



REVISIÓN NARRATIVA

Brecha diagnóstica, infratratamiento y calidad de vida en las mujeres: una revisión narrativa sobre desigualdades estructurales en salud

Jiménez-González, Sonia^{1,2}; Jiménez, Cristina-Victoria^{1,*}; Lamrani-Mohamed, Nisrin¹; Trigueros, Estrella-María^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Universidad de Granada

²Academia de Alumnos Internos de la Facultad de Medicina de Granada

*Autora de correspondencia

*Autor de correspondencia: criistijimenez@correo.ugr.es

Fecha de recepción: 30/03/2026

Fecha de revisión: 17/04/2026

Fecha de aceptación: 21/04/2026

Resumen

El envejecimiento de la población ha puesto en primer plano una realidad incómoda: las mujeres viven más, pero no necesariamente mejor. Esta revisión narrativa examina cómo los sesgos de género presentes en la práctica clínica —desde la psicologización de los síntomas hasta la exclusión sistemática de mujeres en la investigación biomédica— generan retrasos diagnósticos, infratratamiento y una pérdida sostenida de calidad de vida. A través del análisis de patologías prevalentes como la endometriosis y el dolor pélvico crónico se evidencia cómo la falta de guías específicas, la escasez de biomarcadores y la normalización del dolor femenino perpetúan un modelo asistencial insuficiente. Estas desigualdades se traducen en mayor discapacidad, peor salud mental, vulnerabilidad social y una ampliación de la paradoja salud-supervivencia. El trabajo propone intervenciones clínicas, educativas y estructurales orientadas a integrar la perspectiva de género en la medicina, mejorar la equidad diagnóstica y terapéutica y garantizar un envejecimiento saludable para las mujeres. Abordar estas brechas constituye un imperativo de salud pública y un requisito para una medicina verdaderamente inclusiva.

Palabras clave: Sexismo, errores diagnósticos, Servicios de Salud de la Mujer, dolor crónico, endometriosis, inequidades en salud, calidad de vida, envejecimiento.

Abstract

Population aging has exposed a persistent and uncomfortable paradox: women live longer than men, yet accumulate a disproportionate burden of disease, disability, and unmet healthcare needs. This narrative review explores how structural gender biases embedded in clinical practice—ranging from the psychologization of women's symptoms to their systematic underrepresentation in biomedical research—shape diagnostic delays, undertreatment, and long-term declines in quality of life. Through the analysis of prevalent conditions such as endometriosis and chronic pelvic pain we illustrate how the absence of sex-specific guidelines, the scarcity of reliable biomarkers, and the normalization of women's pain contribute to inadequate clinical responses. These inequities manifest in increased disability, poorer mental health outcomes, heightened social vulnerability, and a widening survival–health gap in older women. The review proposes clinical, educational, research, and policy-level strategies aimed at integrating a gender-sensitive approach into healthcare, strengthening diagnostic and therapeutic equity, and promoting healthier aging trajectories for women. Addressing these disparities is a public health imperative and a prerequisite for a truly inclusive and effective model of care.

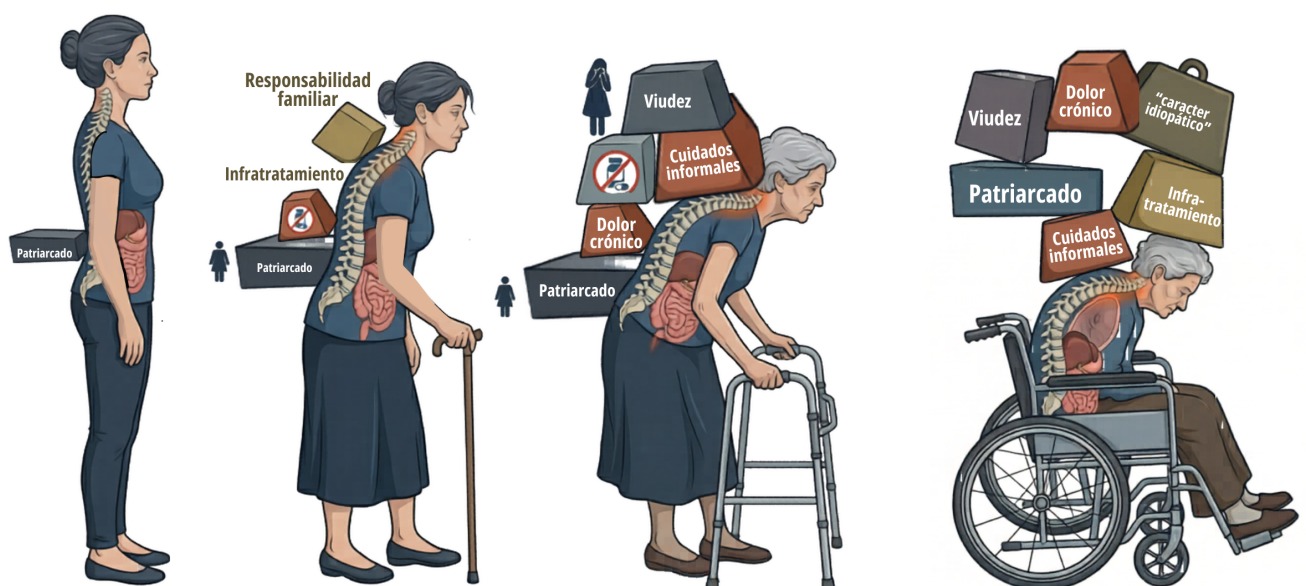
Keywords: Gender Bias. Diagnostic Errors. Women's Health. Chronic Pain. Endometriosis. Health Inequities. Quality of Life. Aging.

1. Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los mayores retos actuales para la salud pública, pero no es un fenómeno igualitario entre hombres y mujeres (1). Pese al aumento de la esperanza de vida, surge un conflicto: las mujeres viven más, pero con peor calidad de vida (CV) y con mayor carga de problemas de salud mal atendidos (2). Históricamente, la salud de la mujer se ha integrado en un modelo androcéntrico; lo que ha resultado en que la feminidad sea considerada una variación de lo masculino (3). Este contexto muestra cómo las mujeres son víctimas de una injusticia epistémica que minimiza sus síntomas y no

escucha sus consultas médicas (4). La brecha diagnóstica (BD) y el infratratamiento no son errores puntuales, sino desigualdades estructurales basadas en prejuicios de género que afectan a la salud, autonomía y CV en la vejez (3). Por ello, el objetivo del trabajo ha sido analizar los mecanismos subyacentes a las diferencias observadas en CV y esperanza de vida en mujeres frente a hombres, mediante un análisis de las desigualdades estructurales, el sesgo de género en el ámbito clínico, y los fallos del sistema sanitario actual, así como proponer estrategias que permitan conseguir una medicina inclusiva y humanitaria que realmente mejore la esperanza de vida en buena salud de las mujeres (2,3) (Figura 1).

La Progresión de la Morbilidad Diferencial: Adaptación Conceptual de la Paradoja de Salud-Supervivencia Femenina



El curso de vida y los determinantes sociales de género desgastan la calidad de vida de las mujeres, a pesar de su mayor longevidad

Figura 1. Resumen gráfico. Imagen asistida por Gemini AI

2. BD: mecanismos y causas estructurales

La BD es la diferencia sistemática en tiempo y precisión en el diagnóstico clínico entre hombres y mujeres, debido a la escasa relevancia otorgada a adquirir el conocimiento necesario para identificar de qué manera enferman y sanan las mujeres (3). La literatura evidencia una clara tendencia a psicologizar la sintomatología femenina, en la que se atribuye de forma errónea naturaleza somática o emocional a sintomatología eminentemente orgánica, mientras en hombres se realiza un diagnóstico exhaustivo mediante pruebas (2,3,5). Una representación de este sesgo es el Síndrome de Yentl, término que describe la

discriminación que sufren las mujeres en el ámbito clínico al ser diagnosticadas y tratadas correctamente solo cuando su sintomatología imita el “estándar clínico” masculino (6,7). De este modo, la salud de la mujer queda supeditada a una presentación clínica que no le es propia, inviabilizando las diferencias fisiológicas de género.

Dado que esta dinámica representa una tendencia histórica, es plausible afirmar que las patologías graves que sufren las mujeres progresan por el diagnóstico tardío y la inercia clínica a una mayor implicación. Las mujeres son excluidas de los ensayos clínicos para reducir la variabilidad que introduce la “complejidad hormonal”,

de forma que se extrapolan resultados en varones como conclusiones (5,6). Los datos confirman que "las mujeres experimentan periodos de tiempo significativamente más largos entre la aparición de sintomatología y el diagnóstico" en comparación a los hombres para la mayoría de enfermedades (5,8).

3. BD en ginecología y salud reproductiva

La BD es objetivable incluso en especialidades centradas en la salud de las mujeres, como es la ginecología, lo que evidencia el arraigo del sistema patriarcal en salud. Un caso paradigmático es la endometriosis, cuyo diagnóstico presenta retrasos de hasta 10 años desde el debut sintomático, principalmente por la demora en la derivación de atención primaria a ginecología (9-11). Retraso relacionado con la inespecificidad de los síntomas, la ausencia de biomarcadores claros, y, principalmente, con la normalización y banalización del dolor menstrual y otros síntomas ginecológicos, tanto por parte de la población general como de los mismos profesionales sanitarios, cuya formación médica también se ha visto influenciada por este constructo social que considera que esos síntomas son inherentes a la condición de ser mujer (12,13). Las mujeres con endometriosis ven su CV y fertilidad deteriorarse, por un contexto que estigmatiza su dolor y no vigila su bienestar biopsicosocial (14). El dolor pélvico crónico representa otra manifestación de esta brecha. Si bien es la indicación más común de derivación a servicios de salud de la mujer, es escasa la evidencia acerca de la prevalencia e impacto, por la falta de estudios de calidad, un sistema de registro e incluso de consenso sobre su definición. El dolor pélvico crónico exige atención integral temprana para evitar que el daño multidimensional (especialmente laboral y sexual) lastre la respuesta al tratamiento (15).

Algo similar ocurre en el caso de los leiomiomas uterinos, en los que la normalización del dolor y sangrado abundante derivan en un retraso de 3,6 años en la búsqueda de atención médica. La falta de guías basadas en evidencia, a pesar de su alta incidencia, contribuye a este fenómeno, y genera a las pacientes una sensación de falta de control sobre la enfermedad y escasez de apoyo (16). Las consecuencias de esta BD son significativas. A nivel clínico, el retraso diagnóstico puede derivar en daño orgánico irreversible y mayor carga de enfermedad a largo plazo.

4. Infratratamiento en mujeres: definición, ejemplos y causas

El infratratamiento en mujeres se refiere a la provisión insuficiente o inadecuada de intervenciones terapéuticas, que no alcanzan sus necesidades clínicas reales.

Este fenómeno está estrechamente vinculado a la infrarrepresentación de la mujer en ensayos clínicos y menor inversión en investigación en salud femenina. Esto limita la evidencia disponible para guiar tratamientos específicos, así como tratamientos innovadores (17), lo que deriva en la aplicación de modelos centrados en el varón para las decisiones clínicas (18). Uno de los ejemplos más claros es la menor analgesia. Pese a experimentar mayor dolor crónico y agudo, los profesionales subestiman la intensidad del dolor femenino (19,20). Además, la atribución del dolor a factores emocionales conduce a emplear tratamientos psicológicos en lugar de terapias analgésicas apropiadas, con menor prescripción de analgésicos y mayor cantidad de antidepresivos (21).

El infratratamiento también se manifiesta en un menor acceso a derivaciones y rehabilitación. Este sesgo ha sido evidenciado principalmente en rehabilitación cardíaca, tras accidentes cerebrovasculares, enfermedades reumáticas y del dolor, en los que la intervención multidisciplinar sería esencial (22). Además de la falta de protocolos específicos de género, la participación de las mujeres en rehabilitación también se ve limitada por las responsabilidades de cuidado y las barreras psicosociales (22). En conjunto, el sesgo de género en el tratamiento está condicionado por el sesgo de género en el proceso diagnóstico. Si una mujer no es correctamente incluida o evaluada dentro de dicho proceso, la probabilidad de que reciba atención terapéutica adecuada es prácticamente inexistente.

5. Consecuencias en los años vividos con calidad

Como consecuencia directa de las inequidades clínicas y del infratratamiento, la paradoja de salud-supervivencia se instaure en la sociedad (23,24). La mayor longevidad de las mujeres no se correlaciona con un aumento en la esperanza de vida en buena salud, configurando un escenario donde el sexo biológico actúa como factor de riesgo de morbilidad. Este suceso presenta una etiología multidimensional:

- Si se parte del déficit analgésico y rehabilitador, las mujeres reportan mayor carga sintomática y deterioro funcional severo. En España, estudios sobre la esperanza de vida en buena salud muestran que, a los 65 años, las mujeres padecen 7,4 años de discapacidad frente a los 4,3 de los hombres (25). Esta diferencia está mediada por la alta prevalencia de trastornos musculoesqueléticos y autoinmunes (25,26).
- El deterioro físico coexiste con una elevada morbilidad psiquiátrica. Las mujeres presentan un riesgo objetivamente mayor de trastornos severos

del sueño y depresión mayor (27). Un factor etiológico estructural es el trauma asociado a violencia de pareja y abusos en la infancia, determinantes responsables de una elevada tasa de años de vida ajustados por discapacidad por trastornos de ansiedad y autolesiones (28). Este estrés crónico y social desencadena un mayor riesgo de ideación suicida y conductas de autolesión no suicida (29).

- La mayor supervivencia aboca a la viudez prolongada, evento disruptivo que incrementa la fragilidad social y el riesgo de pobreza en la vejez, y limita el acceso a terapias y nutrición adecuada (30). Simultáneamente, la asunción casi exclusiva del rol de cuidadora informal erosiona su participación laboral, y exacerba el aislamiento, el desgaste físico y la dependencia (25).

6. Propuestas para reducir la BD y el infratratamiento

La práctica clínica debe subsanar su androcentrismo mediante módulos formativos obligatorios para profesionales centrados en el manejo diferencial del dolor y la fisiología femenina (31). Se requiere transicionar hacia consultas centradas en la CV, e implementar cribados de riesgo psiquiátrico calibrados específicamente para los mecanismos de afrontamiento de las mujeres (29). Frente al modelo paternalista, la alternativa terapéutica más sólida es la promoción del llamado Patient Power, que no pretende responsabilizar a la mujer de su propia salud, sino fomentar una educación estructurada en la toma de conciencia individual y contextual. Al proveer educación clínica para comprender su padecimiento, la mujer adquiere el poder y la autonomía, y así se empodera para rechazar la invalidación sistemática de sus síntomas, y los diagnósticos rápidos de “exclusión”. A nivel sociológico, permite mitigar la “falta de poder”, un estado de indefensión que por sí mismo genera estrés e inflamación crónicos (32).

Para erradicar la desigualdad en evidencia, se debe exigir la democratización de la financiación científica, y retribuir a las mujeres la deuda histórica que la investigación debe. Legislar la estratificación sistemática y obligatoria por género en los ensayos clínicos (práctica hoy limitada al 5-14% de los estudios de salud) podría ayudar a aumentar la evidencia, así como ampliar el abanico de intereses de los equipos de investigación ginecológicos, quienes destinan más del 80% de la financiación recibida a cuestiones relacionadas con el embarazo y la reproducción femenina, pero ignoran patologías de gran impacto en la vida diaria de las mujeres (31). El Estado debe apoyar a las personas dependientes mediante redes formales robustas, y con ello

prevenir la claudicación de la cuidadora (30). Finalmente, como evidencia epidemiológica de que las diferencias observadas no son una fatalidad biológica, se encuentra la evidencia presente en sociedades matrilineales (etnia Mosuo, China). Esta prudente evidencia, por las diferencias en cuanto a cultura entre oriente y occidente, muestra que la matrilocalidad, las redes de apoyo compartidas y la autonomía económica logran anular por completo la brecha de salud, lo que demuestra que la supresión de las disparidades de poder patriarcales es el tratamiento erradicador de la paradoja de salud-supervivencia (33).

7. Discusión

Las desigualdades de género en salud no son fenómenos aislados, sino patrones estructurales ampliamente documentados. La literatura científica ha descrito con precisión los mecanismos fisiológicos del dolor, pero sigue sin captar la experiencia de las mujeres. Uno de los principales retos identificados es la ausencia de biomarcadores fiables para patología de alta prevalencia en mujeres, como es el caso del dolor pélvico crónico. La dependencia casi exclusiva de la clínica, en un contexto donde influyen factores socioculturales y sesgos implícitos, dificulta su identificación precoz. Esta asimetría no es un accidente, es el reflejo de una medicina que interpreta el cuerpo femenino como una variación del masculino, y consecuentemente, su dolor como un ruido de fondo. Es por esto que, futuros estudios deberían centrarse en el desarrollo de marcadores objetivos que permitan así reducir la incertidumbre diagnóstica y mejorar la precisión terapéutica. La evidencia muestra que, la mayoría de mujeres consultó repetidamente antes de recibir un diagnóstico, lo que muestra un patrón de desestimación clínica que trasciende la complejidad de la enfermedad (36). Para muchas, el dolor se convierte en una rutina cuya presencia condiciona cada decisión vital. Aprenden así a justificar su malestar porque el sistema no lo nombra.

Asimismo, se destaca la necesidad de guías clínicas que integren explícitamente la perspectiva de género. La mayoría de protocolos actuales se basan en datos obtenidos mayoritariamente en población masculina, lo que limita su aplicabilidad y contribuye a abordajes terapéuticos insuficientes. La investigación futura debería por tanto priorizar ensayos clínicos con representación equitativa y análisis diferenciados por sexo que permitan identificar patrones diagnósticos y terapéuticos propios de las mujeres. Definitivamente, la ciencia ha avanzado, pero el reconocimiento del sufrimiento femenino avanza más despacio. No es que no se escuche a las mujeres, es que se las escucha mediante un filtro que distorsiona sus relatos. Mientras esta brecha persista, la calidad de las mujeres será una deuda pendiente.

8. Conclusiones

La brecha diagnóstica y el infratratamiento no son errores clínicos; son una forma contemporánea de silenciamiento. Durante décadas, el dolor de las mujeres ha sido normalizado, minimizado o reinterpretado como un reflejo emocional. Detrás de cada retraso diagnóstico hay años de incertidumbre, de dolor no tratado, de vidas organizadas alrededor de síntomas que nadie escuchó, o no quiso escuchar. Detrás de cada infratratamiento hay oportunidades perdidas, autonomía erosionada y proyectos vitales interrumpidos.

Los datos son claros, pero lo que realmente preocupa es lo que representan: las mujeres viven menos años con calidad, no por falta de avances médicos, sino por falta de escucha. La salud de las mujeres no puede permanecer como un apéndice de la medicina, ni un territorio donde el dolor se tolere como si fuese inherente a la identidad femenina.

Transformar esta realidad exige más que protocolos: requiere un cambio cultural profundo. Implica reconocer que el dolor de las mujeres es real y digno de atención. Implica formar profesionales capaces de identificar sesgos, diseñar sistemas sensibles al género y priorizar la calidad de vida como un objetivo clínico central.

Si se aspira a un sistema sanitario justo, se debe empezar por lo esencial: creer a las mujeres. Solo entonces se podrá garantizar no solo que vivan más, sino que finalmente vivan mejor.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 12 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- Roncal de Blas M. La huella del sesgo de género en la práctica clínica: evidencia, consecuencias y propuestas [Internet] [Tesis]. Santander: Universidad de Cantabria; 2025 [citado 12 abr 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/37413>
- Tasa-Vinyals E, Mora M, Raich R. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace. 2015;113:14-25.
- Mental Health Europe. Repensar para reconstruir: Hacia sistemas de salud mental basados en los derechos y con justicia de género en Europa [Internet]. Bruselas: MHE; 2025 [citado 12 abr 2026]. Disponible en: https://www.mentalhealth-europe.org/wp-content/uploads/2025/12/MHE_GenderReport2025_ES.pdf
- Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. Farm Hosp. 2020;44(3):109-13.
- European Parliament. Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care [Internet]. Estrasburgo: European Parliament Think Tank [citado 12 abr 2026]. Disponible en: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IUST_STU\(2025\)778519](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IUST_STU(2025)778519)
- Ariza Andraca R. La visión de género en medicina: el caso de las mujeres. Acta Médica Grupo Ángeles. 2016;14(4):193-5.
- Sun TY, Hardin J, Nieva HR, Natarajan K, Cheng RF, Ryan P, et al. Large-scale characterization of gender differences in diagnosis prevalence and time to diagnosis. MedRxiv Prepr Serv Health Sci [Preprint]. 2023;2023.10.12.23296976.
- Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. Cell. 2021;184(11):2807-24.
- Zondervan KT, Becker CM, Koga K, Missmer SA, Taylor RN, Viganò P. Endometriosis. Nat Rev Dis Primer. 2018;4(1):9.
- De Corte P, Klinghardt M, von Stockum S, Heinemann K. Time to Diagnose Endometriosis: Current Status, Challenges and Regional Characteristics-A Systematic Literature Review. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2025;132(2):118-30.
- Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. N Engl J Med. 2020;382(13):1244-56.
- Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, Nardone F de C, Nardone C de C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertil Steril. 2011;96(2):366-373.e8.
- Organización Mundial de la Salud. Endometriosis [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 12 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
- Nohales Alfonso F, Muñoz Muñoz M, Bauset Castelló C, Diez Itza I, Cassadó i Garriga J, Martínez AM, et al. Dolor pélvico crónico en la mujer: definición, clasificación, terminología y diagnóstico. Prog Obstet Ginecol Rev Of Soc Esp Ginecol Obstet. 2023;66(3):144-55.
- Al-Hendy A, Myers ER, Stewart E. Uterine Fibroids: Burden and Unmet Medical Need. Semin Reprod Med. 2017;35(6):473-80.
- Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit. 2004;18(4):118-25.
- Warren A, Garrett K, Frame LA. Disparities in women's health and clinical considerations from a translational science perspective: A narrative review and framework for future directions. Womens Health. 2025;21:17455057251399009.
- Ruben MA, Stosic MD. Documenting Race and Gender Biases in Pain Assessment and a Novel Intervention Designed to Reduce Biases. J Pain. 2024;25(9):104550.
- Guzikevits M, Gordon-Hecker T, Rekhtman D, Salameh S, Israel S, Shayo M, et al. Sex bias in pain management decisions. Proc Natl Acad Sci U S A. 121(33):e2401331121.
- International Association for the Study of Pain. Sex/Gender Biases in Pain Research and Clinical Practice [Internet]. Washington: IASP; 2023 [citado 12 abr 2026]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/sex-gender-biases-in-pain-research-and-clinical-practice/>
- Moore JL, Roth EJ, Ehrlich-Jones L, Heinemann AW. Disparities of Healthcare for Women in Physical Medicine and

Rehabilitation in the United States. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2025;13(1):10-18.

23. Chen H, Li M, Zhang Y. Educational attainment and male-female health-survival paradox among older adults in China: a nationally representative longitudinal study. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):112.

24. Olivieri F, Marchegiani F, Matakchione G, Giuliani A, Ramini D, Fazioli F, et al. Sex/gender-related differences in inflammation. *Mech Ageing Dev*. 2023;211:111792.

25. Casillas-Clot J, Nolasco A, Pereyra-Zamora P. Changes in Disability, Severe Disability, and Dependence in Spain (1986-2020). *Int J Public Health*. 2025;70:1608931.

26. Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, Altmann J, Vaupel JW, Christensen K. The Male-Female Health-Survival Paradox: A Comparative Perspective on Sex Differences in Aging and Mortality. En: National Research Council. *Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography*. Washington: National Academies Press; 2014 [citado 12 abr 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK242444/>

27. Olsen CDH, Möller S, Ahrenfeldt LJ. Sex differences in quality of life and depressive symptoms among middle-aged and elderly Europeans: results from the SHARE survey. *Aging Ment Health*. 2023;27(1):35-42.

28. GBD 2023 Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Children Collaborators. Disease burden attributable to intimate partner violence against females and sexual violence against children in 204 countries and territories, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet*. 2026;407(10523):31-52.

29. Qu D, Zhu A, Chen R. Addressing the gender paradox: Effective suicide prevention strategies for women. *Cell Rep Med*. 2024;5(6):101613. doi:10.1016/j.xcrm.2024.101613

30. Moretti M, Korhonen K, Raalte A van, Riffe T, Martikainen P. Evolution of Widowhood Lifespan and Its Gender and Educational Inequalities in Finland Over Three Decades. *Demography*. 2025;62(5):1635-60.

31. Khasriya R, Horsley H. Why women are not treated equally in healthcare and what can be done. *Nat Rev Urol*. 2026;23(2):65-7.

32. Couva M, Talias MA, Christou M, Soteriades ES. Women's Empowerment and Health: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(12):1614.

33. Reynolds AZ, Wander K, Sum CY, Su M, Emery Thompson M, Hooper PL, et al. Matriliny reverses gender disparities in inflammation and hypertension among the Mosuo of China. *Proc Natl Acad Sci*. 2020;117(48):30324-7.

34. Harrilal-Maharaj K. Gender Bias and Diagnostic Delays in Young Women: A Narrative Review. *Cureus*. 2025 17(12):e100004.

35. Tannenbaum C, Ellis RP, Eckenwiler L, Kippen J. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*. 2020;396(10257):1117-27.

36. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril*. 2006;86(5):1296-301.

37. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):52-8.

38. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag*. 2018;2018:6358624.