Hollnagel (1999) sostienen que la interacción entre la sociedad y la medicina hace que se perpetúen, en la práctica clínica, los estereotipos sociales asociados a la mujer, contribuyendo a proyectar una imagen de las pacientes como personas pasivas, dependientes o con dificultad para tomar partido en su cuerpo o su vida. Proponen el uso, en la práctica médica, de diálogos centrados en el empoderamiento de las pacientes, identificando y enfatizando sus puntos fuertes, porque eso cambia la perspectiva que los y las profesionales tienen de ellas. La mujer pasa de una posición pasiva y resignada a una de resiliente que participa de forma activa en su recuperación. Para mostrar y defender su propuesta, las autoras utilizaron un caso clínico de un modo original e insólito en la comunidad científico-médica. Transcriben la entrevista clínica de una paciente de 52 años con asma y dolor crónico de espalda. En un principio, ella enumera una serie de problemas y quejas, hasta la formulación de «la pregunta clave» acerca de sus propios recursos de salud, los fomentados por ella misma, tras lo cual, la paciente revela las estrategias de afrontamiento de sus dolencias: actividad física y social (camina, va en bicicleta, acude a programas de ejercicio) y la fuerza interna que le transmite el recuerdo de cuando su marido le ayudaba dándole masajes. Así pues, las autoras concluyen que la búsqueda activa de los recursos de las propias pacientes puede ayudar a encontrar métodos alternativos o complementarios al tratamiento médico pasivo (en este caso, fisioterapia), estrechar la relación médico-paciente, y, además, poner

la atención en que la medicina no promueva las imágenes asociadas a los estereotipos sociales de género.

Otro estudio más específico del mismo equipo dirigido por Kirsti Malterud y publicado el mismo año (1999) analiza la naturaleza de los «trastornos inespecíficos» que se atribuyen mayoritariamente a las mujeres, y su novedoso abordaje desde una perspectiva de género. Para ello, señala la dicotomía médica entre el signo clínico, entendido clásicamente como un hallazgo «objetivo» (aunque ella puntualiza que es resultado de la percepción, interpretación y narración del médico), y el síntoma, una señal de padecimiento obtenida desde la experiencia subjetiva del o la paciente. En los trastornos indefinidos (como síndromes de dolor crónico, fatiga crónica, cefalea tensional, colon irritable, etc.), la falta de hallazgos objetivos resulta significativa para el médico, de modo que clasifica la entidad como «otra», «inespecífica» o «diversa», sin validar la narrativa sintomática de la paciente, quien se arriesga a no verse respaldada por la confianza del sistema de salud en forma de atención específica, bajas médicas o pensión por incapacidad, además de lidiar con los síntomas. Esta publicación presenta estudios donde el género es un agente influyente en la relación entre el médico o la médica y la enferma en distintas áreas: en comunicación desde ambas perspectivas; en diferencias según el género del médico —en la duración de la visita, continuidad de la atención, técnicas de *screening*, etc.—; y según el género del o la paciente, como exhaustividad en pruebas diagnósticas o atribución emocional ante mismos síntomas. La autora aboga por la tesis de «la construcción social del proceso diagnóstico» como resultado de su interpretación dentro de un contexto sociopolítico, el cual modela el proceso de enfermar y su comprensión por parte del o la paciente, y por la inclusión del abordaje de género en el análisis de los síntomas y signos.

Casi doce años después, Aasim I. Padela expone otra problemática transcultural con un enfoque ético muy pragmático, apelando a la formación profesional continua: la interseccionalidad entre género y religión y sus consecuencias en la práctica clínica rutinaria. (Padela y Rodríguez del Pozo, 2011). Ante un aumento de la diversidad cultural, recomiendan que el conjunto de profesionales desarrolle competencias culturales, entendidas no como el conocimiento de diferentes costumbres, sino como la actitud de adaptar la práctica profesional a los valores y a las necesidades de cada paciente, con el objetivo de minimizar las consecuencias negativas que el choque cultural pueda tener sobre su salud física y emocional. Una comunicación efectiva, en la que se tenga en cuenta al o la paciente, incrementará su comodidad, satisfacción y adhesión a las recomendaciones médicas. En el artículo se introduce la estructura bioética y legal musulmana y se profundiza en tres aspectos de la interacción de género que pueden ser barreras para la atención clínica: el código de vestimenta, la presencia única de un hombre

y una mujer en una sala y los códigos de contacto físico. Propone una serie de recomendaciones concretas, tanto a nivel general como en cada una de las tres facetas señaladas: formular preguntas dirigidas a crear un espacio en el que la paciente exprese sus preocupaciones, preferencias y valores de manera segura; que el médico realice la anamnesis en el caso de no haber una médica disponible, y una enfermera explore a la paciente en presencia del médico con el cuidado de destapar lo imprescindible.

Progresivamente en el tiempo se observa un discurso más crítico y preciso de prácticas sanitarias inadecuadas, consideradas desde marcos epistemológicos o legales nuevos, aunque se trate de viejos problemas. En 2017, Jill. B. Delston denuncia en su artículo el sexismo subyacente en la praxis médica de Estados Unidos de dificultar el acceso a la anticoncepción a las mujeres en edad fértil mediante la imposición de exámenes físicos y citologías anuales como requisito para su prescripción o renovación anual. Incide en que el porcentaje de dicha práctica es difícil de calcular al ser la fuente principal las encuestas realizadas por el propio equipo profesional, pero se estima en un porcentaje superior al 50 %. Argumenta que es un método paternalista de chantaje y control a las pacientes que viola su autonomía, dado que, además, no les comunican correctamente los riesgos que conlleva realizar las citologías anuales. Otros problemas que se suman son: el tiempo que se invierte por parte de las pacientes en las pruebas innecesarias, el dinero que suponen (obstaculizando la anticoncepción aún más a las pacientes con menos recursos) y los riesgos que derivan de su sobreindicación: sobrediagnóstico, cirugías innecesarias, pruebas invasivas acompañantes como biopsias, síntomas emocionales, etc. Añade también el riesgo que supone limitar la anticoncepción, con un mayor número de embarazos no deseados, o mal controlados, y las dificultades que un embarazo en sí mismo presenta, así como la limitación al tratamiento de la endometriosis o el síndrome de ovario poliquístico, entre otros. La autora concluye que solo si encontramos las razones que subyacen a esta práctica y se nombra al machismo como tal se puede mejorar la salud reproductiva de la mujer y trabajar para eliminarlo de la práctica médica (Delston, 2017).

El análisis de los 42 artículos que conforman este corpus documental permite realizar una radiografía de la investigación desarrollada desde 1981 sobre la influencia del género en la relación médico-paciente. Se trata de una muestra pequeña y heterogénea, que abarca focos temáticos como los aspectos comunicativos del encuentro, la valoración de este por parte del paciente y también del médico, el contexto social que envuelve el proceso de enfermar, la satisfacción del paciente o su comodidad según el género de

VALORACIÓN DE LAS EVIDENCIAS APORTADAS POR LOS ESTUDIOS OBSERVACIONALES Y METAANÁLISIS

su médico, la preferencia por un género u otro según la especialidad o consulta, las interseccionalidades que acompañan al género, o la discriminación de género ejercida en determinados procesos diagnósticos asociados a las mujeres. Hemos seleccionado para evaluar aquí los más interesantes desde el marco teórico y objetivos de nuestra investigación.

Muchos de los artículos analizados reflejan los estereotipos binarios de género presentes en la sociedad, proyectando la imagen de la «mujer» como un ser comunicativo, empático, social, dedicado al cuidado, y al «hombre» como alguien técnico, resolutivo e independiente. Es interesante estudiar cómo estos roles calan en la relación entre profesionales y pacientes, y cómo se imbrican dentro de la arquitectura del funcionamiento del sistema de salud en todos sus niveles, aunque debemos precisar que la inmensa mayoría de los artículos de nuestro estudio no describen las problemáticas de países de nuestro entorno cultural: Francia, Italia, España, Holanda, Alemania o toda Latinoamérica.

112 Los estudios sobre el personal médico muestran que, según sea su género, la comunicación con sus pacientes presenta cualidades distintas. Las médicas tienden a extender más la duración de sus consultas, a abordar más la esfera psicosocial del o de la paciente y a integrarla de manera más activa, mientras que la esfera biomédica es igualmente cubierta por los médicos y las médicas (Roter, Hall, y Aoki, 2002). Otros estudios de nuestra revisión informan en la misma línea, hacia una mayor comunicación centrada en el o la paciente por parte de las médicas. Sin embargo, se valora más por los o las pacientes la ejercida por los médicos, asociándola a una mayor competencia (Blanch-Hartigan, Hall, Roter, y Frankel, 2010; Hall, Gulbrandsen, y Dahl, 2014). Una teoría que explique esta discordancia sería que en base al ideario social de género se presuponen las habilidades de comunicación de las mujeres como parte de su personalidad, lo que invisibiliza el posible desarrollo consciente y entrenado de ellas. En cambio, las mismas características se premian en los hombres como signo de pericia, puesto que se asumen como aprendidas para desempeñar la labor asistencial, lo que minimiza a su vez el derecho de los hombres de vivir estas cualidades adquiridas como propias. No poner en valor los atributos comunicativos desarrollados por las mujeres por el hecho de asociarlas como intrínsecas a su género, además de contribuir a reproducir el orden social, puede ponerlas en riesgo, ya que un escaso reconocimiento en comparación con sus compañeros varones, puede disminuir el esfuerzo que conlleva mantenerlas. Además, esta asunción contribuye y a la vez deriva de la división que se produce en el binarismo de género, en el que determinadas características se identifican como pertenecientes a una «categoría» que se asigna a cada persona de una manera que no deja de ser «artificial».

Los metaanálisis estudiados ponen en valor, a este respecto, la formación como recurso para el desarrollo de las habilidades comunicativas

enfocadas al encuentro con los y las pacientes (Roter y Hall, 2004; Roter *et al.*, 2002). Se evidencia la mejora que dicha formación produce a largo plazo (Smith *et al.*, 2000) con un incremento en el abordaje psicosocial y una disminución de la dominancia verbal, además de otros aspectos que se diferencian según el género de la persona (Roter *et al.*, 2004). Así, independientemente de las cualidades que cada uno o una haya madurado a lo largo de su vida desde un punto de partida determinado, se puede confiar en el entrenamiento constante en esas competencias con la mirada puesta en construir una mejor relación con los y las pacientes y con el entorno. No sería lícito, por lo tanto, ampararse en el género de profesionales como filtro para la valoración de sus habilidades comunicativas, así como tampoco lo sería a nivel personal justificar la carencia de estas o minimizar el valor de su uso según su propio género, puesto que puede existir un ejercicio consciente y entrenado detrás de ellas.

Si ponemos el foco en la perspectiva del paciente, encontramos de nuevo los condicionantes de género de la sociedad en la que vive. Se evidencia (Malterud y Hollnagel, 1999) cómo se transforma la percepción inicial estereotipada de la paciente como un sujeto pasivo a uno resiliente con capacidad de participar activamente en su salud, mediante el uso de un diálogo que la invita a mostrar sus fortalezas. Tres estudios subrayan que los pacientes informan de más síntomas a médicas que a médicos (Himmelstein y Sanchez, 2016; Meyer-Frießem, Szalaty, Zahn, y Pogatzki-Zahn, 2019; Roter *et al.*, 2002). Los dos últimos especifican que se trata de pacientes varones y el tercero lo relaciona con una mayor «masculinidad» y esta, a su vez, a una preferencia por médicos varones. Esta conducta se puede explicar recordando la imagen que la sociedad dibuja de los hombres expuesta previamente, por la que quizá un varón —y más, cuanto más «masculino» sea— teme dejar de encajar en la categoría «hombre» si se muestra vulnerable frente a otra persona, especialmente cuando sea otro hombre, mientras que si fuera a una mujer se mostraría más abierto y seguro, puesto que el «cuidado» se asocia a lo «femenino». Por otro lado, encontramos artículos que señalan que se utiliza una comunicación más centrada en el paciente con pacientes mujeres (Bertakis, Franks, y Epstein, 2009) y otros donde se las tiene menos en cuenta en la toma de decisiones (Borkhoff *et al.*, 2013), aunque ambos se desarrollan en ámbitos médicos distintos.

Hay numerosos estudios que evidencian cómo el género produce o reproduce desigualdades en el proceso diagnóstico y terapéutico. La enfermedad más y mejor analizada ha sido la patología cardiovascular. El conjunto de profesionales actuales se han formado con programas que tenían al varón como norma y a la mujer como variante o excepción, asociando la salud de las mujeres a su salud reproductiva o haciendo un uso consumista de ello (Delston, 2017; Valls, 2001). Destaca la infrarrepresentación de mujeres en

ensayos clínicos, a pesar de una posterior universalización de sus resultados, aun sin conocer posibles efectos secundarios en el sexo femenino, como ocurre con los hipolipemiantes (Valls, 2001). En este caso se aplica el sesgo en epidemiología clínica de la asunción de igualdad entre hombres y mujeres cuando realmente son distintos (Ruiz-Cantero *et al.*, 2007).

En la faceta preventiva, las médicas proporcionan más prevención primaria y *screening* de cáncer, siendo las pacientes quienes reciben menor prevención primaria, excluyendo mama (Krähenmann-Müller *et al.*, 2014), y los varones quienes tienen más probabilidades de que se inicie intervención de cese tabáquico con ellos (Young y Ward, 1998). Otro grupo de artículos trata la atribución psicósomática de los síntomas de las mujeres. Como se ha comentado en el párrafo anterior, ocurre en cuadros de origen cardíaco, pero también se denuncia una mayor asignación diagnóstica como «síndromes inespecíficos» a mujeres con respecto a hombres ante unos síntomas idénticos (Clarés y Renström, 2019; Hamberg, Risberg, Johansson, y Westman, 2002; Malterud, 1999), repercutiendo además en una peor relación con su médico o médica (Clarés y Renström, 2019). La mayor probabilidad de que se tenga en cuenta un componente psicósomático si la paciente es mujer (Valls, 2001) se puede relacionar con la herencia de la construcción a lo largo del siglo XIX, producto de las diferencias de características mentales asignadas al género, de patologías «típicamente femeninas» como la histeria; incluso después de reconocer que también podía darse en los varones, se mantuvo el ovario como la zona histerogénica más importante durante años (Jiménez-Lucena y Ruiz-Somavilla, 1999; López-Piñero y Morales-Messenger, 1970; Rodríguez-Sánchez, 1994). En la línea del artículo dedicado a la vivencia de la dispareunia por las mujeres, en el que muchas sentían cómo eran derivadas a psiquiatría para tratar su dolencia (Braksmajer, 2018), en el siglo XIX se psiquiatrizaron procesos fisiológicos como la menstruación, la gestación o la menopausia, contribuyendo socialmente a legitimar la desigualdad entre hombres y mujeres. Se dio soporte a la causalidad de las enfermedades mentales por factores psicológicos asociados a lo femenino: emotividad, afectividad, sensibilidad, pensamiento imaginativo (Jiménez-Lucena y Ruiz-Somavilla, 1999).

También se han publicado artículos que descifran el llamado «malestar de las mujeres». Malterud señala la categorización como «síndromes inespecíficos» a los cuadros que carecen de signos objetivables por el médico o médica, sin validar por tanto la narrativa sintomática de la paciente (Malterud, 1999). Por lo que aboga por una construcción social del proceso diagnóstico, que sea resultado de la interpretación dentro de un contexto sociopolítico —que modela el proceso de enfermar en cada cultura, y, por lo tanto, su comprensión por el o la paciente— y que incluya el abordaje de género en el análisis de los síntomas y los signos. Esta apreciación de lo

individual y lo universal en la concepción de la esfera del o la paciente aparece destacada en dos artículos más de la revisión. Tong, adaptando las teorías feministas epistemológicas, incide en la necesidad de trasladar la mirada del cuidado a la perspectiva del o la paciente, puesto que cada proceso, aunque sea una patología universal, ocurre en un determinado encuadre que nos ofrece conocimiento de cómo afecta a esa persona en particular (Tong, 1997). Es importante tener en cuenta que cada una vive y padece su proceso de enfermar de una manera distinta, según sus condicionantes vitales, sus hábitos y su entorno, las exigencias de su rutina, sus experiencias previas, sus valores y la interacción con la sociedad donde vive, y que todo ello está presente en el encuentro sanitario. Ante un escenario en el que diversas culturas pueden converger, Padela y Rodríguez del Pozo (2011) instan al desarrollo de competencias culturales por parte de los y las profesionales, es decir, de la adopción consciente de una actitud abierta a comprender los valores y necesidades de cada persona, que se materialice en la creación de un espacio seguro donde esta pueda expresarse en libertad.

A lo largo del proceso de selección de los artículos para la revisión y de su lectura, hemos encontrado interseccionalidades con otras minorías que también afectan al encuentro con el o la paciente, como pueden ser: el nivel socioeconómico, la etnia, la nacionalidad, la religión, la orientación sexual, la identidad de género, la diversidad funcional, la obesidad, los cuerpos no normativos, la edad avanzada y otros grupos minoritarios, además del género. En esta revisión teníamos como criterio de exclusión que la variable principal fuera esta última, el género, puesto que entendemos que un estudio que incluyera todas las interseccionalidades sería inabarcable. Por lo tanto, asumiendo que existen otros condicionantes de la relación entre profesionales y pacientes, se presenta la falta de estos en el análisis como una limitación del estudio o propuesta de análisis o síntesis en el futuro.

Otra limitación importante que observamos es el desconocimiento del método de la medida del género utilizado en los cuestionarios de los estudios cuantitativos para determinar valor de la N (número y porcentaje de casos) de «hombres» y «mujeres». Habitualmente, en investigación el género categoriza a las personas en un sistema binario hombre-mujer, pero hay literatura crítica en este sentido que proporciona diferentes alternativas sin que haya todavía un consenso entre las propuestas, dada la complejidad de la materia (Lindqvist, 2018), pero con recomendaciones para la práctica (Ansara y Hegarty, 2014). Su objetivo es incluir a las personas cuyo género no es aquel que se les asignó al nacer, eliminando las casillas macho/hembra que se refieren al sexo en inglés (*male/female*), a quienes se identifican con un género entre o más allá de los polos del binarismo tradicional, con ninguno, etc. (Nowatzki y Grant, 2011). Hay artículos recientes que abogan por la determinación de una variable según el objetivo del trabajo; en lugar

de consultar el género de la persona encuestada, otras cuestiones como el sexismo, el nivel de apego con su género, etc. pueden aportar más información (Lindqvist *et al.*, 2018). Por ejemplo, en nuestra revisión, un artículo mide la masculinidad —aunque es cierto que toda la muestra es de varones— para asociarla a la preferencia por el género de su médico y a una mayor o menor expresión de síntomas según este.

Por último, de cara a un estudio posterior, considero de interés ampliar el foco de estudio al conjunto de profesionales, y analizar desde una perspectiva de género la interacción del colectivo de enfermería con sus pacientes y con otros sanitarios. Es una profesión definida por los condicionantes de género, puesto que históricamente —y hoy en día en una amplia mayoría— el cuidado de los enfermos ha pertenecido a las mujeres. Es a ellas a quienes se han relegado los cuidados, lo que estrecha un vínculo fuerte con el paciente del que se pueden estudiar los componentes en un análisis bidireccional (comunicación, afecto, confianza, habilidades interpersonales, habilidades técnicas, etc.). En cuanto a las interacciones interprofesionales, la feminización del colectivo le ha colocado en una posición de subordinación respecto a la profesión médica tradicionalmente masculina (Blázquez-Rodríguez, 2005; García Bañón *et al.* 2004); y es ahora con la integración de las mujeres en medicina cuando se está dando la ocasión de una mayor colaboración y trabajo en equipo entre ambas profesiones y con el resto del personal sanitario.

116

Numerosos estudios han recomendado implementar mayor formación continua desde la perspectiva de género en competencias comunicativas dirigidas a un encuentro centrado en el o la paciente, tras haber demostrado que todo profesional tiene la capacidad de enriquecer sus habilidades mediante entrenamiento específico. Se han evidenciado sesgos de género y androcentrismo en el proceso diagnóstico de diversas entidades (síndromes coronarios, fatiga crónica, etc.). Se diagnostica con menor certeza o se infradiagnostica a las mujeres, o se atribuye con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres una causa psicósomática o una categorización como «síndromes inespecíficos» ante síntomas idénticos. Se ha informado de una variabilidad de resultados en cuanto a la satisfacción o la preferencia de los y las pacientes según el género de sus médicos. En algunos, las médicas son más valoradas, en otros, los médicos. Mayoritariamente, se expresa no tener preferencia, y, en el caso de que así sea, se inclinan hacia una concordancia de género con su médico —también en satisfacción—, especialmente en las consultas sensibles y en las especialidades como urología o ginecología. Por último, consideramos que la revisión sistemática de la literatura de cualquier problema médico desde la perspectiva diferencial de género, median-

A MODO DE CONCLUSIONES

te los descriptores específicos (*sex factor, sexism o feminism, y gender bias*) de la base de datos más popular y accesible y mejor estructurada como es PubMed, aporta una información necesaria al profesional médico, de la que carece durante su formación de pregrado en España.

BIBLIOGRAFÍA

- ABIÉTAR, Daniel G. (2019). *¿Sólo dos?: la medicina ante la ficción política del binarismo sexo-género*. Oviedo: Cambalache.
- ANSARA, Y. Gavriel, y HEGARTY, Peter (2014). «Methodologies of misgendering: Recommendations for reducing cisgenderism in psychological research». *Feminism and Psychology* (24/2), 259-270. DOI: <https://doi.org/10.1177/0959353514526217>
- ARIÑO, M. Dolores, TOMÁS, Concepción, EGUILUZ, Mercedes, SAMITIER, M. Luisa, OLIVEROS, Teresa, YAGO, Teresa, MAGALLÓN, Rosa (2011). «¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación?». *Gaceta Sanitaria* (25/2), 146-150. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.023>
- BERTAKIS, Klea D., FRANKS, Peter, y EPSTEIN, Ronald M. (2009). «Patient-centered communication in primary care: Physician and patient gender and gender concordance». *Journal of Women's Health* (18/4), 539-545. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0969>
- BLANCH-HARTIGAN, Danielle, HALL, Judith A., ROTER, Debra L., y FRANKEL, Richard M. (2010). «Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors». *Patient Education and Counseling* (80/3), 315-320. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.014>
- BLÁZQUEZ-RODRÍGUEZ, M. Isabel (2005). «Los componentes de género y su relación con la enfermería». *Index de Enfermería* (14/51), 50-54. DOI: <https://doi.org/10.4321/s1132-12962005000300010>
- BORKHOFF, Cornelia M., HAWKER, Gillian A., KREDER, Hans J., GLAZIER, Richard H., MAHOMED, Nizar N., y WRIGHT, James G. (2013). «Influence of patients' gender on informed decision making regarding total knee arthroplasty». *Arthritis Care and Research* (65/8), 1281-1290. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.21970>
- BORRELL-CARRIÓ, Francesc (2011). *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela.
- BRAKSMAJER, Amy (2018). «Struggles for medical legitimacy among women experiencing sexual pain: A qualitative study». *Women and Health* (58/4), 419-433. DOI: <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1306606>

- CASELL, Eric J. (1991). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- CASTAÑO-LÓPEZ, Esther, PLAZAOLA-CASTAÑO, Juncal, BOLÍVAR-MUÑOZ, Julia, y RUIZ-PÉREZ, Isabel (2006). «Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)». *Revista Española de Salud Pública* (80/6), 705-716. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1135-57272006000600010>
- CLARÉUS, Benjamin y RENSTRÖM, Emma A. (2019). «Physicians' gender bias in the diagnostic assessment of medically unexplained symptoms and its effect on patient-physician relations». *Scandinavian Journal of Psychology* (60/4), 338-347. DOI: <https://doi.org/10.1111/sjop.12545>
- DELGADO-SÁNCHEZ, Ana y LÓPEZ-FERNÁNDEZ, Luis A. (2004). «Práctica profesional y género en atención primaria». *Gaceta Sanitaria* (18/1), 112-117.
- DELGADO-SÁNCHEZ, Ana, LÓPEZ-FERNÁNDEZ, Luis A. y LUNA, Juan D. (2001). «Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial». *Atención Primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* (28/4), 219-226. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78938-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78938-X)
- DELGADO-SÁNCHEZ, Ana, RIVERO-TÁVORA, Ana, y ORTIZ-GÓMEZ, Teresa (2003). «Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad». *Estudios de Sociolingüística* (4), 589-611.
- DELSTON, Jill B. (2017). «When doctors deny drugs: Sexism and contraception access in the medical field». *Bioethics* (31/9), 703-710. DOI: <https://doi.org/10.1111/bioe.12373>
- EMANUEL, Ezekiel J. y EMANUEL, Linda L. (1999). «Cuatro modelos de la relación médico-paciente». En Azucena Couceiro Vidal (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 109-126.
- ENGEL, George L. (1977). «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine». *Science* (196/4286), 129-136. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- ESTEBAN, Mari Luz (2001). «El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud». En Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, M.^a José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago (eds.). *Perspectivas de género en salud: fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva, 25-31.
- FERNÁNDEZ SÁEZ, José, RUIZ CANTERO, M.^a Teresa, GUIJARRO GARVI, Marta, RODENAS CALATAYUD, Carmen, MARTÍ SEMPÈRE, Mónica, y JIMÉNEZ ALEGRE, M.^a Dolores (2016). «Tiempos de equidad de género: descripción de las desigualdades entre comunidades autónomas, España 2006-2014». *Gaceta Sanitaria* (30/4), 250-257.
- GARCÍA BAÑÓN, Ana M.^a, SAINZ OTERO, Ana y BOTELLA RODRÍGUEZ, Manuel (2004). «La enfermería vista desde el género». *Index de Enfermería* (13/46), 45-48.
- HALL, Judith A., GULBRANDSEN, Pål y DAHL, Fredrik A. (2014). «Physician gender, physician patient-centered behavior, and patient satisfaction: A study in three practice settings within a hospital». *Patient Education and Counseling* (95/3), 313-318. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.03.015>
- HAMBERG, Katarina, RISBERG, Gunilla, JOHANSSON, Eva E. y WESTMAN, Göran (2002). «Gender bias in physician's management of neck pain: A study of the answers in a Swedish National Examination». *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* (11/7), 653-665. DOI: <https://doi.org/10.1089/152460902760360595>
- HIMMELSTEIN, Mary S. y SANCHEZ, Diana T. (2016). «Masculinity in the doctor's office: Masculinity, gendered doctor preference and doctor-patient communication». *Preventive Medicine* (84), 34-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.12.008>

- HIPATIA (VV. AA.). (2004). *Dos para saber, dos para curar*. Madrid: Horas y Horas.
- JIMÉNEZ LUCENA, Isabel y RUIZ SOMAVILLA, María José (1999). «La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX». En M.^a José Barral, Carmen Magallón, Consuelo Miqueo y M.^a Dolores Sánchez (eds.). *Interacciones ciencia y género: discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria Editorial, 185-208.
- KRÄHENMANN-MÜLLER, Simone, VIRGINI, Vanessa S., BLUM, Manuel R., DA COSTA, Bruno R. y COLLET, Tinh Hai (2014). «Patient and physician gender concordance in preventive care in university primary care settings». *Preventive Medicine* (67), 242-247. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.004>
- LÁZARO, José y GRACIA, Douglas (2006). «La relación médico-enfermo a través de la historia». *An. Sist. Sanit. Navar* (29), 7-17.
- LINDQVIST, Anna, BÄCK, Emma A., BÄCK, Hanna y SENDÉN, Marie Gustafsson (2018). «Measuring gender in surveys: social psychological perspectives». *Gender Diversity in Survey Research Workshop*. Gothenburg. Disponible en: <http://www.genderfair.se/wp-content/uploads/2018/06/Lindqvist-et-al-2018-Measuring-gender-in-surveys.pdf>
- LÓPEZ PIÑERO, José María y TERRADA FERRANDIS, María Luz (2000). *Introducción a la medicina*. Barcelona: Crítica.
- LÓPEZ PIÑERO, José María y MORALES MESENGUER, José María (1970). *Neurosis y Psicoterapia. Un estudio histórico*. Madrid: Espasa Calpe.
- MALTERUD, Kristi (1999). «The (gendered) construction of diagnosis interpretation of medical signs in women patients». *Theoretical Medicine and Bioethics* (20/3), 275-286. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1009905523228>
- MALTERUD, Kristi y HOLLNAGEL, Hanne (1999). «Encouraging the strengths of women patients: A case study from general practice on empowering dialogues». *Scandinavian Journal of Public Health* (27/4), 254-259. DOI: <https://doi.org/10.1177/14034948990270040901>
- McWHINNEY, Ian R. y FREEMAN, Thomas (2009). *Textbook of Family Medicine* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- MEYER-FRIESSEM, Christine H., SZALATY, Patrycja, ZAHN, Peter K. y POGATZKI-ZAHN, Esther M. (2019). «A prospective study of patients' pain intensity after cardiac surgery and a qualitative review: effects of examiners' gender on patient reporting». *Scandinavian Journal of Pain* (19/1), 39-51. DOI: <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0111>
- MIQUEO, Consuelo, GERMÁN BES, Concha, FERNÁNDEZ-TURRADO, Teresa y BARRAL MORÁN, M.^a José (2011). *Ellas también cuentan. Científicas en los comités de revistas biomédicas*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- MIQUEO, Consuelo (2001). «Semiología del androcentrismo. Teorías sobre reproducción de Andrés Piquer y François Broussais». En Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, M.^a José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago (eds.). *Perspectivas de género en salud: fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones, 97-134.
- MIQUEO, Consuelo, FERNÁNDEZ, Teresa, TOMÁS, Concepción, PASCUAL, Luis y BARRAL, M.^a José (2004). «Progresividad del proyecto género en salud. Análisis bibliométrico de la literatura internacional: 1982-2002». En Eulalia Pérez Sedeño (ed.). *Ciencia y tecnología desde la perspectiva de género*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- NODDINGS, Nel (1984). *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley, CA: University of California Press.
- NOWATZKI, Nadine y GRANT, Karen R. (2011). «Sex is not enough: The need for gender-based analysis in health research». *Health Care for Women International* (32/4), 263-277. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.519838>

- ORTIZ GÓMEZ, Teresa, BIRRIEL SALCEDO, Johanna y ORTEGA DEL OLMO, Rosa (2004). «Género, profesiones sanitarias y salud pública». *Gaceta Sanitaria* (18/4), 189-194.
- PADELA, Aasim I. y RODRIGUEZ DEL POZO, Pablo (2011). «Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: an Islamic bioethical perspective». *Journal of Medical Ethics* (37/1), 40-44. DOI: <https://doi.org/10.1136/jme.2010.037614>
- PALOMAR MINGOTE, Paula (2020). *Relación médico-paciente desde la perspectiva de género: una revisión bibliográfica*. [Trabajo Fin de Grado]. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. Disponible en: <https://deposita.unizar.es/record/53211>
- RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, M.^a Ángeles (1994). «La del tercero: aproximación a la histeria en un cuento escrito por una mujer». *Asclepio* (46), 261-290.
- ROSSER, Sue V (2013). «El sesgo androcéntrico en la investigación clínica». En Montserrat Cabré i Pairet y Fernando Salmón Muñiz (eds.). *Sexo y género en medicina: una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*. Santander: Universidad de Cantabria, 121-138.
- ROTER, Debra L. y HALL, Judith A. (2004). «Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research». *Annual Review of Public Health* (25/1), 497-519. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134>
- ROTER, Debra L., HALL, Judith A. y AOKI, Yutaka (2002). «Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review». *Journal of the American Medical Association* (288/6), 756-764. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756>
- ROTER, Debra L., LARSON, Susan, SHINITZKY, Harold, CHERNOFF, Robin, SERWINT, Janet R., ADAMO, Graceanne y WISSOW, Larry (2004). «Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training». *Medical Education* (38/2), 145-157. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2004.01754.x>
- RUIZ CANTERO, M.^a Teresa (2001). «Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad». En Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, M.^a José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago (Eds.). *Perspectivas de género en salud: fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva, 163-177.
- RUIZ CANTERO, María Teresa, y VERDÚ DELGADO, María (2004). «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico». *Gaceta Sanitaria* (18/4), 118-125.
- RUIZ CANTERO, María Teresa, VIVES CASES, Carmen, ARTAZCOZ, Lucía, DELGADO, Ana, GARCÍA CALVENTE, María del Mar, MIQUEO, Consuelo, VALLS, Carmen (2007). «A framework to analyse gender bias in epidemiological research». *J Epidemiol Community Health* (61), 46-53. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2007.062034>
- SALETTI CUESTA, Lorena, y DELGADO-SÁNCHEZ, Ana (2015). *Discurso de las Médicas sobre el Desarrollo Profesional. Miradas Propias*. Granada: Universidad de Granada.
- SMITH, Robert C., MARSHALL-DORSEY, Alicia A., OSBORN, Gerald G., SHEBROE, Valerie, LYLES, Judith S., STOFFELMAYR, Bertram E., GARDINER, Joseph C. (2000). «Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing». *Patient Education and Counseling* (39), 27-36.
- TOMÁS AZNAR, Concepción, YAGO SIMÓN, Teresa, EGUILUZ LÓPEZ, Mercedes, OLIVEROS BRIZ, Teresa, PALACIO GAVÍN, Gema y SAMITIER LERENDEGUI, M.^a Luisa (2016). «El sexo y el género en la investigación en salud: las resistencias a la superación de un reto». *Filanderas. Revista Interdisciplinar de Estudios Feministas* (1), 27-44.
- TONG, Rosemarie (1997). «Feminist perspectives on empathy as an epistemic skill and caring

- as a moral virtue». *Journal of Medical Humanities* (18/3), 153-168. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1025685618218>
- VALLS LLOBET, Carmen (2001). «El estado de la investigación en salud y género». En Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, M.^a José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago (eds.). *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva Ediciones S.L, 179-197.
- WADE, Derick T. y HALLIGAN, Peter W. (2004). «Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?». *BMJ* (329), 1398-1401. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7479.1398>
- YOUNG, Jane M. y WARD, Jeanette E. (1998). «Influence of physician and patient gender on provision of smoking cessation advice in general practice». *Tobacco Control* (7/4), 360-363. DOI: <https://doi.org/10.1136/tc.7.4.360>