

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD PÚBLICA

Carme Valls-Llobet

Médica. Directora del programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS. Barcelona.

SESGO DE GÉNERO EN MEDICINA

El sesgo de género en Medicina se está manifestando de tres formas distintas: en primer lugar, partiendo de la suposición de que los problemas y riesgos para la salud de mujeres y hombres son iguales, cuando no lo son; en segundo lugar, partiendo de la base de que existen diferencias biológicas y psicológicas donde, finalmente, sólo hay similitudes ¹; y en tercer lugar, partiendo de la suposición de que los problemas de salud son provocados sólo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias basadas en las diferencias biológicas ².

Lo que me gustaría mostrarles es que sólo una visión de los problemas de salud basada en lo biológico, psicológico y social nos puede aportar un modelo para estudiar las desigualdades de género en el terreno de la salud. Nuestro equipo está trabajando con el modelo de salud propuesto por M. Frankenhauser para estudiar las diferencias de género en relación con el estrés laboral ³. Este modelo, que pretende estudiar las diversas causas que provocan consecuencias para la salud, se basa en analizar las demandas sociales y las condiciones de trabajo que afectan a una persona, el soporte social y las diferencias biológicas y psicológicas entre mujeres y hombres.

I. La mirada androcéntrica

Los problemas de salud no son visibles, porque existe un sesgo inconsciente de que los problemas de hombres y mujeres son similares y que es posible extrapolarlos.

I.1. Muchos ensayos clínicos se han realizado sólo entre hombres suponiendo que los resultados se podían aplicar automáticamente a las mujeres: estudio de fármacos antilipidémicos, efectos secundarios del tabaco, mortalidad y morbilidad después de un infarto de miocardio, estudio de los factores de riesgo para la cardiopatía isquémica... ⁴⁻⁶. Décadas de investigación en prevención, métodos de diagnóstico y programas de intervención han incluido sólo hombres como sujetos de la investigación:

- Administration Cooperative Study (Murphy et al 1977) ⁷: Beneficios de la cirugía coronaria en grupo de pacientes varones con angina de pecho.
- Physicians Heart Study (Manson, Grobbee and Stampfer 1990) ⁸: Aspirina para prevenir los ataques cardíacos en hombres, 22.000 sujetos varones.
- Multiple Risk Factor Intervention Trial (1982), 12.000 varones ⁹

I.2. Los factores de riesgo y los protectores para la salud detectados en hombres se han extrapolado directamente a las mujeres (por ejemplo, el efecto protector del ácido acetil-salicílico contra los problemas cardiovasculares en el hombre no se han podido probar nunca en la mujer) ⁸. Por el contrario, factores de riesgo que son cruciales para la salud de las mujeres, como los debidos a la sobrecarga desigual en la atención a la familia y el trabajo doméstico, todavía han de ser plenamente investigados ⁷.

De hecho, los factores de riesgo relativo a la muerte súbita derivados del Framingham Heart Study, después de veintiséis años de seguimiento, son diferentes para hombres y mujeres. Para hombres son, por este orden: la edad, el colesterol sérico, el número de cigarrillos

fumados a diario, el peso relativo, y la tensión arterial sistólica. En cambio, en las mujeres los tres principales predictores fueron la edad, la capacidad vital, y el hematocrito; y como dato marginal, en mujeres mayores, el colesterol y la glucosa (Schatzkin 1984).

La relación entre terapia estrogénica y enfermedad cardiovascular se ha estudiado mucho menos que los factores de riesgo en el hombre. El ensayo clínico HERS que utiliza terapia hormonal sustitutiva en mujeres que ya habían tenido problemas cardíacos, frente a placebo, ha obtenido unos resultados sorprendentes después de cuatro años de seguimiento. Su último informe señala que no se han encontrado diferencias en la incidencia de problemas cardiovasculares entre el grupo tratado y el placebo, lo que contradice las suposiciones previas, muy extendidas, de que la terapia estrogénica tiene un efecto protector sobre las coronarias. De hecho, se presentaron un considerable mayor número de muertes por trombosis durante los dos primeros años del estudio entre el grupo tratado con terapia hormonal sustitutiva (HERS 1998)¹⁰.

I.3. En los análisis de datos multivariantes, el sexo se ha incluido como variable, pero sirve a veces como un potencial confusor más que como una variable predictiva o pronóstica si no se hace un esfuerzo suplementario. Sus efectos son controlados a efectos estadísticos y posteriormente ignorados (Stephenson)¹¹. Encuestas y cuestionarios olvidan preguntas relativas a las condiciones de vida y a diferencias en sobrecarga de trabajo, así como la doble jornada, y una pregunta tan simple como el número de personas que viven en el mismo hogar, podría ayudarnos a obtener una visión más realista (I. Rohlf)¹².

II. Se supone que sólo hay diferencias psicológicas y biológicas donde existen sólo situaciones similares.

II.1. Sabemos que la esperanza de vida de las mujeres es más dilatada que la de los hombres (7 a 10 años). Basados en esta información, sería posible creer que no es necesario realizar ninguna investigación sobre la salud de las mujeres, porque su vida está protegida de forma natural. La sociedad y los profesionales de la salud podrían creer que la mujer disfruta de un mejor estado de salud que el hombre. Pero si estudiamos cuántos de los años vividos de más lo son con calidad de vida, existe una gran similitud entre mujeres y hombres. Las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y discapacidades durante la vida que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas que los hombres (Valls-Llobet C. 1991)¹³.

II.2. La noción de que existen diferencias intrínsecas entre los dos sexos se basa en la consideración de que la salud de las mujeres es sólo una salud reproductiva y muchos profesionales sanitarios y políticos creen que la salud de las mujeres se relaciona sólo con el embarazo, la anticoncepción, la planificación familiar y, recientemente, con la menopausia. Los trastornos de la menstruación son todavía un tema “tabú” para la asistencia primaria y permanecen invisibles para la investigación científica. Una consecuencia de esta visión en los servicios asistenciales es el establecimiento de las unidades que atienden “problemas de las mujeres” o “unidades de atención a la mujer” segregadas de las unidades de atención primaria, olvidando la similitud de problemas de salud entre mujeres y hombres y obstaculizando la real introducción de una mirada de género no sesgada en la atención primaria, en medicina interna y en las demás especialidades médicas, principalmente la cardiología.

II.3. Las actitudes de los médicos de atención primaria hacia los pacientes (mujeres y hombres) fueron estudiadas por Berstein y Kane en 1981¹⁴. Se estudiaron las actitudes de 253 médicos y médicas de asistencia primaria frente a la expresividad de los problemas de la salud o del sexo de las/los pacientes. Se observó que el 25% de las mujeres eran catalogadas como pacientes que se quejaban en exceso; los síntomas de las pacientes eran más fácilmente atribuidos a influencias emocionales que los de los hombres y las enfermedades de las mujeres fueron clasificadas como psicósomáticas en el 26% de los casos frente a sólo el 9% en el caso del sexo masculino. Los médicos/as aprecian a menudo que las demandas de los pacientes varones son más serias y también es más probable que valoren un componente psicósomático si la paciente es del sexo femenino (Colameco 1983)¹⁵.

II.4. Se supone que existen diagnósticos diferentes con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, sin que sean probados (las mujeres son más depresivas, más ansiosas, o sienten subjetivamente más dolor...), cuando quizás se podrían obtener diagnósticos más rigurosos si se usaran métodos de diagnóstico más adecuados a los problemas (muchas enfermedades endocrinas subclínicas y clínicas causan síntomas parecidos a los cuadros ansioso-depresivos). Un estudio realizado por Ann Hohmann en 1989¹⁶ demostró, con el análisis de datos de la asistencia de Estados Unidos, que las mujeres recibían muchos más ansiolíticos y antidepresivos que los hombres, pero no recibían hipnóticos, barbitúricos y antipsicóticos. Se ha comprobado la prescripción de altas dosis de tranquilizantes a las mujeres como práctica habitual, incluso en la primera visita sin haber realizado ninguna técnica exploratoria (Ashton 1991)¹⁷. Las consecuencias a largo plazo de administrar ansiolíticos y antidepresivos, cuando no ha existido o existe un correcto diagnóstico biológico o social, no han sido todavía analizadas, pero deberían ser incluidas en el capítulo de mala práctica profesional.

III. Se supone que los problemas de salud son provocados sólo por algunas causas sociales o culturales sin otras interferencias.

En una primera aproximación social a los problemas de salud de hombres y mujeres se podría atribuir su etiología a los problemas sociales relacionados sólo con las discriminaciones, pero una aproximación más profunda ha señalado también la influencia de la pobreza, clase social, demandas de trabajo, medio ambiente, exposición a sustancias contaminantes y de la distribución gubernamental de los servicios sociales como factores que inciden sobre el problema de la salud de las mujeres porque son un colectivo que está muy afectado por una desigual distribución de las cargas familiares (cuidado de personas mayores, personas enfermas y niños y niñas).

El modelo de atributos ambientales y personales incluye cuatro categorías: clase social, cultura y etnia, añadidos a los factores individuales. En relación con los factores individuales, podemos señalar aquellos riesgos de conducta potencialmente modificables como el tabaco o el alcohol, la intensidad de la actividad física y los hábitos dietéticos, así como otros factores no modificables, como la edad, el género o el bagaje genético, pueden aparecer como elementos que contribuyen a los porcentajes de enfermedad o salud. Pero estas cuatro áreas de influencia no son independientes entre sí y pueden conducir a resultados confusos. Por ejemplo, la pobreza, las escasas posibilidades de acceso a la cultura, la violencia y el acceso a la actividad física tienen una especificidad de género. Muchas veces, lo que se atribuye a la raza o al género se debería atribuir al estatus socioeconómico cuando los efectos de los dos factores están adecuadamente separados (McKinlay 1994)¹⁹.

La comprensión epidemiológica es incompleta si la influencia del sistema social en el ámbito estadístico no está apropiadamente reconocido. Al tradicional triunvirato de agente, huésped y medio ambiente, una cuarta influencia puede ahora ser añadida desde la perspectiva de género, que es la contribución desde el sistema social: las políticas de reembolso de los gobiernos, las prioridades organizativas y a variable de conducta de los proveedores de la salud (McKinlay 1996)¹⁸.

IV. Conductas profesionales

La influencia de la conducta médica en las estadísticas epidemiológicas es probablemente mayor que todo el sistema social combinado. La profunda influencia de la conducta del proveedor de salud está bien ilustrada si consideramos las grandes diferencias de género aceptadas en las enfermedades cardiovasculares (ECV). La enfermedad coronaria es la primera causa de muerte entre las mujeres, por encima del cáncer de mama.

Cada vez es más evidente que los problemas de coronarias a menudo no detectados o incluso dejados de lado (Eaker 1987)²⁰, (Steingart 1991)²¹, (Ayanian and Epstein 1991)²². Los factores de riesgo de muerte súbita por causa de las coronarias en mujeres presentan algunas diferencias en relación a las citadas para los hombres. En las mujeres jóvenes, fumar es el primer factor de riesgo pero, en las mujeres mayores, la hipertensión y la diabetes mellitus están más asociadas a la muerte súbita (Burke 1998)²³.

Durante los últimos tres años se han presentado pruebas de que la homocisteína total en plasma y el déficit de ácido fólico son factores de riesgo para el infarto de miocardio en las mujeres jóvenes (Schwartz 1997)²⁴. Un metaanálisis llevado a término por Ray en 1988²⁵ mostró que existe un riesgo significativo de trombosis venosa en presencia de hiperhomocisteinemia. El riesgo parece ser mucho más significativo en mujeres menores de sesenta años. Se ha probado también que existen diferencias en la biología de la homocisteína relacionadas con el sexo, con concentraciones dos veces más altas en las mujeres sanas que en los hombres sanos (Lussier-Cacan 1996)²⁶.

Las mujeres tienen una prevalencia más baja de cardiopatía isquémica pero con una mayor mortalidad (Marrugat 1998)²⁷ en los seis meses posteriores. Los datos del "Framingham Heart Study" ajustados por edad indican que las mujeres padecen un 33% más de infartos de miocardio "silenciosos" que los hombres (34% para las mujeres comparado 26% para los hombres). Y en la franja de edad de 45 a 60 años, las mujeres tienen dos veces más infartos de miocardio "silenciosos" que los hombres. Los investigadores del "Copenhagen City Heart Study" (una investigación entre 20.000 mujeres y hombres que ha durado unos veinte años) han señalado que cuando se estima el número de infartos "silenciosos" añadido al número de casos infarto de miocardio agudos, hay coincidencia entre hombres y mujeres.

"Parece que tanto las circunstancias sociales como los procesos biofisiológicos contribuyen a las frecuencias y estadísticas observadas. Una rígida adherencia a una conclusión excluyendo la otra es de un provincianismo destructivo. Además, esta aproximación tiene como resultado una incompleta y, a veces, poco rigurosa explicación de los fenómenos. Esta rigidez ha conducido a una investigación mal enfocada, a unas evaluaciones inapropiadas y a unas intervenciones mal concebidas respecto a la enfermedad. Como resultado, el reduccionismo sociológico entre sociólogos y trabajadores de salud pública se ha convertido en tan destructivamente miope como lo ha sido el reduccionismo biofisiológico entre los científicos de ciencias biológicas y naturales" (McKinlay 1996)¹⁸.

CONSECUENCIAS DEL SESGO DE GÉNERO Y LAS DESIGUALDADES SOCIALES

I. No existe visibilidad de la morbilidad diferencial de las mujeres o morbilidad diferencial, porque no ha existido investigación sobre las diferencias. Las enfermedades crónicas prevalentes en las mujeres no han sido todavía bien estudiadas; por ejemplo, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinas, las artritis, las enfermedades subclínicas, el dolor articular, el ciclo del dolor en asistencia primaria.

II. Las manifestaciones diferenciales de enfermedad no son visibles. Una mayor proporción de mujeres que de hombres presentan diagnósticos de “síntomas y signos no específicos” tanto en las historias clínicas como en los certificados de defunción (Hibbard 1986)²⁸, (Ronda 1995)²⁹, (Mingot 1992)³⁰. Las descripciones de síntomas clásicos de arteria coronaria y aquellos que se enseñan en las facultades de medicina en los últimos años solo describen los síntomas de los hombres. Es raro que los médicos puedan identificar las enfermedades de coronarias de mujeres que presentan dolor irradiado en la cara o que empiezan a tener problemas de dolor abdominal.

III. El proceso de asistencia también está sesgado. Se ha probado que existen prácticas diferentes en los protocolos y tratamientos para enfermedades cardiovasculares que, siendo comunes en los dos sexos, son percibidas como más prevalentes entre hombres. Basándose en iguales problemas de coronarias, a las mujeres se las envía a casa y los hombres reciben un by-pass coronario, un hecho que condujo a Bernardine Healy en 1991 a definir el “síndrome de Yentl”³¹, ironizando sobre las necesidades de las mujeres de adoptar una configuración externa masculina para poder ser atendidas con igual eficacia que los hombres. “El problema es convencer a ambos, a la sociedad y a los sectores médicos, de que las enfermedades de arterias coronarias son también enfermedades de mujeres, no simplemente enfermedades masculinas disfrazadas” (B. Healy 1991)³¹.

Existe una gran influencia de la raza y del sexo de los pacientes, independientemente de las recomendaciones de los médicos, para la caracterización cardíaca y para la gestión del dolor torácico (Schulman 1999)³². Este grupo sugiere que la decisión de los médicos puede ser un factor muy importante al expresar las diferencias en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares basándose en la raza y el sexo.

Los chequeos utilizados en medicina preventiva o en salud ocupacional preventiva son sesgados porque detectan sólo la morbilidad prevalente en el sexo masculino y las deficiencias de hierro o enfermedades endocrinas no pueden ser visibles con los actuales sistemas de chequear a la población.

IV. Sesgo en el tratamiento. Se ha informado de un sesgo de género a la hora de considerar la cirugía para las coronarias de las mujeres (Tobin et al. 1987)³³, (Weintraub 1992)³⁴, (Maynard 1992)³⁵ y (Marrugat 1998)²⁷.

Los sesgos de género son evidentes en la forma en que las mujeres son tratadas y no en la forma en que ellas utilizan los sistemas de atención sanitaria.

Una revisión de la base de datos del Food and Drug Administration revela que hay un porcentaje mucho más alto de mujeres que de hombres que desarrollan una arritmia denominada *torsades de pointes* (TDP) después de tomar una gran variedad de fármacos, como antihistamínicos (terfenadina, astemizol), antibióticos (eritromicina), antimaláricos (halofantrina), antiarrítmicos (quinidina, sotalol) y una gran variedad de otros medicamentos.

Todos estas sustancias tienen en común la capacidad de bloquear las corrientes de potasio, además de prolongar la repolarización cardíaca en el intervalo QT del electrocardiograma (ECG). Los datos experimentales disponibles apoyan la hipótesis de que existe una diferencia de género en las densidades de corriente de iones en la célula cardíaca que son responsables, como ocurre en los conejos, de una mayor susceptibilidad de las hembras para desarrollar arritmias (Ebert 1998)³⁶. ¿Podría ser este hecho el responsable de una mayor mortalidad después del infarto de miocardio en las mujeres?

LA INVESTIGACIÓN SOBRE SALUD DE LAS MUJERES Y LA ENSEÑANZA DE LA SALUD DE LAS MUJERES

Siguiendo las recomendaciones de Ruiz y Verbrugge¹ varios retos se nos plantean con relación al sesgo de género:

1. La democratización en la producción de conocimiento se debe mejorar. La investigación en salud debe incluir tanto a hombres como a mujeres.

2. Los diseños de investigación deben tener en cuenta tanto las diferencias en la naturaleza entre hombres y mujeres como los roles de las mujeres y de los hombres.

3. Se debe realizar una consideración cuidadosa de los sesgos de género a la hora de clasificar las enfermedades. La investigación orientada a los síntomas y a las quejas de las pacientes ayudaría a revelar qué problemas son similares y cuáles son diferentes y conduciría a mejores diagnósticos.

4. El género debe ser siempre una variable sustantiva más que una variable de control en investigación de salud.

5. Se necesitan diseños innovadores para descubrir las características precisas de la forma de manifestarse los pacientes o para desvelar las actitudes de los médicos que conducen a desigualdades en el acceso y en la administración de tratamientos entre hombres y mujeres. Nuevos paradigmas, métodos e instrumentos de medida se necesitan urgentemente para expandir las fronteras en mujer y salud. Un taller realizado en Estados Unidos en 1997 concluye que³⁷:

- a) Se deben identificar y dirigir los temas centrales en la salud de la mujer partiendo de preguntas sobre su vida, sus experiencias, su fisiología y su entorno social o de trabajo. Es esencial ampliar las definiciones de población y modificar las metodologías para que consigan atender la heterogeneidad y conseguir así una completa perspectiva de las necesidades en mujer y salud.
- b) Se deben emplear nuevas metodologías capaces de captar la riqueza de las mujeres.
- c) Métodos de participación y métodos que integran la investigación cualitativa y cuantitativa son las dos estrategias emergentes para conseguir que las voces de las mujeres estén en el centro de la investigación.
- d) Una colaboración multidisciplinar es particularmente apropiada para decidir y conseguir la visibilidad de los temas de mujer y salud.

Para preparar a los profesionales de la salud para que atiendan los problemas de las mujeres, un grupo de catorce universidades de Estados Unidos ha confeccionado el siguiente plan para la enseñanza de a residentes:

Enfermedades cardíacas (enfermedad de arterias coronarias, dislipemias)
Enfermedades endocrinas (tiroides, diabetes, hirsutismo)
Enfermedades infecciosas (SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente)
Enfermedades de las vías urinarias (incontinencia, infección de las vías urinarias)
Enfermedades neurológicas (migraña, síndrome de fatiga crónica)
Enfermedades musculoesqueléticas (osteoporosis, lupus, fibromialgia, síndrome del túnel carpiano)
Problemas en mamas (benignos, malignos, galactorrea)
Salud reproductiva (contracepción, salud pregestacional y postgestacional, embarazos de alto riesgo)
Menopausia y terapia hormonal sustitutiva.
Sexualidad
Enfermedades que afectan a vagina y cervix (vaginitis, displasia cervical)
Anomalías pélvicas (enfermedades inflamatorias de la pelvis, fibromas, cáncer uterino)
Anomalías de la menstruación (amenorrea, metrorragias, endometriosis, síndrome premenstrual)
Trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia).
Violencia doméstica
Adicción a drogas y fármacos.
Mujeres en la medicina (problemas personales, profesionales y familiares)

La política neoliberal ha incrementado los problemas de la salud de las mujeres porque ha hecho más invisible la ideología y ha cambiado la orientación con una visión más pobre sobre las diferencias. Las mujeres se han convertido en víctimas de los centros médicos privados y sus voces y quejas se han silenciado así como las voces de las personas que están investigando y formando sobre diferencias de género. Creo que la salud pública debe ser orientada hacia el género y contribuir a hacer visibles las diferencias reales para que se puedan desarrollar los procesos de prevención apropiados

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ruiz,MT; Verbrugge,LM
A two way view of gender bias in medicine
J-Epidemiol-Community-Health.1997;51:106-109
- 2 Prior,J
El estrés cultural suprime la ovulación. Riesgo para la osteoporosis
del libro Vivir con salud haciendo visibles las diferencias. Congreso Internacional "Mujer, Trabajo, Salud"
Barcelona 1996. Instituto de la Mujer. Madrid 1997; Col. Debate, vol. 20: 47-56
- 3 Frankenhaeuser,M; Lundberg,U; Chesney,M
Women, Work, and Health. Stress and Opportunities
Ed. Plenum Press. New York 1991
- 4 Bennett,JC
Inclusion of Women in clinical Trials - Policies for Population Subgroups

New-England-J-Med.1993;329(4):288-292

5 Contton,P

Is there still too much extrapolation from data on middle-aged white men? Medical News and perspectives
JAMA.1990;263(8):1049-1050

6 Schmucker,DL; O'Mahny,MS; Vesel,ES

Women in clinical trials. An update
Clin-Pharmacokinetic.1994;27(6):411-417

7 Murphy,ML; Nultgren,HN; Detre,K; Thomsen,J; Takaro,T and Participants of the Veterans Administration
Cooperative Study

Treatment of chronic stable angina: A preliminary report of survival data of the Randomized Veterans
Administration Cooperative Study
New-England-J-Med.1977;297:621-627

8 Manson,JE; Brobbee,DE; Stampfer,MJ; Taylor,JO; Goldhaber,S; Gaziano,M; Ridker,P; Buring,JE;
Hennekens,CH

Aspirin in the Primary Prevention of Angina pectoris in a Randomized Trial of United States Physicians
Am-J-Med.1990;89:772-776

9 Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group

Multiple Risk Factor Intervention Trial: Risk Factor Changes and Mortality Results
J-Am-Med-Assoc.1982;248:1465-77

10 Hulley,S; Grady,D; Bush,T; Furberg,C; Herrington,D; Riggs,B, Vittinghoff,E. HERS Research Group
Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in
postmenopausal women

JAMA.1998;280:605-613

11 Stephenson,P; McKee,M

Look twice
Eur-J-Public-Health.1993;3:151-152

12 Rohlf, I

Doctoral thesis UAB
January 1998

13 Valls-Llobet,C

Aspectos de la Morbilidad Femenina Diferencial. Informe De Situacion
Quadern Caps.1991;16:8-32

14 Bernstein,B; Kane,R

Physicians' Attitudes toward Female Patients
Med-Care. June 1981;XIX(6):600-608

15 Colameco,S; Becker,LA; Simpson,M

Sex bias in the assessment of patients complaints.
J-Fam-Pract.1983;16:1117-1121

16 Hohmann,AA

Gender Bias in Psychotropic Drug Prescribing in Primary Care
Med-Care. May 1989;27(5):478-490

17 Ashton,H

Psychotropic-drug prescribing for women
Br-J-Psychiatry.1991;10(suppl):30-35

18 McKinlay,JB

Some contribution from the social system to gender inequalities in Heart disease
J-Health-Soc-Behav.1996;37:1-26

- 19 McKinlay,JB; McKinlay,S; Crawford,S
Does variability in physician behavior explain any of the gender difference in cardiovascular disease
del libro Women, Behavior and Cardiovascular Disease. Ed. N.S. Czajkowski, D. Robin-Hill, y T.P.
Clarkson. Public Health Service. Washington DC 1994:223-254
- 20 Eaker,ED; Castelli,WP
Coronary heart disease and its risk factors among women in the Framingham study
del libro Coronary heart disease in women. Ed. E.Eaker, B.Packard, N.K. Wagner, T.B. Clarkson y H.A.
Tyroler. Haymarket Doyma. New York 1987:122-132
- 21 Steingart,RM; Packer,M; Hamm,P; Coglianese,ME; Gersh,V; et al.
Sex differences in the management of coronary artery disease
New-England-J-Med.1991;325:226-230
- 22 Ayanian,JZ; Epstein,AM
Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease
New-England-J-Med. 25 July 1991;325(4):221-225
- 23 Burke,AP; Farb,A; Malcom,GT; Liang,Y; Smialek,J; Vimani,R
Effect of risk factors on the mechanism of acute thrombosis and sudden coronary death in women
Circulation.1998;97:2110-2116
- 24 Schwartz,SM; et al.
Myocardial infarction in young women in relation to plasma total
homocysteine, folate, and a common variant in the
methylenetetrahydrofolate reductase gene
Circulation. 1997 Jul 15;96(2):412-7
- 25 Ray,JG
Meta-analysis of hyperhomocysteinemia as a risk factor for venous
thromboembolic disease
Arch-Intern-Med. 1998 Oct 26;158(19):2101-6
- 26 Lussier-Cacan,S; et al.
Plasma total homocysteine in healthy subjects: sex-specific
relation with biological traits.
Am-J-Clin-Nutr. 1996 Oct;64(4):587-93
- 27 Marrugat,J; Sala,J; Masia,R; Pavesi,M; Sanz,G; et al.
Mortality differences between men and women following first myocardial infarction
JAMA.1998;280(16):1405-09
- 28 Hibbard,JJ; Pope,CR
Another look the sex differences in the use of medical care: illness orientation and the types of morbidities
for which services are used
Women-Health.1986;11:21-36
- 29 Ronda,E; Ruiz,MT; Alvarez-Dardet,C; Marti,C
Gender bias in diagnostic procedures at the primary health care level.
Proceedings of the European public Health Association Annual Meeting
Bebrecen: Peremon, 1995:61
- 30 (27 Mingot,M; Borrás,JM
Mortalidad diferencial según el sexo en Cataluña.
Gac-Sanit.1992;28:8-12
- 31 (28 Healy,B

The Yentl Syndrome

New-England-J-Med. 25 July 1991;325(4):274-275

- 32 (29 Schulman,DA; Berlin,JA; Harless,W; Kerner,JF; Sistrunk,S; Gersh,VJ; Dube,R; Taleghani,CK; Burke,JE; Williams,S; Eisenberg,JM; Escarce,JJ
The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization
- 33 (30 Tobin,JN; Wassertheil-Smoller,S; Wexler,JP; Steingart,RM; Budner,N; Lense,L; Wachspress,J
Sex Bias in Considering Coronary Bypass Surgery
Annals. July 1987;107:19-25
- 34 (31 Weintraub,WS; Cohen,CL; Wenger,NK
Is there a bias against performing coronary revascularization in women?
Circulation.1992;86(SI):100
- 35 (32 Mainard,C; Litwin,PE; Martin,JS; Weaver,WD
Gender differences in the treatment and outcome of acute myocardial infarction triage and intervention registry
Arch-Intern-Med.1992;152:972-976
- 36 Ebert,SN; Liu,X; Woosley,R
Female Gender as a Risk Factor for Drug-Induced Cardiac Arrhythmias: Evaluation of Clinical and
Experimental Evidence.
J-Women-Health.1998;
- 37 (33 Harlow,SD, Bainbridge,K; Howard,D; Myntti,C; Potter,L; Sussman,N; van Olphen,J; Williamson,N;
Young,E
Methods and Measures: Emerging Strategies in Women's Health Research
J-Women-Health.1999;8(2):139-147
- 38 (34 Roberts,M; Kroboth,FJ; Bernier,GM
The Women's Health Track: A model for training internal medicine residents
J-Women-Health.1995;4(3):313-318
- 39.-Killien, M et al. Involving Minority and Underrepresented Women in Clinical Trials: The National Centers
of Excellence in Women's Health.J Women's Health Gender Based Med 2000;9 1061

