

EL COSTO DE SER MUJER EN UN CONSULTORIO MÉDICO: SESGO DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTOR: MAITENA CALDERON.

ESTUDIANTE DE LA ESCUELA DE MEDICINA, DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD.
UNIVERSIDAD ANÁHUAC QUERÉTARO.

Cuando una mujer entra a un consultorio médico y comienza a describir su dolor, hay un silencio muy particular que se instala en el sitio. No es un silencio de atención y confianza, no es un análisis clínico genuino; es el pesado silencio de la duda. Antes de que terminemos de explicar el dolor que nos abruma y la fatiga que nos aplasta, la pesadez que roba energía o el ardor articular, el juicio ya está dictado. En el expediente, entre líneas, el médico ya redactó un diagnóstico no escrito: ansiedad, desbalance hormonal o simplemente incapacidad para lidiar con su vida.

Este dolor viene dos veces. El primero es físico, el que quema por dentro, el de los músculos que no responden, el de un cansancio que no se quita durmiendo, o el dolor de pecho de origen desconocido, o la tristeza aplastante de un día normal. Pero el segundo te rompe de forma más profunda; es el choque frontal contra un sistema que, en lugar de protegerte, te invisibiliza. Es sentarte frente a quien tiene el conocimiento para ayudarte y notar que su primera reacción es indudablemente no creerte.

Parece que en el momento en que una mujer ingresa a urgencias, su credibilidad queda en la sala de espera. Si llegas a consulta con mucho dolor, somos exageradas; si exigimos respuestas, somos pacientes difíciles. Si alguna vez llegamos con síntomas difusos que no encajan en el primer minuto de consulta, parece que la respuesta automática no es explorar más a fondo, sino dejarnos ir a casa con una palabra de "comprensión" y una receta genérica de tranquilizantes y antidepresivos.

Las enfermedades crónicas, autoinmunes y todos aquellas enfermedades que las mujeres sentimos diferente son un problema, son un dolor constante y una duda instalada, como un infarto agudo de miocardio y esto está llegando a su límite. Y cuando al fin, con miedo e incertidumbre, decides pedir auxilio, la medicina te responde con una pared que no debería estar ahí. Revisan los laboratorios por encima y condescendentemente dicen "Todo está bien, estás somatizando".

Esta disparidad es una forma de violencia y debe ser nombrada como tal. Mientras en un hombre con dolor crónico se le realizan tomografías, paneles completos de laboratorios y exploraciones exhaustivas sin cuestionar su salud mental, a nosotras nos recomiendan bajar el ritmo y tomarnos un respiro, descansar y tomar estar calmadas. La medicina paternalista nos quita credibilidad; nos instalan un síndrome del impostor y al final te ves forzada a rebotar de especialista en especialista, dudando de nuestra propia cordura, sintiendo vergüenza por estar enfermas, hasta que en algún punto, el daño es irreversible. Resulta que tu dolor nunca fue "falta de actitud".

Es urgente que como profesionales de salud, pongamos este sesgo sobre la mesa de debate. Se nos llena la cabeza hablando de bioética, del principio de no maleficencia y de las barreras de seguridad del paciente, pero no nos cuentan como en la práctica clínica se ignora y psicologiza la queja de la mitad de la población, y no pensamos que eso es negligencia pura. Minimizar a un paciente no es hacer medicina conservadora y tradicional, es soberbia clínica.

Tenemos que abrir el diálogo y cuestionar desde la raíz como es que estamos aprendiendo y ejerciendo la semiología; y ni hablar de cómo la investigación se basa en el masculino sin contar que las mujeres somos fisiológicamente distintas. Escúchenos. Miren más allá de sus prejuicios y evalúen el malestar femenino con la excelencia que exige cualquier otra emergencia. Porque el diagnóstico oportuno y certero no puede seguir siendo un privilegio de género; tiene que ser el estándar mínimo, indispensable de empatía, de justicia y de ciencia de verdad.

REFERENCIAS

1. Delgado Sánchez A. Salud y género en las consultas de atención primaria [Health and gender in primary care consultations]. *Aten Primaria*. 2001 Feb 15;27(2):75-8. Spanish. doi: 10.1016/s0212- 6567(01)78777-x. PMID: 11256095; PMCID: PMC7683972.
2. Delgado Beltrán C, Castrejón I, Hernández-Cruz B, García Vivar ML, García de Vicuña R, Romera Baures M, et al. Sesgos de género en la reumatología española: Percepciones y realidad. *Reumatol Clin* [Internet]. 2023;19(7):392–401. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2023.02.004>
3. Tasa-Vinyals E, Giral MM, Raich Escursell RM. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* [Internet]. 2015 [citado el 22 de abril de 2026]; (113):14–25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>
4. Tosal Herrero B. El cuerpo como excusa: El diagnóstico de la fibromialgia en una consulta de reumatología. *Index Enferm* [Internet]. 2008 [citado el 22 de abril de 2026];17(1):12–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000100003&script=sci_arttext