Perspectiva de género en medicina

Coordinadora:

María Teresa Ruiz Cantero

DR. ANTONI ESTEVE
FUNDACIÓN

MONOGRAFÍAS 39

MONOGRAFÍAS 39

Perspectiva de género en medicina

Coordinadora:

María Teresa Ruiz Cantero

DR. ANTONI ESTEVE
FUNDACIÓN

©2019, Fundación Dr. Antoni Esteve
Torre Esteve. Passeig de la Zona Franca, 109. E-08038 Barcelona
Teléfono: 93 433 53 20
E-mail: fundacion@esteve.org
http://www.esteve.org

Ilustración de la cubierta: Adobe Stock

ISBN: 978-84-947204-5-1
Depósito Legal: B13481-2019
Impreso en España

Tanto la introducción como los artículos y los debates de la presente monografía recogen la opinión de los correspondientes autores, por lo que la Fundación Dr. Antoni Esteve no se hace necesariamente partícipe de su contenido.

Los diferentes capítulos corresponden a las ponencias presentadas (y sus debates) en la mesa redonda organizada por la Fundación Dr. Antoni Esteve en Barcelona (Hotel Front Marítim), el día 16 de marzo de 2018, que estuvo moderada por María Teresa Ruiz Cantero.

La Fundación Dr. Antoni Esteve nació para honrar la figura de este farmacéutico, investigador y emprendedor, centrándose específicamente en un elemento fundamental de su personalidad: el amor y el respeto por la ciencia. Establecida por sus hijos en 1982, la Fundación es una institución sin ánimo de lucro que orienta su actividad hacia la ciencia en general y la farmacoterapia en particular.

El Dr. Antoni Esteve i Subirana nació en Manresa en 1902. Licenciado en Farmacia, fue el quinto boticario de una estirpe de farmacéuticos de esta ciudad. Comenzó preparando especialidades medicinales en la rebotica de su farmacia, pero el crecimiento de esta actividad, juntamente con su saber científico, su espíritu industrial y la entusiasta colaboración de su esposa, le llevaron a fundar, en 1929, la que sería una importante empresa farmacéutica.

La Fundación promueve la comunicación entre los profesionales mediante la organización de simposios internacionales, mesas redondas y grupos de discusión. A su vez, también contribuye a difundir el trabajo científico de calidad otorgando cada dos años el Premio de Investigación Fundación Dr. Antoni Esteve al mejor artículo sobre farmacología publicado por autores españoles.

Desde la Fundación también se promueve la comunicación científica a través de diferentes publicaciones. Las *Monografías Dr. Antoni Esteve* resumen los contenidos de las mesas redondas, y los *Cuadernos de la Fundación Dr. Antoni Esteve* abarcan temas muy diversos sobre el mundo de la ciencia. Sus actividades también se reflejan en artículos en revistas científicas. Por último, la colección titulada *Pharmacotherapy Revisited* reproduce aquellos artículos que, según el criterio de científicos de prestigio, han sido clave para el desarrollo de alguna disciplina de la farmacoterapia.

Por otro lado, los cursos de la Fundación Dr. Antoni Esteve pretenden potenciar competencias que no están suficientemente cubiertas en los programas de grado universitario. Estos cursos se organizan en su mayoría en España, pero también en el extranjero. Una actividad a medio camino entre la docencia y la comunicación científica son los *Meet the expert,* encuentros entre un científico extranjero de especial renombre en su campo de trabajo y un grupo restringido de investigadores españoles.

Finalmente, pero no menos importante, con estas actividades la Fundación colabora con una gran diversidad de profesionales biosanitarios y comparte proyectos con universidades, hospitales, sociedades científicas, otras instituciones de investigación y organismos que dan soporte a la investigación.

Índice

Participantes 8

Introducción 10

Perspectiva de género y derechos humanos en las enfermedades infecciosas 20
María Teresa Ruiz Cantero

Desigualdad de género y medicina. Enfermedades respiratorias 34
Tamara Alonso Pérez, Rosa María Girón Moreno y Carolina Victoria Cisneros Serrano

La nefrología desde una perspectiva de género 48
María Dolores Arenas Jiménez

¿Existen desigualdades de género en la hipercolesterolemia familiar? La visión desde el manejo masivo de datos 64
Alberto Zamora, Luis Masana, Núria Plana, Marc Comas-Cufi, María Gil, Celia Rodríguez Borjabal y Rafael Ramos

La perspectiva de género y de derechos humanos en el estudio de las enfermedades cardiovasculares 82
Lucero Aída Juárez-Herrera y Cairo

Diferencias por sexo y por género en reumatología 106
Eliseo Pascual

Diferencias de género en el ictus isquémico 120
Mila Perea y Joan Montaner

Debate general (I) 144

Estigma y salud mental en las personas mayores de 65 años desde la perspectiva de género 152
Berta Ausín

La práctica de la pediatría en clave de diversidad 184
Raúl Mercer y Carlota Ramírez

Ginecología y obstetricia: ¿influye el género? 206
Ana Belén Espejo Martínez, María Teresa González Lucena, Belén Garrido Luque y María Ángeles Álvarez Soriano

Cuestiones de género en la patología funcional digestiva 238
Laura Sempere Robles

Debate general (II) 246

Participantes

Tamara Alonso Pérez
Servicio de Neumología, Hospital Universitario de La Princesa, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid

María Dolores Arenas Jiménez
Servicio de Nefrología, Hospital Vithas Perpetuo Internacional, Alicante

Berta Ausín Benito
Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid

Marta Aymerich Martínez
Vicerrectorado de Planificación Estratégica e Investigación, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona

Mar Blasco Blasco
Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante

Núria Boada Centeno
Grup de Recerca Educativa en Ciències de la Salut (GRECS), Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Fèlix Bosch Llonch
Departament de Ciències de la Salut i de la Vida, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
Fundació Dr. Antoni Esteve, Barcelona

Michele Catanzaro
Freelance, El Periódico de Catalunya, Barcelona

Elisa Chilet Rosell
Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante)

Ana Belén Espejo Martínez
Área de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga

Ángel Gasch Gallén
Departamento de Fisiatría y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza

Eugenia Gil García
Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla, Sevilla

Lucero Aída Juárez-Herrera y Cairo
Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México, Campus Hermosillo, Sonora, México

Rosa Magallón Botaya
Centro de Salud Arrabal, Ayuntamiento de Zaragoza, Zaragoza
Instituto de Investigaciómn Sanitaria Aragón (IIS-Aragón)

Raúl Mercer Golstein
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Joan Montaner Villalonga
Neurovascular Research Laboratory, Institut de Recerca Hospital Vall d'Hebron, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Eliseo Pascual Gómez
Sección de Reumatología, Hospital Universitario de Alicante, Alicante

Lluïsa Rojas Diago
Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

María Teresa Ruiz Cantero
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Elisabet Serés Escot
Fundación Dr. Antoni Esteve, Barcelona

Concepción Ángeles Tomás Aznar
Departamento de Fisiatría y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza

Victoria Toro García
Asociación de Mujeres Investigadoras y Tecnólogas (AMIT), Barcelona

Judith Usall i Rodié
Grupo de Etiopatogenia y Tratamiento de los Trastornos Mentales Graves, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Alberto Zamora Cervantes
Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universitat de Girona, Girona
Unidad de Riesgo Vascular, Hospital de Blanes, Blanes (Girona)

Introducción

María Teresa Ruiz Cantero

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Las investigaciones desde la perspectiva de género y el paradigma de la medicina basada en la evidencia comparten la hipótesis de que existen imprecisiones empíricas en la práctica médica. Tras casi 30 años de producción de nuevo conocimiento desde la perspectiva de género en un gran número de enfermedades y problemas de salud, son numerosas las revistas científicas con alto factor de impacto que publican nuevos avances desde la perspectiva de género con el fin de mejorar las prácticas asistenciales, y de que estas sean más eficientes y equitativas. De febrero de 2019 son el volumen 393 de *The Lancet* titulado *Advancing women in science, medicine and global health* y los artículos del volumen 139 de la revista *Circulation*.

La identificación de sesgos de género es una de las estrategias más utilizadas para incorporar la perspectiva y el análisis de género en la atención sanitaria, en la educación médica y en la investigación. El concepto de «sesgo de género en la atención sanitaria» surgió en 1991 y hace referencia a su existencia «cuando a igual necesidad sanitaria en hombres y mujeres se realiza un mayor esfuerzo diagnóstico o terapéutico en un sexo respecto al otro, pudiendo contribuir a desigualdades en salud entre hombres y mujeres»[1].

En 1991, un artículo fundamental publicado en *The New England of Medicine* inició el debate sobre los sesgos de género en la atención sanitaria. Se detectó una diferencia significativa según el sexo en la realización de angiografías coronarias en pacientes hospitalizados en los hospitales de Harvard y New Haven por enfermedad coronaria, mayor en los hombres que en las mujeres incluso al controlar por edad, comorbilidad y gravedad[2]. Al no seguir el prototipo en síntomas ni signos (el de los hombres) en muchas ocasiones, la enfermedad concreta (como es el caso de los infartos) no es sospechada en las mujeres. Las consecuencias son errores y demoras en el proceso diagnóstico y en la estrategia terapéutica, y pronósticos inciertos en términos de morbilidad y mortalidad. Esta situación parte de la presunción errónea de igualdad entre mujeres y hombres en el curso de la enfermedad, es decir, en la expresión de las enfermedades (signos y síntomas), en la respuesta a los tratamientos y en los pronósticos[3].

De forma alternativa, se ha planteado que las mujeres y los hombres tienen diferente perfil de salud por ser esencialmente distintos en su biología. Ciertas enfermedades en las mujeres han sido reconocidas empleando la lógica de la «diferencia» y la «alteridad» respecto a los hombres. Por ejemplo, las mujeres son etiquetadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental, pero si a la depresión y la ansiedad les añadimos el alcoholismo y el suicidio la prevalencia es similar en ambos sexos. Antes del descubrimiento de *Helicobacter pylori* como agente causal de la úlcera péptica, la prevalencia en las mujeres se creía inferior a la de los hombres (ratio 4:1) porque se relacionaba el riesgo con patrones masculinos como el fumar tabaco. También el tabaco como riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) era la razón de un diagnóstico menos frecuente en las mujeres, lo que afortunadamente se ha superado con la realización de espirometrías.

Este enfoque reduccionista sigue en el imaginario profesional y se relaciona con un esquema de diagnóstico diferencial influido por lo esperado en cada sexo. A menudo coinciden con enfermedades cuya manifestación es eminentemente sintomática y sin signos clínicos objetivos, como las que se expresan a través del dolor, pero sorprende ver que los errores diagnósticos en perjuicio de las mujeres también ocurren en enfermedades con signos clínicos objetivos. Igualmente puede haber infradiagnósticos en los hombres, como sucede con la osteoporosis, que supone aproximadamente un tercio del total de los casos; ser más sospechada y buscada en las mujeres en la menopausia no les beneficia. En definitiva, los sesgos de género en la atención sanitaria también se producen cuando se presuponen diferencias en la expresión de las enfermedades entre ambos sexos, que son erróneas[3].

Los conceptos de «sexo» y «género» son distintos, pero con frecuencia aparecen intercambiados en la literatura científica.

El sexo se basa en configuraciones cromosómicas y procesos fisiológicos relativos a los seres sexuados, y aunque la configuración cromosómica es compleja (con variantes como solo un cromosoma o la combinación de más de dos), los análisis para determinar las diferencias en salud/enfermedad por sexo tratan esta variable como dicotómica. Así que, según la Comisión Europea, en su *Guía en Igualdad de Género en el Horizonte 2020,* cuando nos referimos al término «sexo» hacemos referencia a las características biológicas de mujeres y hombres, niños y niñas, en términos de órganos reproductivos y funciones basadas en la fisiología y los cromosomas. Lo curioso es que, siendo el sexo una variable fundamental de la fisiología humana, rara vez se considera en el diseño de estudios fisiológicos básicos, y resulta una contradicción científica que el sexo del material experimental sea a menudo ignorado en una era de genómica y atención a la salud personalizada.

Para la guía de la Comisión Europea, «género» se refiere a la construcción sociocultural y política que determina las relaciones interpersonales de mujeres y hombres que otorgan beneficios y acceso a recursos, como los sanitarios, a quienes están en posiciones más elevadas de una jerarquía de género. El género varía en el tiempo y en el espacio, y entre culturas. Como categoría de análisis se trata como variable continua, que se expresa en un rango de puntuaciones distintas (o iguales) de acuerdo con normas de género (actitudes), relaciones de género (roles y posiciones de poder y subordinación) e identidades de género con modelos de comportamiento para la feminidad y la masculinidad.

Estos comportamientos diferentes de mujeres y hombres, determinados por estereotipos (normas y valores) incorporados durante la socialización, tienen impacto en el cuerpo (células, hormonas y órganos), mientras que de manera biunívoca el cuerpo condiciona dichos comportamientos. Por tanto, es útil identificar las interacciones de sexo y género puesto que producen diferencias en la expresión de los estados de salud-enfermedad, y porque las diferencias por sexo pueden estar justificando sesgos de género en la atención sanitaria.

Para clasificar las enfermedades desde la perspectiva de la interacción de sexo y género nos apoyamos en las diferencias fisiopatológicas básicas y en los estudios epidemiológicos que muestran las diferencias en la prevalencia de las enfermedades según el sexo:

- Enfermedades de mayor prevalencia en un sexo.
- Enfermedades con diferente edad de inicio, sintomatología (como el infarto), respuesta al tratamiento y pronóstico en un sexo respecto al otro.
- Enfermedades únicas de un sexo (asociadas con la reproducción).

La perspectiva de género aporta información que ayuda a repensar por qué y cómo los sesgos de género pueden llevar a un concepto erróneo de ciertas enfermedades, sobre todo en las mujeres, e influir en sesgos de género en el proceso asistencial, tanto en el esfuerzo diagnóstico (acceso, demora y espera desigual a la atención sanitaria oportuna desde el comienzo de los síntomas, y errores diagnósticos) como en el esfuerzo terapéutico derivado (tipos de estrategias terapéuticas, consumo y gasto por sexo, y sobreprescripción de terapias).

Con tal fin, en esta monografía encontramos la experiencia de aplicación de la perspectiva de género de un grupo de profesionales de diferentes especialidades dentro de los ámbitos asistenciales y de investigación. Es un avance que pretende mostrar lo que puede ser la medicina desde la perspectiva de género.

El objeto de análisis de género del primer capítulo son las enfermedades infecciosas, pues así como muchas enfermedades crónicas han sido investigadas desde la perspectiva de género, existe escasa información sobre las enfermedades transmisibles. Se cuestiona la teoría de la beneficiosa influencia hormonal y se aporta información sobre enfermedades como la tuberculosis, la sepsis, el sida y la infección por el virus Zika, en las que la consideración de la interacción de sexo y género es útil para disminuir las desigualdades de género en la salud.

El capítulo dedicado a las enfermedades respiratorias evidencia que estas se

manifiestan de forma más grave en las mujeres que en los hombres, con mayor expresión sintomática y afectación de la calidad de vida, lo que genera un mayor consumo de recursos sanitarios. El asma suele comenzar en mujeres jóvenes y se ha detectado un sesgo de interpretación, pues cuando acuden a la consulta a menudo se prejuzga como una descompensación de la vida personal. La variabilidad geográfica de la EPOC entre hospitales, incluidos los de tamaño y población similares, induce a pensar que puede atribuirse a la baja sospecha y, por lo tanto, al infradiagnóstico. Una consecuencia del sesgo de interpretación de los síntomas y la asociación a otras enfermedades es la medicación de rescate, más frecuente en las mujeres, que es uno de los problemas que la especialidad debe afrontar.

El capítulo sobre las enfermedades renales plantea que, pese a que las fístulas arteriovenosas son mejores y más cómodas para realizar la diálisis, se realizan a un menor número de mujeres que de hombres. También se pone de manifiesto que tres de cada cuatro donantes son mujeres y dos de cada tres receptores son hombres. En el debate se suscita la controversia del cumplimiento con la medicación, ya que las mujeres son menos cumplidoras con el tratamiento de las enfermedades renales, mientras que son mejores cumplidoras con el tratamiento de las enfermedades respiratorias y psiquiátricas. Respecto a los indicadores de calidad de la diálisis, en ocasiones son desconocidos por los/las especialistas; por una parte, son una síntesis de factores generalizables para todas las personas, pero los/las profesionales deben conocer las especificidades por sexo de cada indicador para poder diagnosticar mejor a sus pacientes.

El capítulo de la hipercolesterolemia familiar tiene la particularidad de haber sido elaborado con información proveniente del uso masivo de datos. Especial objeto de atención es que, aunque en números absolutos hay más mujeres que hombres en tratamiento, este es menos intenso en ellas. Es decir, las estatinas que se usan para tratarlas son menos potentes que las de los hombres, y también se las somete a menos terapias combinadas. Esta situación se repite en varias enfermedades; aquí en la hipercolesterolemia familiar, y también en la diálisis y en las enfermedades pulmonares, como ya hemos visto. En opinión del autor, «el error que cometen los profesionales es asumir que el sexo femenino es un factor protector, lo que además lleva a las mujeres a recurrir menos a la ayuda médica». Sobre los efectos secundarios de los fármacos, en una revisión europea se concluye que las mujeres que toman fármacos cardiovasculares tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de padecer efectos secundarios y adversos que los hombres con el mismo fármaco y la misma dosis; pese a ello, se siguen utilizando las mismas dosis en ambos sexos. Está en marcha un estudio nacional para identificar los valores de hipercolesterolemia diferenciados entre mujeres y hombres.

La investigación pionera en las diferencias por sexo y los sesgos de género en la atención sanitaria fue en las enfermedades cardiovasculares. Se ha demostrado ampliamente el sesgo diagnóstico en las mujeres que supone, en el infarto, la utilización del patrón de síntomas masculino. Tanto las pruebas diagnósticas como la prueba de esfuerzo difieren entre hombres y mujeres en las enfermedades cardiovasculares; en las mujeres, muchas veces pueden dar falsos negativos. Otra de las pruebas controvertidas es la coronariografía; si no se considera que las mujeres, especialmente las jóvenes, tienden a tener más problemas microvasculares, es difícil que se encuentren las obstrucciones que se esperaría ver en un problema coronario. La autora de este capítulo analiza las diferencias biológicas y la relación entre los patrones de género, los cuidados de la salud cardiovascular y las inequidades en la atención a las enfermedades cardiovasculares. Reflexiona sobre el origen de las barreras de género: la medicina primaria y la prevención secundaria. A partir de una revisión de la literatura y de un estudio cualitativo con entrevistas a mujeres que sufrieron un infarto y a médicos/as de atención primaria y cardiólogos/as, refleja la enorme diferencia entre el discurso de las mujeres y el de los profesionales sanitarios, como si estos últimos no las escucharan. Si no, ¿cómo se explica que la prescripción de ansiolíticos en las

mujeres que han sufrido un infarto continúe después de ser diagnosticadas del infarto? ¿Y por qué se realizan menos medidas de prevención secundaria? La concienciación de la población y de los/las profesionales sanitarios/as sobre la enfermedad, especialmente en las mujeres, la consideración de la especificidad de las pruebas diagnósticas y ser más abierto con los síntomas y no descartarlos directamente si no encajan, es la vía de afrontamiento de este históricamente reconocido sesgo de género en la atención sanitaria.

En el capítulo sobre las enfermedades reumáticas se analizan las diferencias en la presentación clínica de algunas enfermedades, en especial si la forma en uno u otro sexo se toma como prototipo. Este hecho puede explicar que, en el sexo en que es menos frecuente, el manejo de la enfermedad sea peor. También cabe que ante un determinado cuadro clínico, según lo presente una mujer o un hombre, los/las profesionales de la medicina se planteen alternativas diagnósticas diferentes con consecuencias en la atención de los/las pacientes. Se comenta si para determinadas enfermedades debe proponerse que los libros de texto incluyan secciones o capítulos separados para tratar la enfermedad en hombres y en mujeres. En concreto, más que incluir un comentario habría que clasificar las enfermedades en tres categorías: las que son tan diferentes en hombres y mujeres que requieren capítulos distintos; aquellas en las que hay diferencias que justifican que se hagan anotaciones claras en su descripción clínica; y los problemas y enfermedades que no muestran diferencias entre sexos.

Respecto al ictus, pese a ser la primera causa de muerte en las mujeres en España, existen evidencias de que a ellas se les realizan menos pruebas diagnósticas y se les administran menos tratamientos que a los hombres. Según el autor, «la estricta adherencia a las guías de práctica clínica está revirtiendo esta situación». En el debate se propone eliminar la etiqueta de «inespecífico» cuando no encaje a la perfección en el patrón típico, e investigar más los síntomas supuestamente inespecíficos. Sobre el tratamiento en los libros acerca de las diferencias y las similitudes por sexo de las enfermedades, se propone que estos expliciten, por una parte, qué hay en común entre ambos sexos, y por otra, qué es específico de mujeres y de hombres.

En el capítulo sobre los trastornos mentales se analizan las grandes diferencias por sexo en la prevalencia y en el uso de los servicios de salud mental en las personas mayores de 65 años. Estas pueden sufrir un estigma social y personal (autoestigma), además de un estigma asociado a la edad (edadismo) y una posible discriminación de género en perjuicio de las mujeres en algunos tratamientos.

En el siguiente capítulo, que trata la práctica de la pediatría en clave de diversidad, se desarrolla cómo la construcción de la identidad de género es un proceso evolutivo que acompaña al desarrollo temprano. Se analiza la relevancia de los factores que influyen sobre la salud de la infancia y la adolescencia, y los resultados de las mediaciones de género. Se identifican las acciones con sensibilidad de género desde el sistema sanitario para prioridades sanitarias seleccionadas, como la salud materna y neonatal, la nutrición, las enfermedades transmisibles, el medio ambiente, la salud adolescente, los accidentes y la violencia, la salud mental, y el abordaje y el cuidado de niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas y discapacidades. Dado que las inequidades de género comienzan durante la infancia, reconocerlas tempranamente es un buen punto de inicio para promover un curso de vida saludable.

En el capítulo sobre obstetricia y ginecología se plantea la necesidad de un abordaje científico que supere el androcentrismo que históricamente ha caracterizado a las ciencias biomédicas. La perspectiva de género contribuye a realizar análisis válidos y consistentes, y a introducir una comprensión integral de la salud sexual y reproductiva, incluyendo otras categorías tales como clase social, etnia y orientación sexual. Además, el enfoque de género en salud sexual y reproductiva permite evidenciar las relaciones jerárquicas y el sistema de dominación masculina que perpetúan situaciones de desigualdad, de vulneración de derechos de las mujeres y de acciones en los sistemas

de salud que consolidan la falta de equidad.

Por último, en el capítulo dedicado a las enfermedades del aparato digestivo se plantea que el dogma establecido en cuanto a que la patología funcional digestiva es casi exclusiva de las mujeres no tiene base científica, y se requieren investigaciones que representen de forma equitativa a hombres y mujeres.

Son muchas las preguntas y las consecuencias de los sesgos de género en la atención sanitaria analizadas en los debates que siguen a cada capítulo. También son múltiples las propuestas que hacen quienes han participado en el encuentro (autores/as e invitados/as para el debate de los temas una vez expuestos) con implicación directa o indirecta en la perspectiva de género (véase el listado de participantes en la página 8). Serán bienvenidos los comentarios que quienes lean esta monografía quieran enviarnos (cantero@ua.es).

Bibliografía

1. Lenhart SH. Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. J Am Med Women Assoc. 1993;48:155-9.
2. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. N Engl J Med. 1991;325:221-5.
3. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two-way view of gender bias in medicine. J Epidemiol Community Health. 1997;51:106-9.

Perspectiva de género y derechos humanos en las enfermedades infecciosas

María Teresa Ruiz Cantero

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Resumen

La perspectiva de género en las enfermedades infecciosas cuenta con menos evidencias que en el caso de las enfermedades crónicas. En las enfermedades infecciosas es especialmente relevante reconocer que la perspectiva de género interactúa con la perspectiva de los derechos humanos en un corto tiempo. En enfermedades que pueden ser padecidas por ambos sexos, una revisión sistemática muestra indicios controvertidos de un mayor retraso en el diagnóstico de la tuberculosis en las mujeres que en los hombres, así como de un mayor retraso terapéutico. El posible impacto del género en la incidencia y el resultado de la sepsis grave es un tema muy discutido, y las razones de estas diferencias siguen sin estar claras. Las hospitalizaciones se asocian con una mortalidad intrahospitalaria importante, y pese a la disminución de las tasas de letalidad, esta ha disminuido menos en las mujeres que en los hombres. Entre las enfermedades relacionadas con la sexualidad y la reproducción destaca la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que afecta a más mujeres que hombres según la Organización Mundial de la Salud (2016). Existen diferencias por sexo de carácter fisiológico que hacen más susceptibles a las mujeres, y que afectan la progresión de la enfermedad y la respuesta a los tratamientos de manera diferente en ambos sexos. No obstante, también hay evidencia de que la vulnerabilidad femenina se fundamenta en la desigualdad de género, al relacionarse con la capacidad de las mujeres y las niñas para protegerse del VIH mediante la negociación de sexo seguro, para prevenir embarazos no deseados y para acceder y seguir utilizando los servicios para su prevención, atención y tratamiento. Un estudio realizado en Harvard (2015) indica que el principal impulsor de la esterilización coercitiva y forzada de las mujeres en Latinoamérica es el estigma y la discriminación relacionados con el VIH por parte de los proveedores de servicios de salud, siendo las mujeres particularmente vulnerables cuando buscan servicios de salud materna. Es un claro caso de lo fundamental que resulta el abordaje del control de las enfermedades desde la perspectiva de género y de derechos humanos.

Palabras clave: desigualdades de género, diferencias por sexo, enfermedades infecciosas, sesgo de género, sepsis, sida, tuberculosis.

Introducción

La perspectiva de género en las enfermedades infecciosas cuenta con menos evidencias que en el caso de las enfermedades crónicas. Las enfermedades infecciosas se enfrentan a múltiples retos, en especial en los países en desarrollo y en las personas más vulnerables, relacionados con la pobreza, la diversidad sexual fuera de la heterosexualidad, las etnias menos favorecidas y el menor nivel educativo. En las enfermedades infecciosas hay diferencias por sexo, tanto en la susceptibilidad como en la respuesta a las diferentes infecciones. En general, los hombres presentan una mayor susceptibilidad a muchas enfermedades infecciosas, pero las mujeres presentan también una mayor susceptibilidad a otras, así como a enfermedades autoinmunitarias. Por ejemplo, los hombres de todas las edades tienen una mayor mortalidad por hepatitis C y por infección meningocócica, mientras que la mortalidad por hepatitis B, por gripe y por tuberculosis es mayor en las mujeres jóvenes[1]. Todo ello supone un reto para la salud pública por la capacidad de transmisión de las enfermedades infecciosas, en la medida en que, pese al conocimiento científico y los recursos asistenciales existentes, hombres y mujeres no se beneficien de ellos por igual.

La perspectiva de género puede aplicarse tanto en las enfermedades infecciosas padecidas por ambos sexos como en aquellas sufridas por un solo sexo, destacando las relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En las enfermedades infecciosas es pertinente reconocer que la perspectiva de género interactúa con la perspectiva de los derechos humanos en un corto tiempo. La primera hace referencia a cómo las mujeres toman decisiones relacionadas con su salud dentro de las relaciones entre hombres y mujeres, las cuales no son ejercidas en el vacío con un número ilimitado de opciones, pues se ejercen dentro de estructuras con normas y valores que van a influir mucho en las prácticas individuales. La segunda hace referencia al cumplimiento de los servicios sanitarios respecto a la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la calidad y la pertinencia de las/los pacientes. Ambas se centran en la interacción y la tensión entre las acciones individuales y las estructuras sociales, de tal forma que las prácticas individuales no solo dependen de la propia capacidad de las mujeres para tomar decisiones, sino que también dependen de la capacidad y del grado de libertad que disfruten, otorgado por su entorno social.

Perspectiva de género en las enfermedades infecciosas padecidas por ambos sexos

El diagnóstico precoz y el inicio inmediato del tratamiento son esenciales para un programa de control efectivo de la tuberculosis. El retraso en el diagnóstico es importante tanto para el pronóstico individual de la enfermedad como para la transmisión dentro de la comunidad. La mayoría de las transmisiones ocurren entre el inicio de la tos y el comienzo del tratamiento. Al respecto, una revisión sistemática de 58 publicaciones mostró indicios controvertidos de retraso en el diagnóstico de la tuberculosis, mayor en mujeres que en hombres en doce estudios y menor en cinco. Concluyen que el problema principal en la demora parece ser un círculo vicioso de visitas repetidas al mismo nivel de atención médica, lo que resulta en un tratamiento antibiótico inespecífico y en la imposibilidad de acceder a los servicios especializados en tuberculosis. De hecho, una vez logrado un diagnóstico específico, el tratamiento de la tuberculosis se inició dentro de un periodo de tiempo razonable[2].

Según el Registro de Casos de Tuberculosis del Área 8 de la Comunidad de Madrid, implantado en 1994, que recoge la fecha de inicio de los síntomas y la fecha de inicio del tratamiento según la historia clínica, en 2002 el 75,47% de los casos fueron tuberculosis pulmonares, y de ellas, el 62,5% fueron bacilíferas, con un tiempo de demora (mediana) hasta el tratamiento desde el comienzo de los síntomas de 25 días para los hombres y 42 días para las mujeres[3].

El posible impacto del género en la incidencia y en el resultado de la sepsis grave es un problema en discusión, y no están claras las razones de las diferencias por sexo. Contamos con un análisis del Registro Hospitalario en España entre 2006 y 2011 en el que se analizan las tendencias de las tasas de incidencia y mortalidad por sepsis en 240.939 casos de sepsis grave (1,1% de hospitalizaciones y 54% de hospitalizaciones por sepsis). Las tasas de incidencia y de mortalidad se han incrementado en España. Existe una letalidad intrahospitalaria importante asociada a la edad, el sexo, la comorbilidad y las disfunciones orgánicas, entre otros factores. La disparidad de género en la letalidad hospitalaria fue uno de los resultados más relevantes, pues pese a la disminución de las tasas globales de letalidad, esta disminuye menos en las mujeres que en los hombres[4].

Otro reto es el relacionado con las diferencias según el sexo en la prescripción de antibióticos. Se ha publicado en 2018, desde el sistema de atención primaria inglés, uno de los primeros estudios sobre prescripción de antibióticos en atención primaria con un volumen importante de prescripciones (4,57 millones), en el que se evidencia que las mujeres recibieron un 67% más de prescripciones que los hombres, y un 43% más cuando se excluyen los antibióticos utilizados para tratar infecciones del tracto urinario. Estas brechas fueron más pronunciadas en las mujeres adultas (99% más recetas que los hombres y 69% más cuando se excluye la infección urinaria) que en los/las niños/as (9% y 0%) y los/las ancianos/as (67% y 38%). Entre las personas adultas, las mujeres representaron el 64% de las consultas

(62% en pacientes con comorbilidad), pero no fueron sustancialmente más propensas que los hombres a recibir una prescripción de antibióticos cuando consultaron por enfermedades comunes, como tos (riesgo relativo [RR]: 1,01; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,00-1,02), dolor de garganta (RR: 1,01; IC95%: 1,00-1,01) o infección de vías respiratorias bajas (RR: 1,00; IC95%: 1,00-1,01). Las excepciones fueron las enfermedades de la piel, para las que se prescribieron menos antibióticos a las mujeres cuando consultaron por acné (RR: 0,67; IC95%: 0,66-0,69) o impétigo (RR: 0,85; IC95%: 0,81-0,88). Se concluye que todavía existe una importante brecha de género en la prescripción de antibióticos en la atención primaria inglesa, que en gran parte no se explica por las diferencias de sexo en las infecciones del tracto urinario y la comorbilidad. La brecha de prescripción es más pronunciada en las personas adultas, pues las mujeres reciben aproximadamente el doble de prescripciones de antibióticos que los hombres, y un 70% más cuando se excluyen los antibióticos utilizados para tratar infecciones del tracto urinario.

Estas diferencias en la prescripción son próximas a las observadas en el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria, ya que las mujeres adultas sanas consultan a la atención primaria aproximadamente un 80% más que los hombres adultos sanos por las 12 enfermedades incluidas en este estudio. La consecuencia a la que se llega, objeto de debate, es que hombres y mujeres tienen la misma probabilidad de recibir antibióticos clínicamente justificados[5].

Una de las áreas de trabajo dentro del campo de la medicina en que existe mayor debate y crítica es la relacionada con los ensayos clínicos de fármacos. La principal crítica es que, considerando que en la fase de diseño no siempre se incluyen muestras representativas de la población consumidora de ambos sexos, los posteriores análisis de los datos no pueden realizarse estratificados por sexo. Sin cuestionar la eficacia del producto dada la plausibilidad biológica, el principal problema se centra en la efectividad, al verse afectada por la variabilidad hormonal de las mujeres en su ciclo menstrual.

La Food and Drug Administration publicó unas recomendaciones en 1994 sobre la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos, no extendidas al resto del mundo. Por ejemplo, en el caso del antibiótico moxifloxacino, revisado mediante la utilización de estas recomendaciones, se analizaron 158 ensayos clínicos en humanos publicados en revistas científicas y registrados en Medline y la Cochrane Library (1998-2010). De las 80.417 personas incluidas en los ensayos de moxifloxacino, solo el 33,7% fueron mujeres en la fase I, en contraste con la fase II, en la que las mujeres supusieron el 45%, mientras que en la fase III representaron el 38,3% y en la fase IV fueron el 51,3%. Alrededor del 40,9% (n = 52) de los ensayos se est ratificaron por sexo, y el 15,3% (n = 13) y el 9% (n = 7) aportaron datos sobre la eficacia y los efectos secundarios, respectivamente. Encontramos poca información sobre la influencia de las características específicas que afectan a las mujeres. Solo tres de 59 revistas que publicaron ensayos clínicos con moxifloxacino apuntan que hubieran debido estratificar los resultados por sexo. Se concluye que fármacos como el moxifloxacino se caracterizan por solo contribuir de forma parcial con pruebas a la medicina[6].

Enfermedades relacionadas con la sexualidad y la reproducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un claro caso de lo fundamental que es abordar el control de las enfermedades desde la perspectiva de género y de los derechos humanos. Aunque la mortalidad es mayor en los hombres que en las mujeres, según la Organización Mundial de la Salud la prevalencia es más alta en las mujeres que en los hombres[7]. La literatura científica ha mostrado que existen diferencias por sexo, de carácter fisiológico, que hacen más susceptibles a las mujeres y que afectan la progresión de la enfermedad y la respuesta a los tratamientos de manera diferente en ambos sexos. No obstante, también hay evidencia de que la vulnerabilidad femenina se fundamenta en la desigualdad de género, la pobreza, las normas culturales y sexuales, la falta de educación y la violencia, pues afecta

la capacidad de las mujeres y las niñas para protegerse del VIH mediante la negociación de sexo seguro, para prevenir embarazos no deseados, y para acceder y seguir utilizando los servicios para su prevención, atención y tratamiento[8]. Al respecto, cabe destacar un estudio canadiense que en 2007 identificó que el 2,8% de las mujeres nunca habían accedido a la atención del VIH, y de las que habían accedido, el 28,7% informaron que la vinculación fue tardía. La falta de acceso, así como el retraso en la atención médica, fueron mayores en las mujeres indígenas, de edades jóvenes, con historial de uso recreativo de drogas y con experiencias de racismo cotidiano[9]. Además, un estudio realizado en Harvard, en el año 2015, encuentra que la esterilización forzada de las mujeres en Latinoamérica se produce cuando existe desinformación, y mediante tácticas de intimidación o incentivos financieros; también se utiliza el acceso a los servicios de salud o al empleo para obligar a las personas a aceptar este procedimiento. El estudio indica que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH por parte de los proveedores de servicios de salud es el principal impulsor de la esterilización coercitiva y forzada, siendo las mujeres particularmente vulnerables cuando buscan servicios de salud materna[10].

La cara de la infección por el virus Zika es de mujeres y niños. La pandemia de Zika está suponiendo una oportunidad única en el ámbito de la investigación, la biomedicina, la clínica y la defensa de la salud pública, y para los gobiernos en cuanto a avanzar en la justicia reproductiva. En *The American Journal of Bioethics* se reflexionó sobre tres paradojas relacionadas con las circunstancias que rodean a los embarazos al tomar decisiones de la vida reproductiva de las mujeres: la centrada en los derechos reproductivos; la relacionada con las respuestas a la pandemia en prestación de servicios de salud reproductiva y ayuda para los niños con discapacidades relacionadas con el Zika; y el desarrollo de la política de salud reproductiva para prevenir o poner fin a un embarazo afectado por virus Zika, y la que implica a la investigación. Las respuestas a la pandemia que no promueven estos fines son moralmente inaceptables[11].

El patrón de transmisión del virus Zika aún no es del todo conocido, pero se reconoce como una enfermedad transmitida de forma directa a las mujeres en edad fértil por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* (vector) y por transmisión sexual a través del semen de los hombres. Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos, se sabe que produce malformaciones fetales. La falta de información y de acceso a servicios básicos reproductivos y test diagnósticos, y lo más importante, la falta de elección reproductiva por leyes que prohíben el aborto seguro, limitan a las mujeres a elegir cuando se enfrentan con las consecuencias del virus en su salud y la de sus hijos. Por diversos motivos, en el virus Zika se expresan la interdependencia y la necesidad de una aproximación desde la perspectiva de género y desde los derechos humanos relacionados con la salud[12].

Las características relacionadas con la transmisión sexual se describen en una revisión bibliográfica publicada en 2018 que incluye 18 artículos sobre el virus Zika adquirido por transmisión sexual y 21 que describieron la presencia de Zika en los fluidos genitales. Se encuentra que la transmisión sexual es sobre todo de hombre a mujer (92,5%), principalmente por transmisión vaginal sin protección (96,2%). La mediana del tiempo transcurrido entre la presunta transmisión sexual y el inicio de los síntomas en la pareja índice es de 13 días (rango: 4-44 días). El virus Zika se aisló en el semen hasta 69 días después del inicio de los síntomas, y el ARN viral se detectó en el semen hasta los 188 días (rango: 3-188 días). Ningún estudio informa del aislamiento de virus Zika de muestras de genitales de las mujeres[13].

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica sobre el virus Zika en América Latina en el último trimestre de 2015[14]. Posteriormente, varios países emitieron comunicados advirtiendo sobre la microcefalia en los fetos, declararon emergencias nacionales e instaron a las mujeres a evitar el embarazo. La relevancia de la falta de opciones para abortar ante la percepción del riesgo se muestra en una experiencia publicada en *The New England Journal of Medicine* en 2016 sobre el trabajo de la organización sin

fines de lucro Women on Web (WoW), que ofrece servicios de aborto médico fuera del entorno de la atención médica formal a través de telemedicina en línea. Es una de las opciones para abortar que tienen las mujeres en algunos países de América Latina, donde el aborto seguro no está disponible universalmente al ser ilegal o tener restricciones, lo que deja pocas opciones a las embarazadas. El análisis de los datos sobre solicitudes de aborto a WoW entre el 1 de enero de 2010 y el 2 de marzo de 2016 en 19 países latinoamericanos y después de la alerta de la OPS (17 de noviembre) mostró que las solicitudes de aborto a través de WoW aumentaron significativamente del 36% al 108% sobre las tendencias existentes en todos los países con transmisión autóctona de virus Zika (excepto Jamaica) que habían realizado recomendaciones gubernamentales a las mujeres embarazadas, pero que tienen el aborto legalmente restringido. Mientras, no se observaron aumentos significativos en los países con transmisión autóctona de Zika y aborto legalmente restringido que no realizaron recomendaciones gubernamentales, ni en ningún país de los controles. Además, en los países sin transmisión autóctona de Zika, como Argentina y Perú, que tienen el aborto restringido legalmente, pero donde los funcionarios despertaron su preocupación por el Zika al pedir al gobierno que declarara un estado de emergencia preventivo, se observaron pequeños aumentos[15].

Conclusiones

Las enfermedades infecciosas que pueden padecer ambos sexos han recibido menor atención desde la perspectiva de género que las enfermedades crónicas. En los artículos revisados prevalecen argumentos biológicos respecto a mayor resistencia de las mujeres o menor vulnerabilidad por la protección hormonal, sin considerar las diferentes exposiciones de mujeres y hombres a factores de riesgo. Este esencialismo biológico puede ser un indicador (y un producto) de un sesgo de interpretación.

El retraso en el diagnóstico y en el tratamiento es un sesgo de género en el que se trabaja como factor que influye en las desigualdades en los resultados en salud entre hombres y mujeres.

El manejo y el control de ciertas enfermedades infecciosas relacionadas con la salud sexual y reproductiva complica la toma de decisiones de los/las profesionales sanitarios/as que trabajan en instituciones locales en un rango limitado de opciones, dependiendo de la legislación propia de cada país. Es el caso de la reticencia a legalizar el aborto ante la detección de una infección por virus Zika en una mujer embarazada, con sus consecuencias en el recién nacido. La existencia de factores de riesgo ideológicos implica el desarrollo de estrategias, en palabras de Hanna Arendt[16], para que las personas sientan que tienen derecho a tener derecho:

1. Cuestiones a remarcar y remarcar y recomendaciones desde la perspectiva de género.
2. Realizar revisiones.
3. Revisar dos veces los resultados, estratificando por sexo. Metaanálisis.
4. Cuestionar los puntos de corte de normalidad/anormalidad para las mujeres en los test diagnósticos.
5. Valorar la efectividad de protocolos diagnósticos (establecidos para ensayos clínicos), que pueden no incluir signos/síntomas tomados como atípicos.

Debate

Mar Blasco: A raíz del comentario sobre el análisis de enfermedades por sexo, un reciente estudio concluye que existe la misma incidencia de tuberculosis en los hombres que en las mujeres, en contradicción con otros estudios anteriores que determinaban que era mayor en los hombres. Muchos de estos estudios se hacían en el ámbito de la minería, por lo que creo que deberían revisarse las muestras de los estudios previos porque al incluir poblaciones con mayor riesgo de exposición existe un sesgo que afecta a

la generalización de los resultados. Por otro lado, uno de los artículos de Nancy Krieger sobre VIH y género en África concluía que, debido a los patrones culturales (mujeres jóvenes, sin poder para negociar el uso del preservativo, casadas con hombres mayores que tienen relaciones fuera del matrimonio), había más mujeres jóvenes infectadas por el VIH que hombres heterosexuales infectados. Y sorprendentemente, la incidencia de VIH en las adolescentes en países desarrollados está aumentado porque los patrones de conducta protectores que habíamos conseguido en las décadas de 1980-1990 están cambiando y se repiten los patrones antiguos.

Eugenia Gil: Creo que es importante recalcar lo que María Teresa ha planteado sobre la necesidad de revisar los protocolos de los estudios de enfermedades infecciosas e incluir el género. Es importante plantearse tanto el cómo como el porqué de las pruebas y los parámetros que se estudian.

Rosa Magallón: Los avances en investigación en género no se trasladan a la docencia ni a la práctica asistencial. Hoy se siguen enseñando y aplicando los mismos protocolos que hace 20 años, y a pesar de que existen evidencias del sesgo de género, los protocolos actualizados no se aplican y no nos llegan. Creo que todos deberíamos hacer un esfuerzo para que la investigación en género se traslade a la docencia y a la práctica asistencial. Por otro lado, hay muchos factores ambientales que influyen en la incidencia de la tuberculosis en las mujeres y que no se tienen en cuenta, como las condiciones de vida (madres solteras con varios hijos que viven en pocos metros cuadrados) y la pobreza de las mujeres.

María Teresa Ruiz Cantero: Un ejemplo clarísimo de diagnósticos usando los patrones masculinos clásicos es una tesis que se llevó a cabo en el Hospital General de Alicante sobre los efectos de los opiáceos en la disfunción sexual. Tras analizar las historias clínicas, se comprobó que los opiáceos causaban disfunción sexual en los hombres. Sin embargo, no había información sobre las mujeres que tomaban opiáceos, pues no se había preguntado. Tras investigar un poco, se descubrió que habían derivado a la consulta de psicología a las mujeres que tomaban opiáceos.

Michele Catanzaro: Como periodista me gustaría añadir que no hay un mensaje claro cuando se trata de información sobre diferencias de género. Desde el punto de vista de la comunicación, los periodistas necesitamos un mensaje muy claro y sobre todo que nos aclaren qué es relevante y qué no. Se ha hecho una diferenciación entre sexo biológico y género durante la presentación, siendo este último algo más continuo y plural. A partir de un artículo de Laura Corcuera en el que se abordan las diferencias en el desarrollo sexual y se argumenta que en un mismo sexo no hay un binarismo tan claro, ¿tener en cuenta estas diferencias es rizar el rizo?

María Teresa Ruiz Cantero: No es rizar el rizo; tener en cuenta la diversidad sexual es tan importante como tener en cuenta las diferencias de sexo y género. Por ello, juntamente con Ángel Gasch estamos colaborando en un proyecto para incorporar la perspectiva de género en las carreras universitarias de salud. Y como hay suficiente evidencia científica, también incluiremos la diversidad sexual.

María Dolores Arenas: Tras la presentación sorprende que, en general, las mujeres no acuden a recibir atención sanitaria, hecho que tiene mucho que ver con la educación sanitaria. Por un lado, el profesional sanitario no cree que el infarto o la enfermedad renal estén relacionados con la mujer, y por otro lado tampoco se transmite esta posibilidad a la población. Por ello creo que es necesario reeducar al profesional sanitario para que, a su vez, este pueda transmitirlo a la población.

María Teresa Ruiz Cantero: Tienes razón, es necesario invertir en reeducación, y eso empieza por cambiar los mensajes que se usan para informar a la población. Por ejemplo, un anuncio de la ONCE en la radio el año pasado que advertía sobre los riesgos del infarto solo decía que es más frecuente en los hombres. A pesar de la evidencia científica sobre la relación del infarto y las mujeres, ¿por qué no se lanza un mensaje único? Un estudio reciente sobre la información acerca del infarto en los medios de comunicación

concluía que el cáncer de mama ensombrece los demás diagnósticos y enfermedades; casi no había información sobre el infarto en las mujeres. Por eso creo que en las universidades debería enseñarse el diagnóstico diferenciado por sexo.

Elisa Chilet: Creo que es muy importante unir la perspectiva de género a la perspectiva de derechos humanos, y tenemos que aprender a incorporar la ética a la investigación y a la práctica clínica. El ejemplo del VIH es muy claro, pero en el caso del Zika sorprende que los gobiernos que recomiendan que las mujeres no se queden embarazadas son precisamente aquellos que no tienen políticas que defiendan los derechos sexuales y reproductivos. También coincido con Rosa Magallón en que los investigadores hemos generado mucho conocimiento, pero tenemos que diseñar intervenciones para que la perspectiva de género se incorpore de verdad a la práctica clínica.

María Teresa Ruiz Cantero: Totalmente de acuerdo. En las solicitudes al Fondo de Investigación en Salud del Instituto Carlos III hay un apartado sobre capacidad traslacional en el que normalmente se indica los artículos que se publicarán. Sin embargo, casi nunca se incluyen los beneficios que generará el proyecto, y es importante hacer este ejercicio de reflexión e incluir dicho aspecto en estas y otras solicitudes.

Bibliografía

1. Garenne M. Demographic evidence of sex differences in vulnerability to infectious diseases. J Infect Dis. 2015;211:331-2.
2. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. BMC Public Health. 2008;8:15.
3. Esteban MJ, Gómez RJ. Tiempo entre inicio de síntomas e inicio de tratamiento de los casos del registro de tuberculosis del área 8 (Comunidad de Madrid). Gac Sanit. 2002;16(Supl 1):99-101.
4. Bouza C, López-Cuadrado T, Saz-Parkinson Z, Amate-Blanco JM. Epidemiology and recent trends of severe sepsis in Spain: a nationwide population-based analysis (2006-2011). BMC Infect Dis. 2015;14:717.
5. Smith DRM, Dolk FCK, Smieszek T, Robotham JV, Pouwels KB. Understanding the gender gap in antibiotic prescribing: a cross-sectional analysis of English primary care. BMJ Open. 2018;8:e020203.
6. Chilet-Rosell E, Ruiz-Cantero MT, Pardo MA. Gender analysis of moxifloxacin clinical trials. J Women's Health. 2013;23:1-27.
7. UNAIDS data 2017. (Consultado el 15/3/2018.) Disponible en: http://www. unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_ en.pdf
8. Sordo del Castillo L, Ruiz-Pérez I, Olry de Labry Lima A. Biological, psychosocial, therapeutic and quality of life inequalities between HIV-positive men and women – a review from a gender perspective. AIDS Rev. 2010;12:113-20.
9. Kronfli N, Lacombe-Duncan A, Wang Y, on behalf of the CHIWOS Research Team. Access and engagement in HIV care among a national cohort of women living with HIV in Canada. AIDS Care. 2017;29:1235-42.
10. Kendall T, Albert C. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. J Int AIDS Soc. 2015;18:19462.
11. Harris LH, Silverman NS, Marshall MF. The paradigm of the paradox: women, pregnant women, and the unequal burdens of the Zika virus pandemic. Am J Bioethics. 2016;16:1-4.
12. Editorial. The right(s) approach to Zika. Lancet Glob Health. 2016;4:e427.
13. Moreira J, Peixoto TM, Siqueira AM, Lamas CC. Sexually acquired Zika virus: a systematic review. Clin Microbiol Infect. 2017;23:296-305.
14. Pan American Health Organization [Internet]. Washington DC: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: incremento de microcefalia en el nordeste de Brasil; 17 de noviembre de 2015. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-nov-17-cha-microcefalia-alerta-epi.pdf
15. Aiken ARA, Scott JG, Gomperts R, Trussell J, Worrell M, Aiken CE. Requests for abortion in Latin America in the wake of Zika virus. N Engl J Med. 2016;375:396-8.
16. Arendt H. Los orígenes del totalitarismo. Madrid: Alianza Editorial; 2006.

Desigualdad de género y medicina. Enfermedades respiratorias

Tamara Alonso Pérez, Rosa María Girón Moreno y Carolina Victoria Cisneros Serrano

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid

Resumen

Las enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma y las bronquiectasias, son patologías complejas y con una alta morbimortalidad asociada, cuya prevalencia está aumentando en los últimos años en todo el mundo. Las enfermedades respiratorias en las mujeres se manifiestan de forma más grave que en los varones, con mayor expresión sintomática y más afectación de la calidad de vida, y generan un mayor consumo de recursos sanitarios. Por ello, el abordaje global de estas enfermedades en la mujer es prioritario para mejorar el problema del infradiagnóstico y para reducir las desigualdades en salud por género.

Palabras clave: asma, bronquiectasias, características diferenciales, desigualdad de género, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mujer.

Introducción

Las enfermedades respiratorias generan una importante carga sanitaria en todo el mundo, y cinco de ellas figuran entre las causas más frecuentes de muerte. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma afectan cada una a más de 300 millones de personas en el mundo y constituyen un reto de salud pública. En particular, la salud respiratoria de las mujeres, más vulnerables por factores sociales o biológicos, así como el abordaje de las desigualdades de género en salud, se han convertido en una preocupación creciente para la comunidad científica internacional y en una prioridad en política sanitaria.

La EPOC en las mujeres

La EPOC se caracteriza por una limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo asociada a la exposición al humo de tabaco y en menor proporción a tóxicos inhalados laborales, ambientales o a productos derivados de la combustión de la biomasa[1-3].

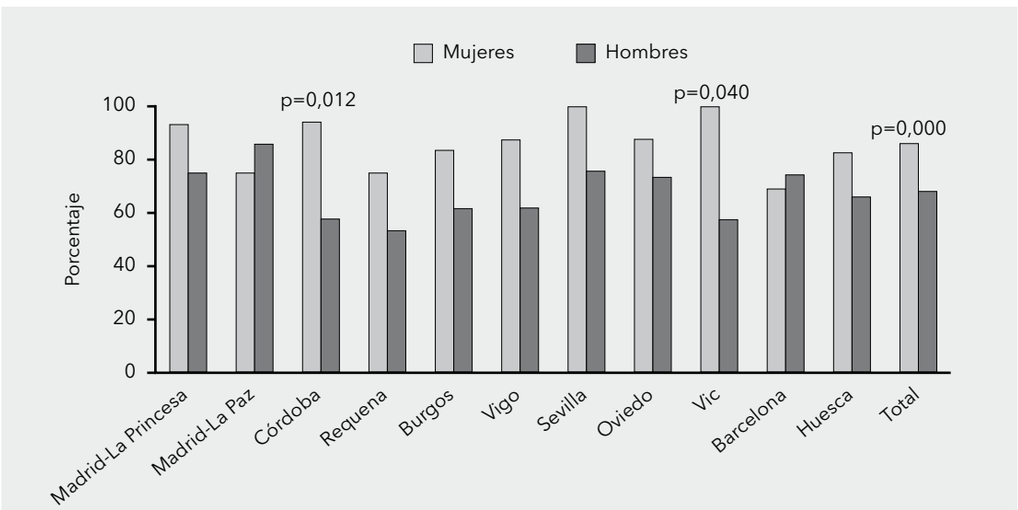
La EPOC es una enfermedad compleja y heterogénea, con una alta morbimortalidad asociada. La Organización Mundial de la Salud, en una actualización sobre la carga mundial de enfermedades *(Global Burden of Disease Study)* publicada en 2010, indica un incremento del número de personas con EPOC que se estima en más de 320 millones en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte[4].

Según los datos del estudio EPI-SCAN, la prevalencia de la EPOC en nuestro país es del 10,2% (15,1% en varones y 5,7% en mujeres) de la población entre 40 y 80 años[5]. La tasa de infradiagnóstico alcanza el 73%, con una importante variabilidad geográfica y una distribución desigual por sexo (fig. 1), siendo 1,27 veces más frecuente el infradiagnóstico en mujeres que en hombres[6].

En nuestro país, el envejecimiento poblacional más acusado en las mujeres y su incorporación masiva al hábito tabáquico alrededor de la década de 1970 han dado lugar a un aumento de las enfermedades respiratorias asociadas al tabaquismo en la mujer. A pesar de ello, la EPOC aún se considera una enfermedad que afecta fundamentalmente a varones, y eso constituye un importante sesgo diagnóstico que contribuye al infradiagnóstico en las mujeres.

El principal factor de riesgo para el desarrollo de EPOC es el hábito tabáquico. Numerosos estudios han evaluado la existencia en las mujeres de una mayor susceptibilidad a los efectos nocivos del tabaco, determinada por factores anatómicos (vías aéreas de menor tamaño), genéticos y hormonales. Según los resultados de alguno de estos estudios, las mujeres tienen valores inferiores de función pulmonar medida por el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y formas más graves de la enfermedad con un nivel de exposición tabáquica más bajo[7].

Figura 1. *Infradiagnóstico de la EPOC en el estudio EPI-SCAN, por sexo y área*[6].



En cuanto a la presentación clínica, las mujeres con EPOC refieren mayor grado de disnea que los varones medida por la escala mMRC *(Modified Medical Research Council)* para igual grado de obstrucción al flujo aéreo y menor exposición tabáquica[8]. Por el contrario, otros síntomas, como la tos y la expectoración, que también caracterizan la enfermedad, son menos frecuentes en las mujeres, aunque pueden influir en ello factores sociales[9].

Las alteraciones nutricionales son más frecuentes en la mujer que en el varón, y se recomienda siempre su evaluación sistemática por su potencial como predictor pronóstico[10]. Las agudizaciones, episodios de inestabilidad clínica que producen un deterioro importante en la calidad de vida de las personas con EPOC, son más frecuentes en las mujeres[11], pero la tasa de supervivencia tras una agudización es mejor en ellas[12].

La EPOC es una enfermedad compleja, con manifestaciones multisistémicas, que se asocia a lo largo de su evolución con otras enfermedades o comorbilidad. Según los resultados de diferentes estudios, las enfermedades cardiovasculares son menos prevalentes en las mujeres con EPOC, mientras que la osteoporosis y los trastornos de la esfera activa son más frecuentes en las mujeres que en los varones, e influyen en el control de los síntomas, en la calidad de vida y en el pronóstico de la enfermedad[13].

Diferencias de sexo en el asma

El asma se considera un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares, pero de etiologías probablemente diferentes, que se podría definir como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable del flujo aéreo, totalmente o parcialmente reversible, ya sea por la acción de los medicamentos o de manera espontánea[14].

La prevalencia del asma en la infancia es mayor en los niños que en las niñas (2:1), pero esta relación se invierte progresivamente (1:1) a partir de los 15 años de edad[15].

También existen diferencias en cuanto a la percepción de los síntomas[16], de manera que las mujeres puntúan más síntomas y peor calidad de vida con función pulmonar similar, utilizan más los recursos sanitarios, realizan más visitas no programadas por asma que los hombres y hacen un mayor uso de medicación[17]. También las mujeres ingresan más que los hombres, según numerosos estudios[18].

Hay varias teorías que tratan de explicar por qué las mujeres ingresan más que los varones a pesar de tener una prevalencia similar. Esto se debería a una mayor gravedad de la enfermedad como consecuencia de mecanismos hormonales[19], por diferencia en el tamaño de la vía aérea[20], por un incremento de la percepción de la obstrucción en las mujeres[21], por una

mayor exposición y atopia a alérgenos de interior[21,22] e incluso por un tratamiento menos adecuado[23,24], o por desigualdades sociales[25].

En un estudio realizado en hospitales de Madrid (estudio FRIAM)(tabla 1)[26] se concluye que el mayor porcentaje de ingresos por asma en las mujeres podría explicarse en parte por una mala percepción de la gravedad, que lleva a un retraso en acudir a urgencias, debido a la frecuente coexistencia de síndrome de hiperventilación. Es conocido que la prevalencia de ansiedad/depresión también es mayor en las mujeres.

Mujer y bronquiectasias

Las bronquiectasias son dilataciones irreversibles de los bronquios y los bronquiolos debidas a la destrucción del componente elástico y muscular de la pared bronquial. Son la consecuencia final de muchas enfermedades que originan, en primera instancia, un daño de los mecanismos de defensa bronquiales, alteración del sistema mucociliar y retención de secreciones, y con posterioridad colonización bacteriana. Esta colonización bronquial conlleva, a su vez, una liberación de mediadores de la inflamación que empeoran la motilidad ciliar, y ello provoca infecciones recurrentes, cerrándose el círculo vicioso que perpetúa la enfermedad y origina el daño tisular[27].

Aunque existen pocos datos, la prevalencia de las bronquiectasias oscila entre 25 y 272 casos por 100.000 habitantes, según el grupo de edad estudiado[28]. Con el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y especialmente la aparición de la tomografía computarizada de alta resolución, actualmente se identifican muchos más casos, por lo que la prevalencia aumentará de manera considerable[27,28].

Cuando se analizan las diferencias de género en esta enfermedad se observa una mayor prevalencia en la mujer de algunas etiologías, como las posinfecciosas, las secundarias al asma y a enfermedades sistémicas, y de las idiopáticas[28]. En las mujeres con bronquiectasias se detectan mejores datos de función pulmonar y una menor mortalidad en comparación con los hombres (tabla 2)[29]; sin embargo, se han descrito mayores tasas de

Tabla 1. *Diferencias entre hombres y mujeres ingresados por asma. Estudio FRIAM.*

	Varones	Mujeres	p
Edad media (años ± DE)	43,4 ± 18,7	52,4 ± 18,3	0,002
Duración del asma (años ± DE)	13,6 ± 12,1	18,2 ± 15,1	0,05
Obesidad (IMC >30)	27,5%	34,4%	NS
Fumadores	38,8%	21,2%	0,01
Alergia	51,5%	51,8%	NS
Rinoconjuntivitis	56,7%	49,6%	NS
Intolerancia a AINE	21,3%	22,3%	NS
Reflujo gastroesofágico	3%	22,1%	0,001
Enfermedad psiquiátrica	6%	13,3%	0,1
Ingresos previos	29,4	40,4	0,1
Tratamiento con CSI	47,1%	63,2%	0,03
Plan de autotratamiento	8,2%	13%	NS
Retraso en la visita a urgencias (>72 h)	41,9%	56,7%	0,046
Crisis (actual) súbita (≤3 h)	4,8%	6,7%	NS
PCO_2 (% ± DE)	39,8 ± 10,5	38 ± 8	NS
FEV_1 (% ± DE)	67,5 ± 17,4	58,2 ± 15,9	0,03
Estancia media (días ± DE)	5,9 ± 3,6	7,3 ± 3,4	0,02
Mal control (ACT ≤15)	73%	75,2%	NS
Depresión	35,1%	45,8%	NS
Ansiedad-estado* (media ± DE)	25,3 ± 6,7	24,8 ± 6,7	NS
Ansiedad-rasgo* (media ± DE)	27,3 ± 7,7	28,1 ± 7,7	NS
Buen cumplimiento	26,7%	33,3%	NS
Hiperventilación**	35,9%	57,3%	0,02

ACT: test de control del asma; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; CSI: corticosteroides inhalados; DE: desviación estándar; FEV_1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; IMC: índice de masa corporal; NS: no significativo; PCO_2: presión parcial de dióxido de carbono.
*Puntuación en cuestionario STAI.
**Porcentaje de pacientes con puntuación >23 en el cuestionario de Nijmegen.

Tabla 2. *Registro histórico de pacientes con bronquiectasias y diferencias entre sexos.*

Media ± DE N (%)	Todos (n = 2099)	Hombres (n = 974)	Mujeres (n = 1125)	p
Edad, años	61,0 ± 20,6	60,9 ± 21,8	61,0 ± 19,6	0,88
Tabaquismo				<0,001
Fumadores	206 (9,8)	137 (14,1)	69 (6,1)	
Exfumadores	512 (24,4)	391 (40,2)	121 (10,8)	
No fumadores	1378 (65,7)	445 (45,7)	933 (83,1)	
FVC (%)	70,0 ± 19,8	66,5 ± 19,7	73,1 ± 19,4	<0,00
FEV_1 (%)	64,8 ± 24,5	58,3 ± 24,5	70,5 ± 23,1	<0,001
FEV_1/FVC	68,6 ± 15,2	64,3 ± 16,1	72,5 ± 13,2	<0,001
Saturación de oxígeno	94,8 ± 4,0	94,2 ± 4,3	95,3 ± 3,5)	<0,001
Localización de bronquiectasias				0,31
Localizadas	527 (25,2)	258 (26,5)	269 (24,0)	
Bilateral	946 (45,2)	424 (43,6)	522 (46,5)	
Difusas	622 (29,7)	291 (29,9)	331 (29,5)	
Expectoración				0,04
No	299 (14,2)	119 (12,2)	180 (16,0)	
Frecuente	631 (30,1)	292 (30,0)	339 (30,1)	
Diaria	1169 (55,7)	563 (57,8)	606 (53,9)	
Tipo de expectoración				0,02
Blanca	611 (29,1)	298 (30,6)	313 (27,8)	
Blanca-amarillenta	701 (33,4)	315 (32,3)	386 (34,3)	
Amarilla-verdosa	489 (23,3)	243 (24,9)	246 (21,9)	
No	298 (14,2)	118 (12,1)	180 (16,0)	
Colonización bronquial crónica				0,01
Ocasional	51 (3,7)	20 (3,2)	31 (4,1)	
Sí	807 (59,2)	393 (63,8)	414 (55,3)	
No	247 (18,1)	106 (17,2)	141 (18,9)	
No expectoración	259 (19,0)	97 (15,7)	162 (21,7)	
Muertes	258 (14,1)	157 (18,6)	101 (10,2)	<0,001

DE: desviación estándar; FEV_1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada. Modificada de ref. 29.

depresión y peor calidad de vida medida por un cuestionario específico de la tos (Leicester)[30]. Esta alteración del ánimo y de la calidad de vida se puede explicar porque la tos, síntoma principal de las bronquiectasias, conlleva expectoración con frecuencia y para las mujeres este hecho está socialmente y culturalmente menos admitido. Además, la práctica clínica sugiere que un episodio de tos intensa, en algunos casos, puede acompañarse de pérdida del control del esfínter urinario, con lo que ello comporta. Nuestro grupo ya describió hace unos años que en las mujeres con bronquiectasias hay una mayor prevalencia de depresión, y quizás este mayor impacto de la tos y sus consecuencias podrían ser un factor de riesgo de depresión[31].

Así mismo, se ha descrito un retraso del diagnóstico significativamente mayor en las mujeres, superior a 2 años, con lo que se demora la implementación de protocolos de seguimiento y tratamientos específicos para las pacientes con bronquiectasias. La edad de presentación de los síntomas, el menor hábito tabáquico, la menor expectoración diaria y la mejor función pulmonar observada en las mujeres son factores que pueden están implicados en este retardo del establecimiento del diagnóstico[29].

Debate

Ángel Gasch: En una de las diapositivas hemos visto «Diferencias de género en el asma», por lo que aprovecho para introducir qué son las diferencias por sexo y qué son las desigualdades de género. El concepto de diferencias por sexo tiene en cuenta las consideraciones biofisiológicas; en cambio, hablamos de desigualdades de género cuando nos referimos a las presiones que ejerce el sistema de género y que provocan que la asistencia sea distinta, el diagnóstico se retrase o la terapia sea distinta.

Tamara Alonso: Totalmente de acuerdo contigo. En el asma, la EPOC y las bronquiectasias hay una influencia clarísima de diversos factores sociales y del entendimiento de la enfermedad por parte de profesionales y pacientes. En el caso del asma existe una clara influencia del rol social; es una enfermedad que suele aparecer en mujeres jóvenes y tiene un sesgo de interpretación. Muchas veces llegan a la consulta mujeres jóvenes en las que la enfermedad empieza debido a cargas laborales, familiares y emocionales, pero lo interpretamos como una descompensación de su vida particular y personal.

Eliseo Pascual: Has hablado de la posible influencia del tamaño del pulmón en estas enfermedades. ¿Sabes si, por ejemplo en las bronquiectasias, existen diferencias entre un hombre de tamaño grande y uno pequeño, así como si existen estas diferencias también en mujeres?

Tamara Alonso: No he visto nada escrito sobre ello, pero estaría bien analizar si existen estas diferencias. Generalmente, el tamaño suele medirse por tomografía computarizada, y las mediciones que se realizan son muy generalizadas.

Joan Montaner: ¿Cómo se explica que haya tanta variabilidad entre los EPI-SCAN en la EPOC entre los hospitales de Madrid, y en concreto entre el Hospital de la Paz y el Hospital La Princesa? ¿Cómo se explica esta variabilidad local?

Tamara Alonso: En el estudio no se pudo concluir a qué se debe esta variabilidad geográfica, porque no solo existen diferencias entre comunidades, sino también entre hospitales de tamaño y población similares. En general, estas diferencias pueden atribuirse a la baja sospecha y, por tanto, al infradiagnóstico.

Raúl Mercer: Me gustaría saber si la presión social, que es cuestión de género e incide sobre las cuestiones de salud mental, como en el caso de las pacientes con fibrosis quística, también podría explicar las recurrencias en las reagudizaciones. Es decir, si las reagudizaciones son una manifestación de este factor social, por un lado, y si la disminución de la mortalidad en estas enfermedades respiratorias es una cuestión vinculada a la efectividad terapéutica.

Tamara Alonso: Totalmente de acuerdo. De hecho, junto con la Dra. Girón y la Dra. Cisneros, que llevan las consultas, presentaremos un trabajo en el próximo congreso sobre la reducción de las agudizaciones desde que en la unidad hemos incluido a una psicóloga que ayuda a los pacientes a aceptar los síntomas y la enfermedad, tanto en las bronquiectasias como en el asma.

Mar Blasco: Has comentado un par de aspectos: el hecho de que las mujeres acuden más a la consulta y reciben más medicación de rescate puede deberse a que no han sido debidamente diagnosticadas desde el principio.
Y con respecto a la relación de estas enfermedades con la depresión en las mujeres, un factor muy importante es que ellas se expresan y expresan la depresión de manera diferente que los hombres. A pesar de que las estadísticas manifiestan que hay más suicidios de hombres que de mujeres, quizá lo que se observa es que los hombres sí están deprimidos y sin embargo no lo expresan.

Tamara Alonso: Coincido con tus comentarios, y en relación con las medicaciones de rescate, creo que es uno de los problemas a los que nos enfrentamos en las consultas; el diagnóstico y la interpretación de estos síntomas muchas veces se asocian a otras enfermedades.

Ana Belén Espejo: Has hablado del índice de masa corporal como uno de los factores de estas enfermedades, que suele estar condicionado por la práctica deportiva y el estilo de vida y los hábitos que se adquieren. En el caso de las mujeres, suelen dedicar más tiempo al trabajo reproductivo y poco al ocio, en el que se incluye la práctica de deporte. Por otro lado, también has comentado el incumplimiento del tratamiento por parte de las mujeres, y habría que matizar que muchas veces no se debe a falta de voluntad sino a la carencia de recursos económicos para poder adquirir la medicación necesaria.

Tamara Alonso: Tienes toda la razón, y añado que quienes suelen incumplir el tratamiento son mujeres casadas y con personas a su cargo (tanto hijos como progenitores), porque estas mujeres

suelen ser las últimas en su propia escala de prioridades y, de todas las medicaciones que tienen que controlar, la suya siempre es la última.

Eugenia Gil: El estilo de vida es un tema de análisis recurrente y poco específico. Hay una cohorte de población enorme que se dedica al trabajo reproductivo, y otra sobre el tabaco. Por eso, cuando se habla de aumento de la enfermedad asociada al tabaco y a la mayor susceptibilidad de las mujeres, habría que tener en cuenta el efecto del compañero, porque muchas de estas mujeres que fuman también viven con un compañero que fuma, y en cambio los hombres que fuman suelen vivir con compañeras que no fuman. Por otro lado, el factor pudor en el caso de la expectoración en las mujeres dará mucho juego en el estudio de la EPOC.

Bibliografía

1. Miravitlles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2012;48:247-57
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) 2015. Disponible en: www.goldcopd.org
3. Hu G, Zhou Y, Tian J, Yao W, Li J, Li B, et al. Risk of COPD from exposure to biomass smoke: a metaanalysis. Chest. 2010;138:3-6.
4. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380:2163-96.
5. Ancochea J, Badiola C, Durán-Tauleria E, García Río F, Miravitlles M, Muñoz L, et al. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. Arch Bronconeumol. 2009;45:41-7.
6. Ancochea J, Miravitlles M, García Río F, Muñoz L, Sánchez G, Sobradillo V, et al. Infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: cuantificación del problema, determinantes y propuestas de acción. Arch Bronconeumol. 2013;49:223-9.
7. Sorheim IC, Johannessen A, Gulsvik A, Bakke PS, Silverman EK, DeMeo DL. Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men? Thorax. 2010;65:480-5.
8. De Torres JP, Casanova C, Montejo de Garcini A, Aguirre-Jaime A, Celli BR. Gender and respiratory factors associated with dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. Respir Res. 2007;8:18.
9. Naberan K, Azpeitia A, Cantoni J, Miravitlles M. Impairment of quality of life in women with chronic obstructive pulmonary disease. Respir Med. 2012;106:367-73.
10. Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP. Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 1999;160:1856-61.
11. Celli B, Vestbo J, Jenkins CR, Jones PW, Ferguson GT, Calverley PM, et al. Sex differences in mortality and clinical expressions of patients with chronic obstructive pulmonary disease. The TORCH experience. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183:317-22.
12. González AV, Suissa S, Ernst P. Gender differences in survival following hospitalisation for COPD. Thorax. 2010;66:38-42.
13. Agustí A, Calverley PM, Celli BR, Coxson HO, Edwards LD, Lomas DA, et al. Characterization of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. Respir Res. 2010;11:122.
14. GEMA 4.2: Guía Española para el manejo del asma [Internet]. Madrid: GEMASMA; 2018. Disponible en: http://www.gemasma.com
15. De Marco R, Locatelli F, Sunyer J, Burney P. Differences in incidence of reported asthma related to age in men and woman. A retrospective analysis of the data of the European Respiratory Health Survey. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162:68-74.
16. McCallister JW, Mastronarde JG. Sex differences in asthma. J Asthma. 2008; 45:853-61.
17. Sinclair AH, Tolsma DD. Gender differences in asthma experience and disease care in a managed care organization. J Asthma. 2006;43:363-7.
18. Lin RY, Lee GB. The gender disparity in adult asthma hospitalizations dynamically relates to age. J Asthma. 2008;45:931-5.
19. Hamano N, Tereda N, Maesako K, Numata T, Konno A. Effect of sex hormones on eosinophilic inflammation in nasal mucosa. Allergy Asthma Proc. 1998; 19:263-9.
20. Woods SE, Sorscher J, King J, Hasselfeld K. Young adults admitted for asthma: does gender influence outcomes? J Women Health. 2003;12:481-5.

21. Britton J, Pavord I, Richards K. Factors influencing the occurrence of airway hyper-reactivity in the general population: the importance et atopy and airway calibre. Eur Respir J. 1994;7:881-7.
22. Salamzadeh J, Wong ICK, Hosker HSR, Chrystyn H. A cox regression analysis of covariates for asthma hospital readmissions. J Asthma. 2003;40: 645-52.
23. Cydulka RK, Emerman CL, Rowe BH, Clark S, Woodrugg PG, Singh AK, et al. Differences between men and women in reporting of symptoms during an asthma exacerbation. Ann Emerg Med. 2001;38:123-8.
24. Matthews S. Manor O, Power C. Social inequalities in health: are there gender differences? Soc Sci Med. 1999;48:49-60.
25. Schatz M, Camargo CA. The relationship of sex to asthma prevalence, health care utilization, and medications in a large managed care organization. Ann Allergy Asthma Inmunol. 2003;91:553-8.
26. Melero Moreno C, López-Viña A, García-Salmones Martín M, Cisneros Serrano C, Jareño Esteban J, Ramírez Prieto MT; Grupo de Asma de Neumomadrid. Factores relacionados con el mayor porcentaje de ingresos por asma en Madrid. Estudio FRIAM. Arch Bronconeumol. 2012;48:234-9.
27. Martínez-García MA, Máiz L, Olveira C, Girón RM, de la Rosa D, Blanco M, et al. Spanish guidelines on treatment of bronchiectasis in adults. Arch Bronconeumol. 2018;54:88-98.
28. Olveira C, Padilla A, Martínez-García MA, de la Rosa D, Girón RM, Vendrell M, et al. Etiology of bronchiectasis in a cohort of 2047 patients. An analysis of the Spanish Historical Bronchiectasis Registry. Arch Bronconeumol. 2017;53:366-74.
29. Girón RM, de Gracia Roldán J, Olveira C, Vendrell M, Martínez-García MA, de la Rosa D, et al. Sex bias in diagnostic delay in bronchiectasis: an analysis of the Spanish Historical Registry of Bronchiectasis. Chron Respir Dis. 2017;14:360-9.
30. Girón Moreno RM, Sánchez Azofra A, Aldave Orzaiz B, Pastor Sanz MT, Ancochea J. Does the impact of cough on quality of life in bronchiectasis depend on prognosis? Arch Bronconeumol. 2018;54:238-9.
31. Girón RM, Fernandes G, Cisneros C, Gómez-Punter RM, Segrelles G, Ancochea J. Trastornos psicológicos y calidad de vida en pacientes con bronquiectasias no relacionadas con fibrosis quística. Arch Bronconeumol. 2013;49:415-20.

La nefrología desde una perspectiva de género

María Dolores Arenas Jiménez

Servicio de Nefrología, Hospital Vithas Perpetuo Internacional, Alicante

Resumen

La nefrología, a diferencia de otras especialidades, no ha prestado gran atención a investigar la existencia de sesgo de género en la enfermedad renal, y solo algunas publicaciones recientes analizan este tema. En este capítulo se ilustra, a propósito de dos casos –la enfermedad renal crónica (ERC) y el tratamiento renal sustitutivo (TRS) –, la relevancia de la incorporación de la perspectiva de género en nefrología. La ERC es un problema de salud pública mundial con importantes implicaciones. Las principales diferencias encontradas entre sexos afectan a la prevalencia de la ERC, mayor en las mujeres que en los hombres, especialmente en estadio 3, y se atribuye a los efectos de la mayor esperanza de vida unida a una menor progresión de la ERC en las mujeres, pero también a un posible sobrediagnóstico de la ERC en las mujeres debido a la inexactitud de las ecuaciones que miden el filtrado glomerular. Existen diferencias en cuanto al acceso de la mujer al TRS y su calidad: las mujeres acceden menos a diálisis y trasplante, lo hacen con más frecuencia a través de un catéter y tienen más riesgo de infradiálisis, lo que puede afectar a la mortalidad. Son donantes vivas con más frecuencia que los hombres, pero tienen menos posibilidad de recibir un trasplante. En pacientes con ERC prediálisis, la mortalidad es más alta en los hombres que en las mujeres, pero esta diferencia desaparece al iniciar el TRS. Por último, las mujeres tienen peor calidad de vida relacionada con la salud e informan de una mayor carga de síntomas. En el trasfondo de estas diferencias se mezclan causas biológicas, pero también factores que pueden ser modificados para evitar la desigualdad de género en la ERC y que son áreas de mejora.

Palabras clave: calidad de vida, diálisis, embarazo, enfermedad renal crónica, sesgo de género, trasplante.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública mundial que afecta al 10% de la población adulta, de la cual la mitad son mujeres, cuyo impacto sobre los pacientes y las familias es devastador, y se encuentra entre las 20 primeras causas de muerte en todo el mundo[1]. En 2018, el Día Mundial del Riñón y el Día Internacional de la Mujer han coincidido, ofreciendo así la oportunidad de reflexionar sobre la importancia de la salud de las mujeres y específicamente de su salud renal[2].

Las diferencias en la prevalencia, las tasas de progresión, el tratamiento y los resultados en la enfermedad renal pueden surgir por diferencias biológicas (relacionadas con el sexo y, por tanto, no evitables), pero también por atributos socioculturales de la masculinidad y la feminidad (diferencias de género) según los cuales los hombres y las mujeres pueden ser tratados/as o podrían hacer frente a su enfermedad de una manera diferente. Conocer estos factores resulta de vital importancia en la toma de decisiones para evitar la desigualdad de género.

En nefrología no existen, como en otras especialidades, estudios específicos destinados a analizar la existencia de sesgo de género en la investigación médica, y solo algunas publicaciones recientes analizan este tema[3,4]. El único dato disponible al respecto es que el porcentaje de mujeres incluidas en los principales ensayos clínicos de las últimas dos décadas variaron del 31% al 57%, cifras similares a la distribución mujer:hombre en diálisis (40:60), y solo el 30% de los estudios informaban de diferencias por sexo[4].

Diferencias relacionadas con el sexo en las enfermedades renales

La proporción de mujeres con ERC es mayor que la de hombres en la mayoría de los países (con la excepción de Japón y Singapur)[5]. Se desconocen las causas, aunque existen varias hipótesis. La mayor prevalencia de la ERC en las mujeres puede deberse a su mayor esperanza de vida y de llegada a la edad de riesgo de ERC, o a la inexactitud de las fórmulas que estiman el filtrado glomerular renal (FGR), que las clasifican en un grado de ERC más grave que el real[6].

La insuficiencia renal aguda, la reagudización de la ERC, la susceptibilidad a los nefrotóxicos y la progresión de la función renal parecen ser más rápidas en los hombres que en las mujeres[7]. Esto se atribuye a factores hormonales (el estradiol en concentraciones fisiológicas tiene un efecto nefroprotector, mientras la testosterona ejerce un efecto contrario[8]), pero también a la mayor frecuencia de patología prostática y de eventos cardiovasculares, y del uso de contraste en los hombres[9].

Algunas enfermedades renales muestran diferentes prevalencias y manifestaciones clínicas según el sexo. Las glomerulonefritis son hasta un 30% más frecuentes en los hombres, y en España, las enfermedades renales más frecuentes encontradas en las mujeres son lupus eritematoso sistémico (14%), glomerulonefritis IgA (9%) y glomerulonefritis membranosa (8%). Si comparamos el resultado frente a los hombres, existe más incidencia en el sexo femenino en el caso del lupus (13,7 *vs.* 2,9), la vasculitis (7,7 *vs.* 6,2) y la glomerulonefritis IgA (7,7 *vs.* 6,3)[10]. Por otra parte, la litiasis renal es más frecuente en los hombres que en las mujeres (prevalencia: 11% *vs.* 7%; incidencia: 140 *vs.* 66/100.000), y solo en ellos la ingesta de calcio supone un incremento del riesgo[11], lo que no se observa en las mujeres.

Atención sanitaria a la mujer en nefrología

Paradójicamente, a pesar de esta alta prevalencia de la ERC en las mujeres de todo el mundo, los hombres tienen más probabilidad que las mujeres de acceder al tratamiento renal sustitutivo (TRS)[12], y no debemos pasar por alto la posibilidad de un sesgo de género subyacente en esta diferencia. Se han encontrado diferencias geográficas en el acceso a la diálisis, y en un estudio americano las mujeres constituían el grupo de mayor riesgo de iniciar tarde la diálisis, superando a las minorías étnicas, las personas desempleadas y aquellas sin seguro médico[13], y con mayor mortalidad en prediálisis por este motivo[14]. En España, el 63% (36.327) son hombres y el 37% (21.110) son mujeres[15]. En el estudio DOPPS, las mujeres inician el TRS con mayor edad y menor FGR que los hombres[16].

El registro español[15] muestra un mayor número de hombres que de mujeres en TRS. En 2016, la cifra de nuevos pacientes que necesitaban TRS era de 142 personas por millón de habitantes, de las cuales el 67% (4405) eran hombres y el 33% (2195) eran mujeres (prevalencia en mujeres: 21.110 casos; incidencia en mujeres: 2195 nuevos casos), pero desconocemos los datos de mortalidad separada por sexos en esta población. Las diferencias entre países orientan hacia un sesgo de género, en el que influyen las diferencias en la toma de decisiones entre hombres y mujeres –las mujeres ancianas optan por tratamiento conservador frente a diálisis[17]–, y en atención médica –menos mujeres que hombres son diagnosticadas de ERC, remitidas a nefrología y monitorizada su progresión–[18].

Una vez iniciado el TRS, también se detectan sesgos de género en la atención sanitaria. Se describe una menor posibilidad de iniciar la diálisis a través de fístula arteriovenosa en las mujeres. En España, el 20,8% de las mujeres son dializadas mediante catéter, el 67,7% mediante fístula y el 11,5% con prótesis, frente al 10,8%, el 81,2% y el 8% de los hombres, respectivamente[16]. Esta disparidad se justifica por la creencia equivocada de que las fístulas arteriovenosas en las mujeres tienen peor pronóstico que en los hombres, lo que podría influir en la decisión de colocar un catéter frente a realizar una fístula[19].

Otro posible sesgo que hay que atender es el mayor riesgo que tienen las mujeres de ser infradializadas[20] porque necesitan más dosis (KTV* >1,6)[21] y más tiempo de diálisis para mejorar su supervivencia[18], y la mayor posibilidad de ser diagnosticadas de anemia y recibir eritropoyetina en exceso[12], debido a que fisiológicamente tienen menos hemoglobina que los hombres y las guías clínicas suelen considerar un punto de corte único para anemia en ambos sexos. Utilizar el objetivo de KTV

* KTV = Aclaramiento de urea del dializador (Kd) × Tiempo de diálisis (T) / Volumen de agua corporal (V).

(>1,4) y de hemoglobina en hombres de forma global puede favorecer esta desigualdad. Asimismo, se ha informado de que las mujeres reciben menos tiempo de diálisis (<12 h por semana)[22].

El estudio DOPPS muestra que la interacción de sexo-género (mayor uso de catéteres, menor dosis de diálisis en las mujeres) influye de manera significativa en la mortalidad de las mujeres jóvenes, lo que justifica la pérdida de ventaja de supervivencia de las mujeres respecto a la población general[16], y son objetivos que deben considerarse para mejorar los resultados, aunque la mortalidad de las personas en TRS sea similar para hombres y mujeres[15,16].

Otros aspectos de salud específicos de las mujeres parecen estar descuidados entre las personas en hemodiálisis, y a pesar del riesgo de menopausia precoz, enfermedad cardiovascular y fractura ósea, a pocas mujeres sometidas a hemodiálisis se les ofrece terapia de reemplazo hormonal y tampoco son adecuadamente evaluadas para detectar cánceres ginecológicos[23].

En cuanto a la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres en TRS, al igual que en la población general y en otras patologías, es peor que la de los hombres y afecta por igual a los dominios psíquico y físico. También las mujeres informan de una mayor carga de síntomas y de mayor gravedad que los hombres. Esta diferencia de género en la calidad de vida relacionada con la salud se atribuye a las distintas formas en que hombres y mujeres experimentan y reaccionan ante la ERC. La mayor prevalencia de depresión en las mujeres podría explicar parte de estas diferencias[4].

Acceso a trasplante renal, donación de órganos y evolución del trasplante

Las mujeres tienen menos probabilidad de recibir un trasplante de cadáver[12], lo que se atribuye a títulos más altos de anticuerpos preformados; sin embargo, son donantes vivas con más frecuencia que los hombres[24].

En la mayoría de los países, a excepción de Irán, las personas donantes en vida son fundamentalmente mujeres. La mayoría de las donaciones fueron de madres a hijos/as (32,1%) y de esposas a sus maridos (90,7% *vs*. 9,3%)[28]. En España, en 2015, el 64% de las personas donantes vivas eran mujeres y el 62% de los receptores eran varones[25]. Estas diferencias no pueden atribuirse, como en otros países, a factores psicosocioeconómicos dependientes del género o a falta de redes de apoyo social[2], y pueden intervenir diferencias en los comportamientos entre géneros: se ha atribuido a una mayor capacidad de autosacrificio y sentido de la responsabilidad de las mujeres[26], además de a factores biológicos (mayor incidencia en hombres de enfermedades que requieren un trasplante y mayor prevalencia de arteriosclerosis), que pueden conducir a su inadecuación como donantes[27].

Se argumenta que las diferencias según el sexo también influyen en los resultados del trasplante: peor pronóstico en receptores masculinos atribuido a una peor adherencia y una menor preocupación por el injerto[28], o a la protección renal de las hormonas femeninas ya comentada y a la mayor tasa de progresión de la ERC en los hombres. Algunos estudios atribuyen una peor supervivencia de los riñones de mujeres donantes al menor número de nefronas, la mayor respuesta antigénica HLA o una mayor susceptibilidad a los nefrotóxicos[29].

Embarazo y enfermedad renal

El embarazo es un estado único para las mujeres, que ofrece una oportunidad para el diagnóstico de la enfermedad renal, pero también un estado en el que pueden manifestarse enfermedades renales agudas y crónicas. Las oportunidades diagnósticas y terapéuticas de la mujer embarazada con enfermedad renal se ven dificultadas por la falta de definiciones, resultados y estratificaciones homogéneas que permitan un agrupamiento metaanalítico, y la cuantificación de los riesgos de la mujer con la doble condición de enfermedad renal y embarazo[30]. El riesgo de resultados adversos maternos (preeclampsia, deterioro de la función renal y proteinuria) y fetales (bajo peso al nacer, prematuridad, muerte) es mayor en las embarazadas con ERC que en aquellas sin ERC[31]. La progresión de la enfermedad renal también es mayor si coexisten proteinuria, hipertensión arterial y menor FGR, por lo que deben intensificarse los controles de estos embarazos y considerarlos de alto

riesgo[32]. La preeclampsia es el principal factor de riesgo de fallo renal agudo en los países desarrollados[33], y la sepsis y las hemorragias obstétricas lo son en los menos desarrollados[34].

Los estudios que muestran el riesgo renal o materno-fetal en embarazadas con glomerulopatías en remisión, sobre todo primarias, son pocos y heterogéneos[35]. Actualmente, el embarazo solo se considera factor de riesgo si existe actividad lúpica o hipertensión arterial en el momento de la concepción, no en los lupus quiescentes[36], en contraposición a las vasculitis, las cuales, aun silentes en la concepción, presentan más complicaciones materno-fetales y recaídas (20-30%) durante el embarazo y el posparto[37].

Diálisis y embarazo

Aunque la fertilidad en la ERC avanzada y el TRS está disminuida, no es imposible. El riesgo de complicaciones fetales se incrementa con la frecuencia y la duración de la diálisis. El embarazo requiere un aumento de hierro y de eritropoyetina para mantener la hemoglobina objetivo, y en el tratamiento del hiperparatiroidismo solo se recomiendan captores cálcicos y vitamina D, al no existir publicaciones con otros fármacos en gestantes[38].

Trasplante renal y embarazo

Los resultados del embarazo en la mujer con trasplante renal son similares a los de las mujeres embarazadas con ERC sin trasplante, y siguen teniendo un alto riesgo de complicaciones obstétricas, particularmente de preeclampsia. Los resultados dependen del estadio de la ERC y de la presencia de hipertensión arterial. La función del injerto pregestacional predice el riesgo de resultados adversos del embarazo y de la función del injerto durante y después del parto (punto de corte de creatinina: >1,37 mg/dl). En la ERC en estadio 1, la evolución de las mujeres sometidas a trasplante renal es peor que la de aquellas que no reciben trasplante, lo que se atribuye a una menor masa renal no detectada en las fórmulas de FGR. En las mujeres con trasplante renal es más frecuente la cesárea que el parto vaginal (60-80%)[39,40].

La contracepción en las mujeres con ERC tiene especial importancia por las complicaciones obstétricas y el uso de fármacos teratogénicos que se asocian a esta enfermedad. Dado el mayor riesgo cardiovascular de estas pacientes, se optará por utilizar solo gestágenos (minipíldora, implantes o dispositivo intrauterino de levonorgestrel) o dispositivo intrauterino de cobre, y puede utilizarse la píldora poscoital ante fallos del método.

Conocer todos estos aspectos puede aumentar la sensibilidad de los nefrólogos y de los ginecólogos con respecto a los problemas de las mujeres con enfermedad renal[40,41].

Conclusiones

Existen diferencias entre hombres y mujeres con ERC. Algunos aspectos pueden tener una base biológica, pero otros, como las diferencias en la elección del tratamiento para la ERC, el cuidado durante la diálisis, el acceso al trasplante y la donación, podrían explicarse por factores socioculturales y deben alertarnos de una desventaja en el cuidado de la mujer con ERC. La sexualidad y los problemas de salud de las mujeres parecen estar descuidados en estas pacientes. El embarazo en las mujeres con enfermedad renal representa una condición única y tiene importantes implicaciones que precisan ser conocidas para ofrecer un adecuado asesoramiento y un correcto abordaje. A pesar de que los conocimientos sobre las diferencias de género en la ERC han aumentado en los últimos años, es importante continuar explorando la existencia de estas diferencias en las enfermedades renales, así como las causas subyacentes, para poder realizar una atención personalizada y mejorada de la mujer con enfermedad renal.

Debate

María Teresa Ruiz Cantero: Durante el proceso de preparación de esta mesa redonda me pareció muy importante incluir un capítulo sobre nefrología desde la perspectiva de género porque, a pesar de que más mujeres

que hombres donan órganos, ellas reciben proporcionalmente menos órganos donados. Además, desde la perspectiva de género, no es que no creamos que los estrógenos influyen en distintas enfermedades, sino que nos preocupa más que haya otros factores ambientales que también influyan y que no se tienen en cuenta.

Raúl Mercer: Según los datos que has presentado, la prevalencia de enfermedad renal crónica es menor en Japón y Singapur. ¿Crees que se debe a factores ambientales? Y en segundo lugar, ¿se han incorporado los tipos de trabajo que realizan hombres y mujeres en los estilos de vida? Y si es así, ¿se ha considerado que hay trabajos que se asocian a complicaciones nefrológicas y que, por tanto, aumentan la incidencia de alguna enfermedad?

María Dolores Arenas: Respondiendo a la primera pregunta, es muy posible que los factores ambientales influyan en la baja prevalencia de enfermedad renal crónica en Japón y Singapur. En cuanto a la pregunta sobre los tipos de trabajo, hay pocos estudios publicados y no incluyen los tipos de trabajos. Lo que sí está descrito es cómo progresa la enfermedad renal por sexo. La reserva funcional renal puede perderse si se utiliza mucho, y en este sentido se realizan más estudios radiológicos con contraste en hombres que en mujeres. Además, existen algunas enfermedades específicas ligadas a la próstata que pueden dañar a los riñones.

Judith Usall: En relación con el cumplimiento del tratamiento, en las enfermedades respiratorias las mujeres no son tan cumplidoras, y en psiquiatría y nefrología lo son más que los hombres. Respecto al tema de la depresión, las mujeres tienen depresión con el doble de frecuencia que los hombres en general. Y en tercer lugar, sigue sorprendiendo que hoy en día no se tengan en cuenta la diferencias por sexo en el abordaje de las enfermedades nefrológicas, teniendo en cuenta que en 1991 Ayanian y Epstein publicaron el famoso estudio en el que se diferenciaron los abordajes en la enfermedad cardiovascular entre mujeres y hombres, y se inició el cambio en los estudios de género.

María Dolores Arenas: Tienes razón, y creo que los nefrólogos ni se han planteado el abordaje de la enfermedad renal desde la perspectiva de género porque casi no se comenta nada sobre ello en nuestros foros. Tras establecer los indicadores de calidad para la diálisis, mis compañeros nefrólogos no sabían que estos existían. Y este desconocimiento se da tanto entre compañeros como entre compañeras; las dos nefrólogas que trabajan conmigo no sabían que en las mujeres el KTV debe ser superior a 1,6 para asegurar que no son infradializadas. Por mi parte, debo admitir algo de culpa porque cuando diseñé estos indicadores de calidad no hice separaciones por sexo.

Ana Belén Espejo: En el abordaje de las enfermedades renales, dado que tradicionalmente la anemia se asocia a pérdidas menstruales, ¿existe desagregación por edad en el caso de la anemia?

María Dolores Arenas: No hay desagregación por edad porque las mujeres en diálisis no tienen pérdidas menstruales, por lo que no importa si se trata de una mujer joven o mayor. Y aunque los objetivos son distintos para los diferentes grupos de edad, se ha visto que a pesar de la ausencia de pérdidas menstruales las mujeres necesitan más eritropoyetina que los hombres para conseguir el mismo efecto. La cantidad de eritropoyetina no se puede asociar a la menstruación.

Rosa Magallón: Me han sorprendido dos datos. El primero es que a pesar de que las fístulas arteriovenosas son mejores y más cómodas para realizar diálisis, hay un porcentaje menor de mujeres que de hombres sometidas a dicha intervención. Y en segundo lugar, también me ha sorprendido que tres de cada cuatro donantes son mujeres y dos de cada tres receptores son hombres. ¿Crees que esta diferencia de comportamiento entre mujeres y hombres se debe a los roles tradicionales?

María Dolores Arenas: El acceso vascular es un tema controvertido, en hombres y en mujeres. Los cirujanos creen que una fístula arteriovenosa para diálisis es complicada para un hombre, y muchísimo más para una mujer, lo cual no es cierto; esa creencia complica el hecho de conseguir que se haga en las mujeres. En cuanto a las ratios de donante/receptor, la mujer no solo dona más a su familia, sino también a desconocidos. Un dato curioso de tipo

socioeconómico es que en países pobres, como en algunos países árabes, los principales donantes son hombres, y es porque reciben dinero por hacerlo. En los Estados Unidos es al revés, como el hombre gana más dinero que la mujer, la mujer dona más para compensar la balanza; siempre en el caso de donantes vivos y sanos.

Eugenia Gil: La incorporación de fórmulas para determinar la función renal es esencial porque nos obliga a tener en cuenta más factores, y en muchas ocasiones a plantearnos nuevas incógnitas. En cuanto al comentario que has hecho sobre no separar por sexo los indicadores de calidad de vida cuando los diseñaste, quiero aclarar que, si hay que culpar a alguien, debería ser al androcentrismo. Nuestra sociedad es androcentrista, todos nosotros lo somos porque vivimos en un sistema de sexo/género y nos socializamos en este sistema; en realidad, nadie tiene la culpa.

María Dolores Arenas: No es culpa, es simplificación. Cuando uno se plantea la posibilidad de establecer unos indicadores de calidad de vida en la enfermedad renal, hay que simplificar los factores que se tienen en cuenta y se analizan; no es posible ser muy exigente. Estos indicadores deben ser para todos, globales; sin embargo, cada médico debe conocer las particularidades por sexo de cada indicador para poder diagnosticar mejor a sus pacientes.

María Teresa Ruiz Cantero: Para resumir un poco esta última parte, creo que los indicadores que hemos visto y que iremos viendo son todos producto del androcentrismo.

Bibliografía

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl. 2013;3:1-150.
2. Piccoli GB, Alrukhaimi M, Liu ZH, Zakharova E, Levin A; World Kidney Day Steering Committee. Women and kidney disease: reflections on World Kidney Day 2018: Kidney Health and Women's Health: a case for optimizing outcomes for present and future generations. Nephrol Dial Transplant. 2018;33:189-93.
3. Cobo G, Hecking M, Port FK, Exner I, Lindholm B, Stenvinkel P, et al. Sex and gender differences in chronic kidney disease: progression to end-stage renal disease and haemodialysis. Clin Sci (Lond). 2016;130:1147-63.
4. Carrero JJ, Hecking M, Chesnaye NC, Jager KJ. Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. Nat Rev Nephrol. 2018; 14:151-64.
5. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease – a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2016;11:e0158765.
6. Simal F, Martín Escudero JC, Bellido J, Arzua D, Mena FJ, González Melgosa I, et al. Prevalence of mild to moderate chronic kidney disease in the general population of Spain. Hortega study. Nefrologia. 2004;24:329-37.
7. Halbesma N, Brantsma AH, Bakker SJ, Jansen DF, Stolk RP, De Zeeuw D, et al.; PREVEND study group. Gender differences in predictors of the decline of renal function in the general population. Kidney Int. 2008;74:505-12.
8. Silbiger SR. Raging hormones: gender and renal disease. Kidney Int. 2011;79:382.
9. Grams ME, Sang Y, Ballew SH, Gansevoort RT, Kimm H, Kovesdy CP, et al.; CKD Prognosis Consortium. A meta-analysis of the association of estimated GFR, albuminuria, age, race, and sex with acute kidney injury. Am J Kidney Dis. 2015;66:591-601.
10. O'Shaughnessy MM, Hogan SL, Thompson BD, Coppo R, Fogo AB, Jennette JC. Glomerular disease frequencies by race, sex and region: results from the International Kidney Biopsy Survey. Nephrol Dial Transplant. 2018;33:661-9.
11. Ziemba JB, Matlaga BR. Epidemiology and economics of nephrolithiasis. Investig Clin Urol. 2017;58:299-306.
12. Carrero JJ, Hecking M, Ulasi I, Sola L, Thomas B. Chronic kidney disease, gender, and access to care: a global perspective. Semin Nephrol. 2017;37:296-308.
13. Streja E, Nicholas SB, Norris KC. Controversies in timing of dialysis initiation and the role of race and demographics. Semin Dial. 2013;26:658-66.

14. Nitsch D, Grams M, Sang Y, Black C, Cirillo M, Djurdjev O, et al.; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with mortality and renal failure by sex: a meta-analysis. BMJ. 2013;346:f324.
15. Sociedad Española de Nefrología. Registro de diálisis y trasplante 2016. Disponible en: http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=29
16. Hecking M, Bieber BA, Ethier J, Kautzky-Willer A, Sunder-Plassmann G, Säemann MD, et al. Sex-specific differences in hemodialysis prevalence and practices and the male-to-female mortality rate: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). PLoS Med. 2014;11:e1001750.
17. Sparke C, Moon L, Green F, Mathew T, Cass A, Chadban S, et al. Estimating the total incidence of kidney failure in Australia including individuals who are not treated by dialysis or transplantation. Am J Kidney Dis. 2013;61:413-9.
18. Sparke C, Moon L, Green F, Mathew T, Cass A, Chadban S, et al. Estimating the total incidence of kidney failure in Australia including individuals who are not treated by dialysis or transplantation. Am J Kidney Dis. 2013;61:413-9.
19. Almasri J, Alsawas M, Mainou M, Mustafa RA, Wang Z, Woo K, et al. Outcomes of vascular access for hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. J Vasc Surg. 2016;64:236-43.
20. Miller JE, Kovesdy CP, Nissenson AR, Mehrotra R, Streja E, Van Wyck D, et al. Association of hemodialysis treatment time and dose with mortality and the role of race and sex. Am J Kidney Dis. 2010;55:100-12.
21. Eknoyan G, Beck G, Cheung AK, Daugirdas JT, Greene T, Kusek J, et al.; Hemodialysis (HEMO) Study Group. Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance hemodialysis. N Engl J Med. 2003;347:2010-9.
22. Couchoud C, Kooman J, Finne P, Leivestad T, Stojceva-Taneva O, Ponikvar JB, et al.; QUality European STudies Working Group on Dialysis Adequacy. From registry data collection to international comparisons: examples of haemodialysis duration and frequency. Nephrol Dial Transplant. 2009;24:217-24.
23. Jang C, Bell RJ, White VS, Lee PS, Dwyer KM, Kerr PG, et al. Women's health issues in haemodialysis patients. Med J Aust. 2001;175:298-301.
24. Steinman JL. Gender disparity in organ donation. Gend Med. 2006;3:246-52.
25. Memoria de trasplante renal de la ONT 2017. Madrid: Organización Nacional de Trasplantes (ONT); 2018. 22 pág. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria%20%Renal%%202017_para%colgar.pdf
26. Legato MJ. Gender-specific issues in organ transplantation. En: Sanfey IH, Legato MJ, editores. Principles of gender-specific medicine. 1st edition. New York: Academic Press; 2004. p. 1116-27.
27. Puoti F, Ricci A, Nanni-Costa A, Ricciardi W, Malorni W, Ortona E. Organ transplantation and gender differences: a paradigmatic example of intertwining between biological and sociocultural determinants. Biol Sex Differ. 2016;7:35.
28. Rosenberger J, Geckova AM, van Dijk JP, Nagyova Y, Roland R, van den Heuvel WJ, et al. Prevalence and characteristics of noncompliant behaviour and its risk factors in kidney transplant recipients. Transplant Int. 2005;18:1072-8.
29. Auglienė R, Dalinkevičienė E, Kuzminskis V, Jievaltas M, Peleckaitė L, Gryguc A, et al. Factors influencing renal graft survival: 7-year experience of a single center. Medicine (Kaunas). 2017;53:224-32.
30. Piccoli GB, Conijn A, Attini R, Biolcati M, Bossotti C, Consiglio V, et al. Pregnancy in chronic kidney disease: need for a common language. J Nephrol. 2011;24:282-99.
31. Zhang JJ, Ma XX, Hao L, Liu LJ, Lv JC, Zhang H. A systematic review and meta-analysis of outcomes of pregnancy in CKD and CKD outcomes in pregnancy. Clin J Am Soc Nephrol. 2015;10:1964-78.
32. Piccoli GB, Cabiddu G, Attini R, Vigotti FN, Maxia S, Lepori N, et al. Risk of adverse pregnancy outcomes in women with CKD. J Am Soc Nephrol. 2015;26:2011-22.
33. Mehrabadi A, Dahhou M, Joseph KS, Kramer MS. Investigation of a rise in obstetric acute renal failure in the United States, 1999-2011. Obstet Gynecol. 2016;127:899-906.
34. Oladapo OT, Adetoro OO, Ekele BA, Chama C, Etuk SJ, Aboyeji AP, et al.; Nigeria Near-miss and Maternal Death Surveillance Network. When getting there is not enough: a nationwide cross-sectional study of 998 maternal deaths and 1451 near-misses in public tertiary hospitals in a low-income country. BJOG. 2016;123:928-38.
35. Blom K, Odutayo A, Bramham K, Hladunewich MA. Pregnancy and glomerular disease: a systematic review of the literature with management guidelines. Clin J Am Soc Nephrol. 2017;12:1862-72.

36. Corradetti C, Jog NR, Cesaroni M, Madaio M, Caricchio R. Estrogen receptor α signaling exacerbates immune-mediated nephropathies through alteration of metabolic activity. J Immunol. 2018;200:512-22.
37. Fredi M, Lazzaroni MG, Tani C, Ramoni V, Gerosa M, Inverardi F, et al. Systemic vasculitis and pregnancy: a multicenter study on maternal and neonatal outcome of 65 prospectively followed pregnancies. Autoimmun Rev. 2015;14:686-91.
38. Hladunewich MA, Hou S, Odutayo A, Cornelis T, Pierratos A, Goldstein M, et al. Intensive hemodialysis associates with improved pregnancy outcomes: a Canadian and United States cohort comparison. J Am Soc Nephrol. 2014;25:1103-9.
39. Piccoli GB, Cabiddu G, Attini R, Gerbino M, Todeschini P, Perrino ML, et al.; Italian Study Group on Kidney and Pregnancy of the Italian Society of Nephrology. Working Group on Pregnancy in Renal Transplantation. Outcomes of pregnancies after kidney transplantation: lessons learned from CKD. A comparison of transplanted, nontransplanted chronic kidney disease patients and low-risk pregnancies: a multicenter nationwide analysis. Transplantation. 2017;101:2536-44.
40. Mohammadi FA, Borg M, Gulyani A, McDonald SP, Jesudason S. Pregnancy outcomes and impact of pregnancy on graft function in women after kidney transplantation. Clin Transplant. 2017;31:e13089.

¿Existen desigualdades de género en la hipercolesterolemia familiar? La visión desde el manejo masivo de datos

Alberto Zamora[1,2,3], Luis Masana[4,5], Núria Plana[4,5], Marc Comas-Cufi[6], María Gil[6], Celia Rodríguez-Borjabad[4,5] y Rafael Ramos[6,7]

[1] Laboratorio de Medicina Traslacional, Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Girona, Girona
[2] Xarxa de Unitats de Lipids de Catalunya, Girona
[3] Unidad de Lípidos, Hospital de Blanes, Blanes (Girona)
[4] Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Joan de Reus, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Universidad Rovira i Virgili, Reus (Tarragona)
[5] CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas (CIBERDEM)
[6] Grup d'Investigació en Salut Cardiovascular de Girona, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Girona
[7] Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta, Institut Català de la Salut, Salt (Girona)

Resumen

La hipercolesterolemia familiar (HF) es la enfermedad autosómica dominante más frecuente, con una frecuencia estimada en torno a 1/250 habitantes, y es la mayor causa de enfermedad coronaria precoz. En la HF es fundamental un diagnóstico precoz, así como el inicio de una terapia hipolipidemiante temprana e intensiva. El objetivo del presente trabajo es analizar la existencia de desigualdades de sexo o género a través del análisis masivo de datos. Se analizan 2.554.644 sujetos (1.343.973 mujeres y 1.210.671 hombres) con determinación de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (C-LDL). Tras aplicar los puntos de corte de C-LDL por edad definidos en población española se detectan 14.699 sujetos con fenotipo de HF (7952 mujeres y 6747 hombres). Se analizan las prevalencias de HF, la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) y el tratamiento realizado por grupos de edad y sexo. Se utilizan criterios diagnósticos homogéneos sin considerar las diferencias fisiológicas entre sexos, lo que puede llevar a un retraso en el diagnóstico en las mujeres respecto a los varones. Se observa una mayor asociación de ECV en los hombres respecto a las mujeres con HF, pero al comparar la prevalencia de ECV respecto a la población sana no se observan diferencias por sexo. Se detecta un menor uso de estatinas de potencia elevada y una menor utilización de terapia combinada en las mujeres que en los hombres. La aproximación a la HF a través del análisis masivo de datos del mundo real refleja diferencias de sexo y probablemente de género.

Palabras clave: *big data,* desigualdad de género, diferencias de sexo, hipercolesterolemia familiar, *smart data*.

Introducción

La enfermedad cardiovascular (ECV), especialmente la enfermedad coronaria (EC), es la causa más frecuente de muerte en la población española y la principal causa de invalidez y disminución de la calidad de vida[1]. Tradicionalmente, la EC se ha considerado una enfermedad sobre todo de hombres, lo que ha llevado a una infrarrepresentación de las mujeres en los estudios, así como a su infradiagnóstico e infratratamiento en ellas[2]. En los últimos años se está observando una disminución de la mortalidad por EC en las mujeres, excepto, sorprendentemente, en las jóvenes[3]. La hipercolesterolemia familiar (HF) es la enfermedad autosómica dominante más habitual, con una frecuencia estimada en torno a 1/250 habitantes, sin diferencias por sexos. La HF es la causa más frecuente de EC precoz. Se calcula que, sin tratamiento, el 60% de los hombres menores de 50 años y el 30% de las mujeres menores de 60 años con HF presentarán un evento coronario[4]. Es fundamental, por tanto, establecer un diagnóstico y un tratamiento hipolipidemiante precoces. No obstante, se considera que solo estarían diagnosticados un 10% de los pacientes, y que en muchos casos está infratratada[5].

El análisis masivo de los datos sanitarios puede complementar la información derivada de los ensayos y estudios clínicos, que representan en torno al 4% de los/las pacientes, y ayudar a obtener una visión global del mundo real. Esta nueva visión de los datos *(real-world-evidence)* puede facilitar una mejor comprensión de las diferencias de sexo y género, y ayudar a establecer políticas sociales y sanitarias que contribuyan a disminuir las inequidades en salud[6].

El objetivo del presente trabajo es analizar la HF desde la perspectiva de género mediante el análisis de más de seis millones de pacientes.

Método

Estudio observacional utilizando una base de datos de práctica clínica real. Como fuente de información se utiliza el Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP), base de datos clínicos de registros longitudinales anónimos que contiene la información de 6.177.972 pacientes entre 2006 y 2014. El SIDIAP incluye información sobre la actividad clínica de 3414 médicos de 274 centros de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud, entidad pública que da cobertura sanitaria al 85% de la población de Cataluña. Incluye diagnósticos (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]), información de alta hospitalaria (CIE-9/10), pruebas de laboratorio y medicamentos dispensados por farmacias comunitarias. La calidad de los datos del SIDIAP ha sido previamente documentada para estudiar la epidemiología de las ECV[7]. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del SIDIAP.

En el estudio se incluyeron todos los registros del SIDIAP para individuos mayores de 8 años vivos en diciembre de 2014 y con al menos una medición de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) entre 2006 y 2014. Se excluyeron los pacientes menores de 8 años, con antecedentes de hipotiroidismo, síndrome nefrótico o triglicéridos basales ≥400 mg/dl.

Variables

Se consideró que los participantes recibían terapia hipolipidemiante si sus registros mostraban al menos una retirada de estatina o ezetimiba de la oficina de farmacia en los 6 meses previos al análisis con determinación del C-LDL, y no tratados en caso contrario. En los pacientes bajo tratamiento hipolipidemiante se calculó el valor basal del C-LDL mediante un algoritmo de imputación según la metodología descrita por Jogersen et al.[8]. La adherencia al tratamiento se calculó de acuerdo con la *Medication Possession Ratio* (MPR), es decir, la proporción de días de un periodo de 6 meses que quedan cubiertos por la dispensación de tratamiento hipolipidemiante observada en la farmacia. Los tratamientos hipolipidemiantes se clasificaron en función de su capacidad de reducción del C-LDL: baja, <30%; moderada, 30-50%; alta, 50-60%; y muy alta, >60%.

Se ha definido el fenotipo de HF de acuerdo con los puntos de corte del C-LDL ajustados por edad utilizados para la población adulta española: >18-30 años, >230 mg/dl; 31-39 años, >238 mg/dl; 40-48 años, >260 mg/dl; y >49 años, >255 mg/dl[9].

El diagnóstico de ECV, incluyendo enfermedad arterial periférica, EC e ictus isquémico, y la presencia de diabetes *mellitus,* hipertensión, hipercolesterolemia y tabaquismo, se determinaron a partir de la CIE-10 y la CIE-9 en los registros de atención primaria y hospitalaria.

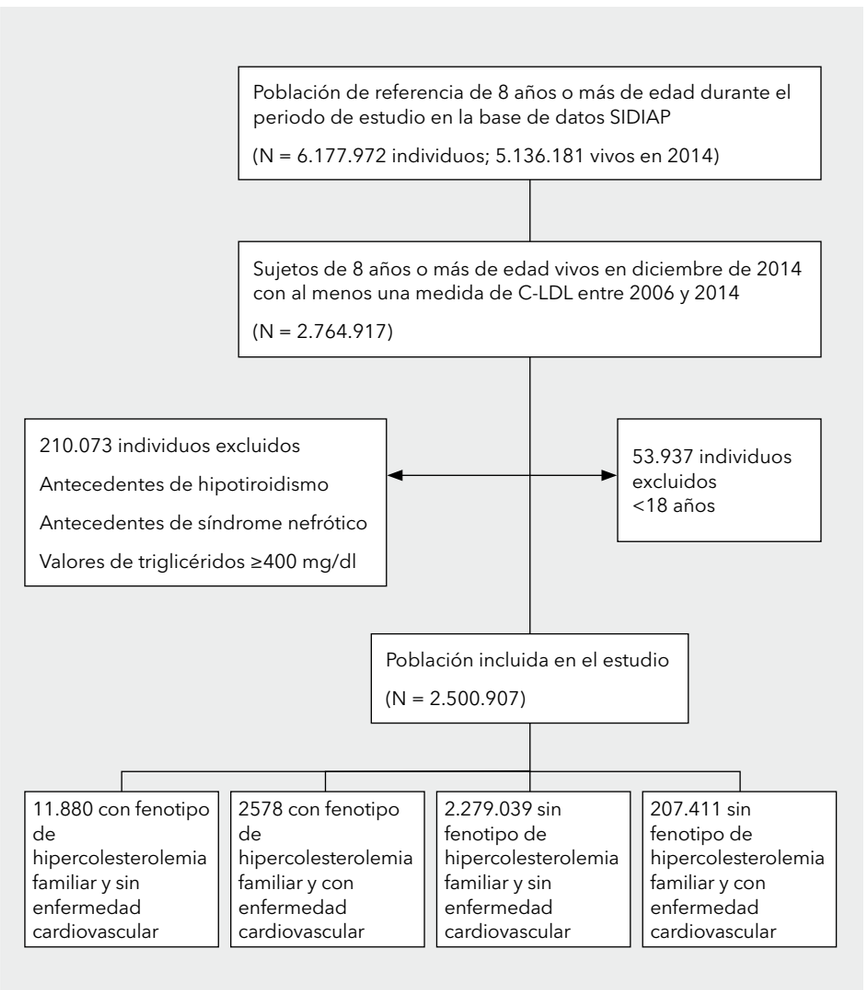
Análisis estadístico

Los resultados se expresaron como porcentajes para las variables categóricas y como medias para las variables continuas. Las variables incluidas en el modelo de imputación fueron la edad, el sexo, la dosis y el tipo de hipolipidemiante, la adherencia al tratamiento (medido por *Medication Possession Ratio* [MPR]) y la presencia de diabetes *mellitus*. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando R-software.

Resultados

Se registró al menos una medición de C-LDL de 2.764.917 personas. De ellas, 2.554.644 personas (1.343.973 mujeres y 1.210.671 varones) cumplieron todos los criterios de inclusión. Se identificaron 14.699 personas con fenotipo de HF (7952 mujeres y 6747 varones) (fig. 1). La prevalencia de HF en la población global es del 0,59%

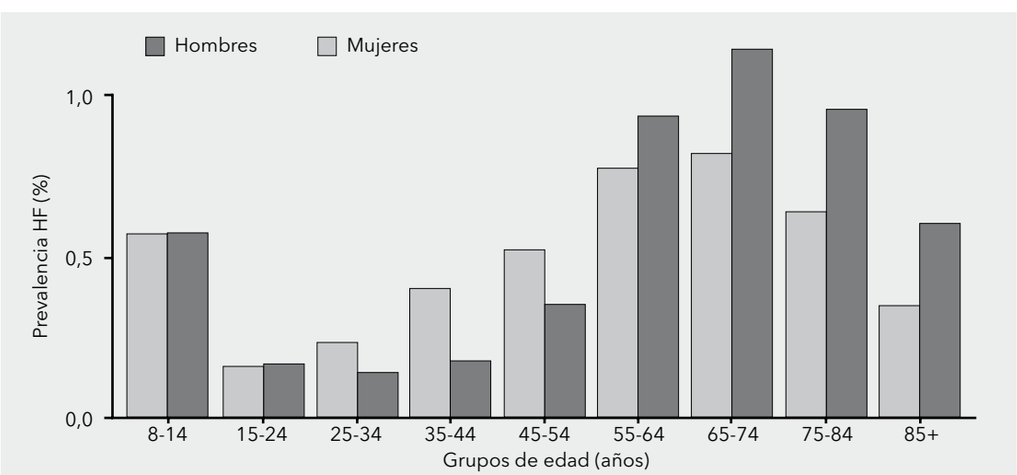
Figura 1. *Diagrama de flujo de la población a estudio.*



para las mujeres y el 0,56% para los hombres. Al analizar por subgrupos de edad y por sexo no se observan diferencias significativas en la prevalencia por sexos hasta los 24 años (0,57%), pero a partir de esta edad sí se detectan diferencias por sexo (fig. 2).

En el análisis de la presencia de ECV se detectó que el 64% de los eventos cardiovasculares se producen en los varones. Al analizar la ratio de ECV dentro de cada grupo se observa un incremento respecto a la población sana de en torno a 2,88 en los varones y 2,90 en las mujeres. En todos los grupos de edad se observa un uso de estatinas menos potentes en las mujeres respecto a los hombres; en total, un 7% menos de tratamiento de alta intensidad en las mujeres. Se observa un menor uso de terapia combinada en las mujeres. En la franja de edad de 8 a 45 años, la adherencia medida por MPR es mayor en las mujeres que en los hombres, y a

Figura 2. *Infradiagnóstico de la hipercolesterolemia familiar (HF) en mujeres jóvenes (de 35 a 45 años).*



partir de esta edad se invierte. Los valores de C-LDL pretratamiento son similares en ambos sexos, siendo significativamente mayores en las mujeres tratadas respecto a los hombres (145,70 vs. 132,25, respectivamente).

Discusión

La aproximación a la HF a través del análisis masivo de datos refleja diferencias de sexo que deben tenerse en cuenta. Se utilizan criterios diagnósticos homogéneos sin considerar las diferencias fisiológicas a lo largo la vida en el metabolismo lipídico entre mujeres y hombres. Este hecho puede llevar a un retraso en la edad de diagnóstico de la HF en mujeres jóvenes. Al comparar la prevalencia de ECV en pacientes con HF respecto a la población sana no se observan diferencias por sexo. A pesar de las evidencias del beneficio y de la seguridad del tratamiento con estatinas en ambos sexos, se detecta un menor uso de estatinas de potencia elevada y una menor utilización de terapia combinada en las mujeres respecto a los hombres, lo que se traduce en peores resultados lipídicos.

En el estudio de Akioyamen et al.[4], un metaanálisis con 19 estudios y más de dos millones de pacientes incluidos, se observa una prevalencia global de HF similar en ambos sexos. Hay que destacar que de los 19 estudios incluidos solo en nueve se hace un análisis diferenciado por sexos, y solo en tres por edades y sexo. Ninguno de estos tres trabajos está realizado en población mediterránea.

En el presente trabajo, al analizar la prevalencia de HF por edades y sexos, utilizando los puntos de corte definidos en población española, se observa que la prevalencia es igual en ambos sexos hasta los 25 años de edad, luego es mayor en los varones hasta los 55 años y a partir de esta edad es mayor en las mujeres, probablemente debido a la mayor mortalidad en los hombres a partir de esta edad. Hay que destacar que, en nuestra población, las mujeres de 35 a 45 años con HF tienen hasta ocho veces más EC que la población femenina de su misma edad sin HF, por lo que es especialmente importante una detección precoz para poder iniciar cuanto antes la terapia hipolipidemiante[10]. Dado que la HF es una enfermedad autosómica dominante con igual penetrancia en ambos sexos, estas diferencias se deben probablemente a la utilización de criterios homogéneos en la definición sin considerar las variaciones fisiológicas diferenciadas por sexos de C-LDL a lo largo de la vida. En el nacimiento, los valores de colesterol son similares en hombres y mujeres. Los varones de 10 a 17 años tienen iguales cifras de C-LDL que las mujeres, pero las partículas de C-LDL son más aterogénicas en los varones. El C-LDL tiende a aumentar en ambos sexos a partir de los 20 años, aunque más rápido en los hombres. Entre los 20 y los 49 años, los hombres experimentan un incremento en los valores de C-LDL de hasta un 64%. En las mujeres, las cifras de C-LDL no cambian entre los 18 y los 35 años, y luego se observa un incremento del 42% hasta los 59 años[11]. El embarazo se asocia de manera fisiológica a elevaciones del 30-50% del colesterol total, los triglicéridos y el C-LDL, por lo que las mujeres con HF pueden alcanzar cifras de colesterol muy altas durante el embarazo, con unos valores medios de C-LDL en torno a 332 mg/dl[12]. En el momento actual se recomienda suspender las estatinas 3 meses antes de la gestación y reiniciarlas tras finalizar la lactancia. Si el índice de natalidad media en España se sitúa en 1,34 por mujer[13] y el tiempo de lactancia medio en España es de 6 meses, quiere decir que las mujeres con HF en edad fértil y en tratamiento con estatinas reciben de media 24 meses menos de tratamiento hipolipidemiante que los varones en su misma franja de edad. Existen pocos estudios en los que se evalúen la seguridad de los fármacos hipolipemiantes durante el embarazo y el impacto sobre el riesgo cardiovascular que tiene en las mujeres con HF el abandono del tratamiento durante el periodo perigestacional. Otro aspecto a tener en cuenta es que en la posmenopausia se observan valores más elevados de C-LDL respecto a la premenopausia, así como un cambio hacia partículas más pequeñas y aterogénicas[12]. Existen factores raciales que pueden modificar los cambios lipídicos en la posmenopausia, por lo que es especialmente importante ajustar los valores de lípidos por raza y sexo[14]. En nuestro estudio, el impacto de la raza se ha considerado escaso porque menos del 4% de la población residente

en Cataluña es de raza no caucásica. En las mujeres jóvenes de clase social menos favorecida se observan valores más bajos de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (C-HDL) y más altos de C-LDL[15].

Es conocido que la HF se asocia a un riesgo elevado de EC precoz en ambos sexos[5]. En la mayoría de los trabajos publicados en población con HF se destaca el efecto protector del sexo femenino respecto a los hombres en cuanto a la aparición de ECV[16]. En los datos obtenidos en el presente estudio se observa, en todos los grupos de edad con fenotipo de HF, un aumento en la prevalencia de la ECV, en especial de la EC, concentrándose dos tercios de los casos de ECV en los hombres. No obstante, cuando analizamos por sexos respecto a la población libre de HF, tanto en varones como en mujeres la ECV es dos veces más frecuente que en la población sana. Es importante destacar este dato, ya que de lo contrario se puede inducir a infraestimar el riesgo de ECV en la población femenina con HF. Por otro lado, hay indicios que apuntan al impacto diferente de los factores de riesgo cardiovascular en hombres y mujeres con HF. Los antecedentes familiares de ECV y los valores bajos de C-HDL tendrían más peso en los hombres, y el tabaquismo y los valores altos de lipoproteína a tendrían más impacto en las mujeres. La diabetes tendría igual impacto en las mujeres y los hombres con HF[17]. La primera función de riesgo publicada en población con HF no diferencia por sexos[18]. Es importante impulsar estudios de incidencia de ECV disgregados por sexos en la población con HF.

Existen amplias evidencias que han demostrado que las estatinas son eficaces tanto en mujeres como en hombres con riesgo cardiovascular elevado[19]. En la población con HF se recomienda un uso precoz e intensivo de estatinas potentes para disminuir el riesgo de ECV[5]. En nuestro estudio se detecta una mayor proporción de mujeres en tratamiento con estatinas, pero un uso menor de estatinas de alta o muy alta potencia en comparación con los varones, así como un menor uso de terapia de combinación a pesar de la evidencia del beneficio tanto en hombres como en mujeres[20]. En un estudio realizado en 3157 pacientes diagnosticados de HF en clínicas de lípidos americanas, las mujeres, comparadas con los hombres, eran diagnosticadas 4 años de media más tarde, tenían un 40% menos de probabilidades de recibir estatinas, un 40% menos de probabilidades de recibir terapia hipolipidemiante de alta potencia, un 32% menos de probabilidades de alcanzar el objetivo lipídico de C-LDL <100 mg/dl marcado por las sociedades científicas, y un 21% menos de probabilidades de reducir al menos un 50% los valores de C-LDL[21]. Probablemente, el uso de un tratamiento hipolipidemiante menos intensivo en las mujeres con HF se deba a una infraestimación del riesgo en la población femenina, en especial en las mujeres premenopáusicas.

En nuestro trabajo se ha detectado una menor adherencia al tratamiento con estatinas en las mujeres mayores de 45 años respecto a los hombres. En un metaanálisis de 3022 potenciales publicaciones relevantes, de las cuales en 53 se realizaba un análisis disgregado por sexo, las mujeres presentaban un 10% más de riesgo de no adherencia al tratamiento que los hombres[22]. Otros estudios señalan que las mujeres podrían presentar una mayor incidencia de efectos adversos bajo tratamiento con estatinas, sobre todo mialgias y aparición de nuevos casos de diabetes, y estos hechos podrían influir en una menor adherencia [23]. Se necesitan estudios prospectivos en los que las mujeres estén suficientemente representadas para evaluar si existen diferencias en la seguridad de las estatinas por sexo y así poder hacer recomendaciones de prescripción individualizadas según el sexo. En un metaanálisis realizado para evaluar la eficacia y la seguridad de las estatinas, las mujeres representaban solo el 27% de la población incluida[24].

En conclusión, en la HF se detectan importantes diferencias por sexo que deben tenerse en consideración al establecer el diagnóstico y el tratamiento. Por otro lado, hay diferencias por sexo, que podrían llegar a ser de género, en el uso de tratamiento hipolipidemiante de alta intensidad, con un menor uso en las mujeres, probablemente secundario a una infraestimación del riesgo cardiovascular en la población

femenina, pero sin poder descartar otras causas, como el efecto de una peor tolerabilidad.

Para reducir las desigualdades en salud es fundamental concienciar a las sociedades científicas y a la administración sanitaria de la necesidad de diseñar la investigación en salud y la recomendación de directrices con la perspectiva de sexo y género. Es crucial conocer las diferencias por sexo y evitar las desigualdades por género para evitar las inequidades en salud. El derecho a la salud es un derecho de todos y de todas, y para que sea posible es importante conocer los diferentes factores que influyen en la salud y la enfermedad de los hombres y de las mujeres, de manera que podamos dar una atención personalizada y equitativa para lo que cada persona necesita. El análisis masivo de datos puede ser una herramienta útil para aproximarnos a la salud desde la perspectiva del sexo y del género, pues nos aporta una información muy valiosa del mundo real y nos ayuda a detectar posibles inequidades. El análisis masivo de datos reales *(real-world-evidence)* puede ser también una herramienta útil para detectar diferencias injustas en el acceso a oportunidades, ilustrar las necesidades de mujeres y hombres, y facilitar el diseño de políticas eficaces de desarrollo y ayuda. Si queremos avanzar en la erradicación de la desigualdad al diseñar los algoritmos matemáticos útiles en el análisis masivo de datos, hay que evitar incorporar los mismos sesgos de sexo o género que se han venido utilizando hasta el momento en el análisis epidemiológico tradicional. Es fundamental concienciar a los/las profesionales de la necesidad de compartir datos de calidad en abierto con criterios FAIR (fiables, accesibles, con interoperabilidad y reutilizables), y de desglosar los datos por sexo, edad y raza. Es necesario insistir a los gobiernos para que inviertan en el análisis masivo de datos con perspectiva de género, instar a la ciudadanía y la sociedad civil a asumir un rol activo, y reclamar el acceso a los datos disponibles desde la perspectiva de género. Se debe proteger la intimidad y la confidencialidad de las personas para evitar un uso de los datos con fines exclusivamente economicistas o mercantilistas.

Financiación

Ministerio de Economía, a través del Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación Cardiovascular Programa HERACLES RD12/0042 y Red RedIAPP RD12/0007) y European Regional Development Funds (ERDF-FEDER), CIBERCV. Generalitat de Catalunya, a través de la Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris de Recerca (2014 SGR 240 y 2014 SGR 902) y de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS) (SLT002/16/00145). Fundació Marató-TV3-2014.

Debate

Raúl Mercer: ¿Crees que los proveedores de salud saben que existen diferencias por sexo? ¿En qué medida estas diferencias se reflejan en los patrones de prescripción? ¿Crees que la industria farmacéutica desempeña algún papel en la promoción del consumo de medicamentos de forma diferente entre hombres y mujeres?

Alberto Zamora: Hasta ahora, el uso masivo de datos por parte de la Administración estaba centrado en aspectos económicos y de gestión, pero creo que deberíamos sacar el máximo provecho a estas bases para poder mejorar la asistencia clínica. Tras el análisis de datos nos dimos cuenta de que se había ignorado a una parte importante de pacientes e infraestimado a un grupo de pacientes de alto riesgo. Hay identificadas 14.000 personas que no están diagnosticadas, de las que 1000 son menores, pero no podemos acceder a sus datos y avisar a los servicios de salud para que los diagnostiquen y traten. Afortunadamente está en marcha un estudio nacional para identificar cuáles son los valores diferenciados entre mujeres y hombres. En cuanto a la prescripción, la industria farmacéutica sí tiene un

papel en la prescripción de ciertos medicamentos (como los del colesterol).

María Teresa Ruiz Cantero: Tu presentación me ha parecido muy interesante, ya que partiendo de unas diferencias por sexo, que al principio podían parecer de tipo genético, gracias al análisis masivo de datos se ha demostrado que efectivamente hay un componente genético; y además un impacto de género. Y creo que este será el camino que se adoptará en otras enfermedades.

Rosa Magallón: ¿Se ha investigado por qué hay más efectos secundarios en las mujeres que en los hombres?

Alberto Zamora: En la revisión europea que he citado se concluye que las mujeres que toman fármacos cardiovasculares tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de padecer efectos secundarios y adversos que los hombres con el mismo fármaco y la misma dosis, por las diferencias en la actividad enzimática y en el metabolismo farmacológico (absorción, distribución, excreción, etc.).
Y seguimos utilizando las mismas dosis para hombres y mujeres. Probablemente deberían hacerse unas recomendaciones específicas por sexo.

Rosa Magallón: Un par de apuntes sobre los estudios clínicos: hay pocos que incluyan mujeres embarazadas, y además creo que uno de los factores más influyentes es que los estudios sobre enfermedad cardiovascular están liderados principalmente por hombres.

Alberto Zamora: Tienes razón, hay pocos estudios en el campo de la enfermedad cardiovascular, pero también hay que tener en cuenta la posibilidad de la teratogenicidad.

María Teresa Ruiz Cantero: A raíz del comentario, creo que sería interesante explorar los sesgos de género en los ensayos clínicos. Desde 1994, la Food and Drug Administration publicó unas recomendaciones para el estudio y la evaluación de las diferencias de género en la evaluación clínica de fármacos, pero de momento la Agencia Europea de Medicamentos no las ha incorporado. Desde la perspectiva de género no se discute la eficacia de los productos, sino la aparición de reacciones cruzadas debido a la variabilidad hormonal de las mujeres. ¿Crees que hay estudios de este tipo?

Alberto Zamora: Hay pocos estudios en los que se consideren diferencias por sexo, y tampoco hay recomendaciones específicas para el tratamiento, de acuerdo con el último metaanálisis realizado. Es necesario llevar a cabo estudios específicos para identificar los efectos adversos y cómo hay que mejorar los tratamientos para hombres y mujeres.

María Dolores Arenas: Has mencionado que las mujeres están menos tratadas por parte de los médicos. ¿Cómo es posible?

Alberto Zamora: En números absolutos, hay más mujeres que hombres en tratamiento para la hipercolesterolemia familiar, pero su tratamiento es menos intenso, es decir, las estatinas que se usan para tratarlas son menos potentes que las de los hombres, y también se someten a menos terapias combinadas. Probablemente se está infraestimando el riesgo en las mujeres.

María Dolores Arenas: Esta situación se repite en varias enfermedades; aquí en la hipercolesterolemia familiar, y también en diálisis y en las enfermedades pulmonares, como ya hemos visto. No sé si se debe al tamaño físico, como ha comentado Eliseo Pascual, y como las mujeres son más pequeñas de tamaño, existe la creencia de que se les debe dar menos dosis por ser más livianas.
Y esto es un problema, porque bajo esa creencia hay muchas mujeres infratratadas.

Alberto Zamora: Creo que el error que cometen los profesionales es asumir que el sexo femenino es un factor protector y que si el paciente es una mujer tiene menos riesgo de sufrir alguna enfermedad. Estas afirmaciones pueden llevar a las mujeres a recurrir menos a la ayuda médica.

Mar Blasco: Un factor que quizá haya que tener en cuenta en los estudios, aparte de las dosis, es la adherencia, y por qué las mujeres abandonan el tratamiento. Quizá la aparición de efectos secundarios sobrepasa el beneficio inmediato que puedan obtener y por ello abandonan el tratamiento.

Alberto Zamora: Tienes razón, en los estudios en general hay que averiguar por qué la adherencia es menor en las mujeres.

Ana Belén Espejo: Me ha sorprendido la cantidad de datos que podéis analizar a través de las bases de datos. Al contrario que durante el embarazo, que se realizan muchos análisis pero no se determina el perfil lipídico ni se hacen determinaciones porque por la fisiopatología y la evolución del embarazo los resultados están alterados, como no analizamos perdemos una oportunidad para diagnosticar a estas pacientes de otras posibles enfermedades. Hace 20 años, para prescribir anticonceptivos sí se realizaban algunas determinaciones analíticas, pero hoy solo se miden la presión arterial y el índice de masa corporal. Me preocupa un poco, porque trabajamos para promocionar la salud, pero estamos perdiendo oportunidades para diagnosticar hipercolesterolemia familiar porque no tenemos las herramientas adecuadas.

Alberto Zamora: Cualquier contacto es una oportunidad. Más que en ginecología, la mayoría de las mujeres jóvenes que han ido a atención primaria se han hecho un análisis, y ese era el momento para diagnosticarlas. En el caso de los niños hay un debate sobre el cribado universal, pero está claro que el mejor momento para poder diagnosticarlos es cuando hacen contacto sanitario. Una vez diagnosticados, son fundamentales los estudios genéticos en cascada directa e inversa a los familiares de primer orden.

Bibliografía

1. García González JM. Contribuciones de la mortalidad cardiovascular a la esperanza de vida de la población española de 1980 a 2009. Rev Esp Cardiol. 2013;66:848-53.
2. Wenger NK. Sauce for the goose versus sauce for the gander. Should men and women play the same game but with different rules? Circulation. 2018;137:791-3.
3. Balder JW, Rimbert A, Zhang X, Viel M, Kanninga R, van Dijk F, et al. Genetics, lifestyle, and low-density lipoprotein cholesterol in young and apparently healthy women. Circulation. 2018;137:820-31.
4. Akioyamen LE, Genest J, Shan SD, Reel RL, Albaum JM, Chu A, et al. Estimating the prevalence of heterozygous familial hypercholesterolaemia: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7:e016461.
5. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Humphries SE, Ginsberg HN, Masana L, Descamps OS, et al. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: consensus statement of the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J. 2013;34:3478-90a.
6. Vaitla B, Bosco C, Alegana V, Bird T, Pezzulo C, Hornby G, et al. Big data and the well-being of women and girls. Applications on the Social Scientific Frontier. New York: Data 2x, United Nations Foundation; March 2017.
   Disponible en: http://www.data2x.org/wp-content/uploads/2017/03/Big-Data-and-the-Well-Being-of-Women-and-Girls.pdf.
7. Ramos R, Balló E, Marrugat J, Elosua R, Sala J, Grau M, et al. Validity for use in research on vascular diseases of the SIDIAP (Information System for the Development of Research in Primary Care): the EMMA study. Rev Esp Cardiol. 2012;65:29-37.
8. Jorgensen NW, Sibley CT, McClelland RL. Using imputed pre-treatment cholesterol in a propensity score model to reduce confounding by indication: results from the multi-ethnic study of atherosclerosis. BMC Med Res Methodol. 2013;13:81.
9. Civeira F, Ros E, Jarauta E, Plana N, Zambón D, Puzo J, et al. Comparison of genetic versus clinical diagnosis in familial hypercholesterolemia. Am J Cardiol. 2008;102:1187-93.
10. Zamora A, Masana L, Comas-Cufí M, Vila A, Plana N, García-Gil M, et al. Familial hypercholesterolemia in a European Mediterranean population – prevalence and clinical data from 2.5 million primary care patients. J Clin Lipidol. 2017;11:1013-22.
11. Balder JW, de Vries JK, Nolte IM, Lansberg PJ, Kuivenhoven JA, Kamphuisen PW, et al. Lipid and lipoprotein reference values from 133,450 Dutch lifelines participants: age- and gender-specific baseline lipid values and percentiles. J Clin Lipidol. 2017;11:1055-64.
12. Phan BAP, Toth PP. Dyslipidemia in women: etiology and management. Int J Women Health. 2014;6:185-94.

13. INEbase. Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población. 1.1. Nacimientos por edad de la madre, mes y sexo (Resultados nacionales). Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2018. (Consultado el 18/2/2018.)
Disponible en: www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/provi/l0/&file=01001.px&L=0
14. Engeda JC, Holliday KM, Hardy ST, Chakladar S, Lin DY, Talavera GA, et al. Transitions from ideal to intermediate cholesterol levels may vary by cholesterol metric. Sci Rep. 2018;8:2782.
15. Murphy A, Palafox B, O'Donnell O, Stuckler D, Perel P, AlHabib KF, et al. Inequalities in the use of secondary prevention of cardiovascular disease by socioeconomic status: evidence from the PURE observational study. Lancet Glob Health. 2018;6:e292-301.
16. Pérez de Isla L, Alonso R, Mata N, Saltijeral A, Muñiz O, Rubio-Marín P, et al. Coronary heart disease, peripheral arterial disease, and stroke in familial hypercholesterolaemia: insights from the SAFEHEART registry (Spanish Familial Hypercholesterolaemia Cohort Study). Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2016;36:2004-10.
17. Allard MD, Saeedi R, Yousefi M, Frohlich J. Risk stratification of patients with familial hypercholesterolemia in a multi-ethnic cohort. Lipids Health Dis. 2014;13:65.
18. Pérez de Isla L, Alonso R, Mata N, Fernández-Pérez C, Muñiz O, Díaz-Díaz JL, et al. Predicting cardiovascular events in familial hypercholesterolemia: the SAFEHEART registry (Spanish Familial Hypercholesterolemia Cohort Study). Circulation. 2017;135:2133-44.
19. Kostis WJ, Cheng JQ, Dobrzynski JM, Cabrera J, Kostis JB. Meta-analysis of statin effects in women versus men. J Am Coll Cardiol. 2012;59:572-82.
20. Kato ET, Cannon CP, Blazing MA, Bohula E, Guneri S, White JA. Efficacy and safety of adding ezetimibe to statin therapy among women and men: insight from IMPROVE-IT (Improved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial). J Am Heart Assoc. 2017;6(11): pii: 006901.
21. Amrock SM, Duell PB, Knickelbine T, Martin SS, O'Brien EC, Watson KE. Health disparities among adult patients with a phenotypic diagnosis of familial hypercholesterolemia in the CASCADE-FH™ patient registry. Atherosclerosis. 2017;267:19-26.
22. Lewey J, Shrank WH, Bowry AD, Kilabuk E, Brennan TA, Choudhry NK. Gender and racial disparities in adherence to statin therapy: a meta-analysis. Am Heart J. 2013;165:665-78.
23. Rosano GM, Lewis B, Agewall S, Wassmann S, Vitale C, Schmidt H, et al. Gender differences in the effect of cardiovascular drugs: a position document of the Working Group on Pharmacology and Drug Therapy of the ESC. Eur Heart J. 2015;36:2677-80.
24. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Fulcher J, O'Connell R, Voysey M, Emberson J, Blackwell L, Mihaylova B, et al. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. Lancet. 2015;385:1397-405.

La perspectiva de género y de derechos humanos en el estudio de las enfermedades cardiovasculares

Lucero Aída Juárez-Herrera y Cairo

Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle, Hermosillo, Sonora, México

Resumen

La equidad de género en salud busca revertir desigualdades y sesgos de género en la atención sanitaria, lo que requiere avances científicos y técnicos, además de la voluntad para apoyar la salud y el bienestar de hombres y mujeres. En este capítulo se propone utilizar la perspectiva de género que analiza la relación entre patrones de género, la igualdad en el acceso a la atención sanitaria y el cuidado de la salud cardiovascular, así como el enfoque de derechos humanos que analiza la capacidad de agencia para tomar decisiones relacionadas con la información, el uso y la calidad asistencial en las enfermedades cardiovasculares (ECV). Implica, además de las diferencias biológicas –ampliamente documentadas–, las desigualdades de género presentes en el proceso salud-enfermedad-atención, al identificar determinantes sociales y culturales de la salud. Estos aportan a la identificación de los modos de construcción y percepción de los riesgos y de la vulnerabilidad cardiovascular las barreras de género en la prevención y la atención médica, las maneras en que se perciben y comprenden las enfermedades cardiacas, las experiencias vividas al padecerlas y las maneras en que se gestionan sus necesidades. La persistencia de los sesgos de género en la atención sanitaria a las ECV, 27 años después de las primeras publicaciones, expresa su transmisión y reproducción acrítica en las Facultades de Medicina. Pasar de los sesgos a las a las innovaciones de género –como se propone en el proyecto *Gendered Innovations*– requiere implementar el análisis de las relaciones sexo-género en el estudio y la enseñanza de las ECV.

Palabras clave: derechos, género, salud cardiovascular, sesgos.

«… el derecho a tener derechos … tendría que ser garantizado por la misma humanidad …»

Hanna Arendt

Introducción

Aunque la transición epidemiológica sigue diversos cursos según la región donde se desarrolla, uno de los problemas más generalizados en salud pública es el incremento de las enfermedades cardiovasculares (ECV), pues constituyen la primera causa de muerte en hombres y mujeres[1]. En este capítulo se incorpora el enfoque de género y de derechos humanos al análisis de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres en las ECV.

Esta perspectiva es relevante, ya que se han documentado sesgos de género en la atención sanitaria de las ECV, que se inician en la investigación y se transmiten de manera acrítica por las vías oficiales de enseñanza-aprendizaje (las escuelas de ciencias de la salud y particularmente de medicina) y se reproducen en las prácticas de atención médica, como demuestran las investigaciones[2-9].

Marco conceptual

La incorporación del análisis de sexo-género al estudio del proceso de salud, enfermedad y atención de las ECV ha documentado que hay diferencias de carácter biológico por sexo, así como sesgos de género en la investigación y la atención sanitaria[2-9].

Cabe señalar que la perspectiva de género posibilita, más allá de las diferencias biológicas, la identificación de las desigualdades de género presentes en el proceso salud-enfermedad-atención de las ECV[5,6], y el enfoque de derechos humanos, la capacidad de agencia relacionada con la ciudadanía en salud[7].

La perspectiva de género también permite identificar la complejidad de la interacción de la salud cardiovascular con otros determinantes sociales de la salud aparte del género, como la edad, la escolaridad, la clase social, la etnia, las crisis económicas o la migración[5-8], que imprimen particularidades a los colectivos femeninos y masculinos, reconociendo su heterogeneidad.

Ante las investigaciones que demuestran la persistencia de los sesgos de género

en la atención sanitaria cardiovascular, es imprescindible fomentar el pensamiento crítico del personal de salud para que los identifique tempranamente y contribuya a romper los círculos de su reproducción.

Considerando que las diferencias según el sexo (biológico) y las desigualdades de género se relacionan con las maneras en que se manifiestan las ECV, los modos en que los hombres y las mujeres construyen la percepción de riesgo cardiovascular, y que también influyen en los resultados de los tratamientos, es relevante que la docencia en cardiología se centre en:

1) **La cardiopatía isquémica crónica**

Las diferencias según sexo y las desigualdades de género en la cardiopatía isquémica crónica son conocidas desde hace tiempo, e incluyen diferencias entre hombres y mujeres en la edad en que aparece, su fisiopatología, la comorbilidad con otros factores de riesgo cardiovascular, la especificidad de las pruebas diagnósticas, los tratamientos y los resultados de estos[2-4,8,9]. También se han demostrado desigualdades de género relacionadas con los patrones y los estereotipos de género, las conductas de búsqueda de atención y la capacidad para gestionar las necesidades en salud cardiovascular por parte de quienes las padecen[5-7]. Las evidencias muestran que, a pesar de los avances médico-quirúrgicos en cardiología, el pronóstico sigue siendo más desfavorable para las mujeres, sobre todo para las que enferman antes de los 50 años, y también para los hombres de grupos sociales en desventaja[8-14].

2) **La insuficiencia cardiaca (IC) y sus causas más frecuentes, como la hipertensión arterial sistémica y las cardiomiopatías**

Si bien las causas que llevan a la IC son diversas, su incidencia global está en constante incremento. Constituye una de las causas principales de ingreso hospitalario en el mundo moderno, y el peso de la enfermedad impone cargas considerables para quienes la padecen y para los sistemas de salud[8]. Se ha demostrado que hay diferencias epidemiológicas y fisiopatológicas entre hombres y mujeres con IC, así como desigualdades de género relacionadas con el diagnóstico oportuno y con las posibilidades de recibir tratamientos específicos (trasplantes), que colocan en desventaja a las mujeres[8].

3) **El síndrome coronario agudo/infarto de miocardio**

El infarto de miocardio es causa de sobremortalidad en los hombres de mediana edad, lo que derivó en que la enfermedad se estudiase principalmente en hombres (y por hombres), de manera que la enfermedad está construida como masculina y como tal se identifica en el imaginario social[2-7]. Sin embargo, mata también a las mujeres y prácticamente en la misma proporción que a los hombres, solo que en ellas suele presentarse en etapas más tardías de la vida. Hay diferencias entre hombres y mujeres en aspectos como la sobrevida al primer año, los factores de riesgo cardiovascular, las causas que subyacen o detonan el infarto de miocardio, la caracterización clínica de la enfermedad, la especificidad de las pruebas diagnósticas, las guías de manejo, los tratamientos y los resultados de estos[8-10,12-16].

4) **Los factores de riesgo, tanto los tradicionales como los nuevos**

La esperanza de vida al nacer es más alta para las mujeres, lo que ha incrementado la carga de la ECV en ellas. Las evidencias científicas muestran que hay factores de riesgo cardiovascular que afectan a ambos sexos, que algunos son más frecuentes en los hombres y otros en las mujeres, y que otros son específicos de las mujeres[8-10,15].

5) **Los problemas especiales referidos a las ECV relacionadas con el embarazo y las arritmias**

Es preocupante que las mujeres jóvenes tengan más posibilidades de fallecer al padecer un infarto de miocardio que los hombres de su mismo grupo de edad[8,9]. Esto necesariamente lleva a replantearse preguntas de investigación para identificar si perviven sesgos de género en la atención sanitaria; por ejemplo, cuánto del problema

corresponde a quienes padecen una ECV, cuánto a la falta de visibilización e información sobre los factores de riesgo cardiovascular específicos de las mujeres, que ahora surgen como «nuevos», pero que siempre han estado presentes en sus vidas, como son los relacionados con el embarazo, las enfermedades autoinmunitarias y las alteraciones del ritmo cardíaco[8,17,18], y cuánto se relaciona con el infrarregistro de los primeros síntomas coronarios de las mujeres y los menores esfuerzos diagnósticos y terapéuticos por parte del personal de salud[2-7].

Diferencias en las enfermedades cardiovasculares entre hombres y mujeres

Las evidencias científicas muestran que las mujeres tienen una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos y nuevos. En los hombres se observa más tabaquismo, mientras que en las mujeres hay más comorbilidad por diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial sistémica, obesidad y sedentarismo[8]. Además de estos factores, considerados clásicos, se han identificado los «no tradicionales», que incluyen la depresión, los factores psicosociales de riesgo, el nivel económico y el medio ambiente[9,10].

En las mujeres hay una irrupción de «nuevos factores» de riesgo relacionados con la disfunción endotelial que puede desarrollarse después de complicaciones asociadas al embarazo, los partos prematuros, el tener neonatos con bajo peso al nacer, la menopausia y la terapia hormonal de reemplazo, los anticonceptivos orales, el síndrome de ovario poliquístico, la migraña y las enfermedades reumáticas y autoinmunitarias, como el lupus eritematoso sistémico[8,9,17,18].

Como se aprecia en la tabla 1, efectivamente las mujeres tienen más comorbilidad, carga de la enfermedad y discapacidad funcional en las ECV[8-10,13-16]. Padecen la cardiopatía isquémica crónica aproximadamente unos 10 años después que los hombres, aunque esta brecha se está acortando. Si bien la sobrevida de las mujeres mayores de 65 años se acerca más a la de los hombres de la misma edad, las que enferman entre los 35 y

Tabla 1. *Características y diferencias por sexo de las principales enfermedades cardiovasculares.*

Enfermedad	Mujeres	Hombres	Diferencias principales
Cardiopatía isquémica crónica	6-10 años mayores Más años vividos con discapacidad Menor prevalencia de enfermedad coronaria obstructiva Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular Descalificación síntomas Diferencias biológicas Patrón y distribución de los síntomas coronarios Expresión y función génica de los cromosomas sexuales Síndrome de Yentl Mas complicaciones médico-quirúrgicas Pruebas diagnósticas Eventos coronarios asociados a mayor mortalidad Patrones y barreras de género Relación con los determinantes sociales de la salud Autopercepción de riesgo Capacidad de agencia	Cuadro clínico típico Diferencias biológicas Búsqueda más temprana de atención médica Más especificidad de pruebas diagnósticas Más esfuerzos diagnósticos y terapéuticos Menos complicaciones Mayor sobrevida posinfarto Más inclusión en la investigación	Biológicas y anatomo-fisiopatológicas Exposición a riesgos y vulnerabilidad Percepción y representación social Conductas de búsqueda de atención Demoras en la atención Clasificación de los síntomas Resultados de los tratamientos Riesgos de eventos coronarios Peor pronóstico para las mujeres Ejercicio de derechos

(Continúa)

Tabla 1 (Continuación). *Principales enfermedades cardiovasculares para análisis por sexo/género.*

Enfermedad	Mujeres	Hombres	Diferencias principales
Insuficiencia cardiaca y sus causas más frecuentes: hipertensión arterial sistémica y miocardiopatías	Grupo social más afectado Insuficiencia cardiaca diastólica Hipertrofia concéntrica del ventrículo Más regresión posoperatoria de dimensiones ventriculares Miocardiopatía de Tako-Tsubo Menos tratamientos invasivos Farmacocinética Más exposición y más efectos adversos de fármacos Barreras de género	Insuficiencia cardiaca sistólica Hipertrofia excéntrica Ventrículo dilatado Más trasplante cardiaco Bloqueadores del calcio diferencias pequeñas Inicio más temprano del tratamiento	Pruebas de imagen Fisiopatológicas Hormonales Miocardiopatías conducen al 50% de los trasplantes Farmacocinética Intervención de las hormonas sexuales Digoxina concentraciones plasmáticas <0,8 ng/ml en ambos sexos
Síndrome coronario agudo/infarto agudo de miocardio	Presentación más tardía Sesgo de edad y clase social Mayor mortalidad posinfarto Mayor variedad de síntomas Demora prehospitalaria e intrahospitalaria Menos enfermedad obstructiva Tratamientos menos invasivos Más complicaciones en los procedimientos invasivos Más probabilidades de fallecer Menos sobrevida al año Barreras de género Capacidad de agencia	Sobremortalidad en mediana edad Dolor precordial «típico» Más asociación de dolor torácico con infarto agudo de miocardio Más lesiones obstructivas Menos demora Más muerte súbita	Anatómicas y fisiopatológicas Presentación clínica Expresión de los síntomas Causas de la demora Esfuerzos diagnósticos y terapéuticos Pruebas diagnósticas Letalidad Sobrevida posinfarto Prevención secundaria Ejercicio de derechos

los 50 años continúan con mayores probabilidades de fallecer que los hombres de la misma edad[8,9], expresión de sesgos de edad sumados a los de género[8].

En los hombres se reporta que el infarto de miocardio es una de las causas de sobremortalidad en la edad media de la vida; ellos padecen más de enfermedad coronaria obstructiva y tienen una incidencia más alta de muerte súbita[8].

En la IC se observa que el grupo más afectado son las mujeres, que son sometidas a menos procedimientos invasivos, incluyendo el trasplante cardíaco[8]. La IC se manifiesta en ambos sexos con síntomas a menudo disruptivos y confusos, acompañados de temor a acudir a los hospitales y de la carga del peso de la enfermedad. Con frecuencia reciben poco soporte de profesionales de la salud ante la alta fluctuación de los cuidados que requieren[19,20]. En la IC terminal, las mujeres reciben menos procedimientos invasivos, entre ellos la aplicación de dispositivos y de trasplante cardiaco (25%)[8].

Principales diferencias anatómicas, fisiopatológicas y hormonales de las ECV entre hombres y mujeres

- Mujeres:
  - Tienen menor prevalencia de enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva[8-10].
  - Los estrógenos intervienen en la vasodilatación y mejoran la función endotelial a través del óxido nítrico, pero la administración exógena de hormonas sexuales no ha mostrado beneficios[8,9].
  - Hay diferencias según sexo en la fisiopatología de las enfermedades que llevan a IC, incluyendo el papel de hormonas sexuales como los estrógenos y los andrógenos, y de hormonas con efectos sobre el manejo del calcio, el metabolismo mitocondrial y la producción de radicales libres[8]. Las hormonas sexuales están implicadas en cascadas adaptativas de señalización del miocardio a presión y sobrecarga del volumen, que incluyen, por ejemplo, la señalización del calcio, la síntesis de óxido nítrico y los mecanismos profibróticos[8].

- Padecen con mayor frecuencia enfermedad de un solo vaso, disfunción de la microvasculatura con alteraciones de la microcirculación, vasoespasmo coronario y disección de las arterias coronarias[9,13,14,16].
- Algunas pruebas diagnósticas tienen menor especificidad, como la prueba de esfuerzo (ergometría), que es más engañosa en las mujeres[8,13,14].
- Tienen más complicaciones después de una intervención coronaria invasiva o de cirugía de *bypass* coronario[8-10,12,16].
- Padecen con mayor frecuencia IC diastólica con función sistólica normal, e hipertrofia concéntrica ventricular con fracción de eyección mantenida[8].
- Después de una reparación de la válvula aórtica presentan regresión más rápida de la hipertrofia y de las dimensiones del ventrículo izquierdo[8].
- Presentan miocardiopatía de Tako-Tsubo asociada a situaciones de estrés importante[8].
- Están más expuestas a los fármacos: cuando reciben digoxina se debe considerar específicamente cómo está su función renal, presentan más efectos adversos de los betabloqueantes, de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (tos seca) y de los diuréticos (hiponatremia e hipopotasemia), y riesgo de arritmia cardiaca. En su senectud, hay que considerar la disminución en el aclaramiento renal de amlodipino[8].

• Hombres:

- Presentan más estenosis del tronco coronario y enfermedad de múltiples vasos[8].
- Desarrollan con mayor frecuencia IC con fracción de eyección reducida (IC con disfunción sistólica) e hipertrofia excéntrica con ventrículo dilatado[8].
- Interpretan más rápido sus síntomas como secundarios a la IC e inician más temprano el tratamiento específico[20,21].

• En ambos sexos:

- Los betabloqueantes llevan a una sobrevida similar.
- Los bloqueadores del calcio muestran diferencias pequeñas.
- La ecografía, la escintigrafía y la resonancia magnética tienen un valor similar[8,19].

Desigualdades de género en la atención sanitaria a las enfermedades cardiovasculares

Se ha demostrado que hay menos información sobre las especificidades de género de las ECV más allá de las diferencias biológicas[5-7], lo que transgrede los derechos de las mujeres y la equidad de género en salud[7].

Hombres y mujeres tienen diferente vulnerabilidad para padecer del corazón, y ellas están en mayor desventaja[2,3,5]. Las mujeres tienen menor percepción del riesgo y capacidad de gestión para negociar las necesidades en salud cardiovascular, estrechamente ligada al ejercicio de los derechos humanos en salud[6,7].

Como se aprecia en la tabla 2, la mirada de las mujeres que padecen una ECV y la del personal médico que las atiende es diferente. Mientras ellas narran que la desinformación persiste después de enfermar, el personal médico (principalmente el de atención primaria) considera que las mujeres sí están informadas sobre cómo evitar o reducir el riesgo cardiovascular, pero que por razones «culturales» no siguen las indicaciones médicas[6,7].

Los factores psicosociales de riesgo, de los que se hace mención en diversas investigaciones desde la biomedicina, quedan englobados en los factores de riesgo cardiovascular sin especificarlos[10]. Sin embargo, se relacionan estrechamente con patrones y barreras de género que juegan de manera diferente para hombres y mujeres, y dentro de cada colectivo[5-7,11]; sin olvidar que estos factores se dan en entramados sociales y culturales enmarcados por los determinantes sociales y culturales de la salud, cuya interacción incrementa la vulnerabilidad cardiovascular y coloca en fragilidad a diversos grupos o actores sociales[5-7].

Tabla 2. *Opiniones de las mujeres y del personal médico que las atiende, acerca de la información sobre la enfermedad coronaria de las mujeres:*

Ejes de análisis entrevistas a mujeres con enfermedad coronaria	**Ejes de análisis entrevistas a personal médico**
«**Por no tener conocimientos**»**: la información sobre enfermedad coronaria**	**Sobre la información que consideran que tienen las mujeres acerca de la enfermedad coronaria**
«…hace muchos años le preguntaba al que era mi doctor sí podía tener problemas del corazón, pero me decía que no… mucha de mi familia murió del corazón y yo estaba como con la idea de que yo me iba a morir del corazón... Pero entonces este doctor, me decía que no tenía nada que ver y después de eso ¡se me olvidó! ¡se me olvidó!...» (Elsa. 80 años, 1ª sesión) «Me dice (el médico), abusada porque te puede dar un infarto, ¡nomás!, pero ¡no sé qué me pueda suceder! Yo lo único que… cuando yo me siento… ¡que me pega dolor así!, como un tronidito aquí así (se toca el pecho) y ¡ay Diosito santo! Dije: ¿qué es esto? Y entonces lo que hago es estarme tranquila y sentarme…» (Emma, 55 años, 2ª sesión, angina de pecho)	«Pienso que las mujeres sí están informadas, la mayoría… yo creo que en un 80% están conscientes, porque la información se da, pero no la absorbe la gente por alguna razón, no sé si tenga mucho que ver lo… lo… la cultura ¿no?…» (Luz, médica general) «…hemos fallado mucho en informar adecuadamente a las mujeres de su riesgo de enfermarse del corazón y de morir del corazón… ese es un *continuum*… pero creo que a su vez ha estado muy relacionado con que las enfermedades del corazón siempre se consideraron enfermedades del hombre…» (Teresa, cardióloga)

Fuente: Juárez-Herrera y Cairo L. Directo al corazón. Mujeres y enfermedad coronaria, un estudio con perspectiva de género. Sonora: El Colegio de Sonora; 2017.

En las mujeres se han analizado estresores de género femeninos, como el «ser para otros» que las lleva a una multiplicidad de roles (esposa, madre, hija, empleada, trabajadora doméstica) y a la doble jornada laboral. Esos mandatos de género, aunque sentidos en forma personal, son imposiciones sociales que pueden, junto con otros factores, demorar su llegada a la atención médica[7]. También se ha reportado que el estrés grave puede ser el detonante de la enfermedad cardiaca[5-8], asociado, además de a los factores anteriores, a la violencia de género[7].

Por otra parte, hay más infrarregistro de los síntomas coronarios en las mujeres de clases sociales en desventaja[5-7]; es decir, hay un gradiente social que juega en contra de las mujeres, y también de los varones situados en condiciones de vida similares[11].

Los síntomas de las mujeres suelen clasificarse con mayor frecuencia como «atípicos»[3-9,11-14], reportando procesos de (auto)descalificación de sus malestares, que se suman a la postergación de la atención a sí mismas cuando anteponen patrones de género, como aguantar sus dolencias, dejarse para lo último, exigirse demasiado o no poder parar, privilegiando las necesidades de otros miembros de la familia sobre las suyas (ser de otros)[5-7]. Además, se ha observado la descalificación mantenida de sus malestares en el seno familiar y en el campo médico, lo que contribuye a confinar sus malestares y a demorar su llegada a los servicios sanitarios[7].

En la IC se han reportado barreras de género para las mujeres relacionadas con el apoyo social y el estado de ánimo, que influyen en la elección de las conductas de cuidados[20,21].

En los hombres se reporta que el infarto de miocardio es una causa de sobremortalidad en la edad media de la vida, que la enfermedad está identificada en el imaginario social –y médico– como masculina, y que son quienes más padecen de enfermedad coronaria obstructiva, con una incidencia más alta de muerte súbita[8]. En relación, entre otras dimensiones, con la construcción de la masculinidad en la modernidad tardía y sus patrones de éxito, buscan ser exitosos, incluidos y exigidos, aunado a la idea de que no pueden estar enfermando del corazón («esto no me está pasando a mí»)[11]. Cabe preguntarse si la razón por la que los hombres llegan con infarto de miocardio sin que hayan percibido malestares previos es porque no acuden hasta que «explotan». Sin embargo, hay que aclarar que a su llegada a los servicios de salud tienen mejor pronóstico que las mujeres, y que los hombres de sectores bajos tienden

a tomar actitudes pasivas frente a los síntomas[11].

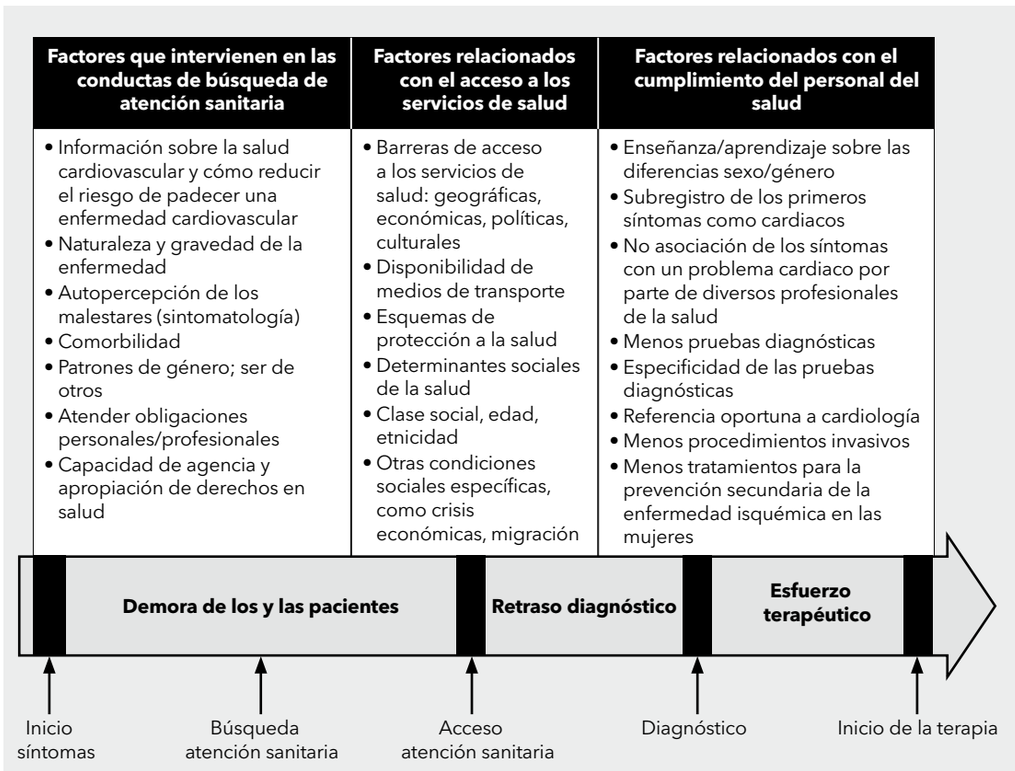
En el campo médico se reproducen sesgos de género, expresados en prácticas como:

- Infrarregistro de los primeros síntomas coronarios de las mujeres[3-7].
- Etiquetación de los malestares de las mujeres como ansiedad o estrés (histéricas)[5-7].
- Menos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos en las mujeres[2-8,12,14,16].
- No considerar y evaluar los estudios paraclínicos y de imagen ideales de acuerdo con el sexo biológico[8,9,17].
- No tomar en cuenta las diferencias biológicas por sexo y las barreras de género para la prevención primaria y secundaria, los tratamientos médicos y quirúrgicos, y la rehabilitación[8-12], como se contempla en las guías estadounidenses y europeas para la prevención y el tratamiento de las ECV en las mujeres[22-24].
- En la dosificación de un fármaco, no considerar en las mujeres el peso, el mayor espacio de distribución de las sustancias liposolubles, la expresión diferente de las isoenzimas CYP, el menor tiempo de tránsito gastrointestinal y la menor depuración renal en las mujeres ancianas[8].
- La realización de menos procedimientos invasivos en mujeres con IC, pues cuando la IC es terminal, a pesar de que las tasas de sobrevida son similares en ambos sexos, ellas reciben solo el 25% de los trasplantes cardiacos[8].
- El cumplimiento del personal de salud de los derechos en el ámbito de la salud, particularmente a la información científica y explicada en términos claros para la población, y a la atención completa, oportuna y de calidad[7].

Las causas de la demora

En relación a la demora para la atención médica, se analiza considerando las trayectorias de búsqueda de atención en dos momentos clave: antes y después de acceder a la atención médica (fig. 1). Se observa que influyen factores tanto individuales como estructurales (sociales, culturales, económicos, políticos…), relacionados, entre otras dimensiones, con la información acerca de las diferencias y las especificidades de las ECV[5-7], así como con las barreras de acceso a los servicios de salud, incluyendo las geográficas (equipos de emergencias y ambulancias)[21-24].

Figura 1. Trayectoria de los/las pacientes en el proceso de salud-enfermedad-atención a las enfermedades cardiovasculares.



La demora de los/las pacientes se relaciona con la naturaleza y la gravedad de la enfermedad, la forma en que hombres y mujeres perciben los síntomas y despliegan (o no) procesos de búsqueda de atención médica[5,6], la toma de decisiones relacionadas con la salud/enfermedad cardiovascular[7,8], el apoyo de redes sociales para acudir a los servicios médicos[11,22], las condiciones materiales de existencia, y la apropiación y el ejercicio de los derechos en salud[7].

Desde la voz de las mujeres se ha evidenciado (tabla 3) que, si bien entre las razones que subyacen en la demora está la reproducción de patrones de género y el vivir bajo condiciones adversas, ellas se culpan por enfermar, sin que medien en sus narrativas la búsqueda de información ni las experiencias negativas previas con el personal de salud; esto se relaciona con la apropiación de derechos, el sentir que tienen «derecho a tener derechos» en palabras de Arendt[28], y con el ejercicio de estos, que requiere condiciones de posibilidad (poder y recursos)[7].

En los servicios de salud interviene la actuación de distintos profesionales: el personal paramédico, de enfermería y médico que reconoce (o no) una enfermedad como cardiaca[12,14,22]. Se ha reportado que el personal de atención primaria y de urgencias es primordial para abatir el infrarregistro de los primeros síntomas cardiacos de las mujeres, pues son los agentes de primer contacto para la población[29].

Los retrasos diagnósticos y terapéuticos también están relacionados con la naturalización social de las mujeres como emocionales o «histéricas», y de sus malestares como ansiedad[7].

No menos importante es la especificidad de las pruebas diagnósticas, que pueden dar falsos negativos en las mujeres[8,19] y retrasos en la instauración del tratamiento agudo o crónico, incluyendo los esfuerzos en la prevención primaria y secundaria[8,9,14,22,29].

El estudio de sexo-género en la educación superior

Ante el incremento de la mortalidad por cardiopatía coronaria en las mujeres más jóvenes[8] surgen polémicas sobre si persisten los sesgos de género en el

Tabla 3. *Opiniones de las mujeres y del personal médico que las atiende, acerca de las demoras en la búsqueda de atención.*

Ejes de análisis entrevistas a mujeres con enfermedad coronaria	**Ejes de análisis entrevistas a personal médico**
«¡Ahí despuesito, al cabo y qué!»: la búsqueda tardía de atención médica	**La mirada médica sobre la demora de las mujeres**
«…hay mucha pobreza y la mujer como siempre, está tratando de arropar a todos los que se le acercan… ¿y yo? ¡como quiera me aguanto! y de repente… ¡sí! ¡me dolía el brazo!... y ¡como que unas taquicardias muy fuertes!.. me desguanzaba, pero no era seguidito… a lo mejor eso fue lo que… yo tuviera tanta… ¿cómo dicen? ¡dejadez! y también ¡pues sí! ¡tanto el trabajo a la mejor que…! –dice uno– ¡ahí despuesito, al cabo y qué!… (Gabriela, 62 años, 3ª sesión, angina de pecho) «…ahorita que me pongo a pensar a veces en la noche, le digo, ¡pobrecito mi cuerpo! ¡Cómo lo forcé, cómo le hice cosas!. En ese momento yo no pensaba en eso, yo nomás tenía así… no sé si sería capricho o qué sería, pero eran mis hijos, ¡mi meta eran mis hijos! Haga cuenta que era una carrera sin freno, de que yo quería la meta y la meta eran ellos, o sea, ¡esa era mi meta!... Un día que fui a trabajar, desde que iba en la tarde yo no me sentía bien… pero había mucho trabajo y ya como a las 5 de la mañana ¡ya no aguanté! (Gloria, 52 años, 1ª sesión, cardiopatía isquémica)	«… la mujer por tiempos remotos, ¿no?, ¡siempre!, a pesar de toda la educación que hay, sigue siendo el género que más expuesta está a las inclemencias de las dietas, ¡a no cuidarse! a tener la idea de… que siempre pasa, ¿no?, en casa ¡los hijos!, a ¡olvidarse de lo demás!, no lleva una revisión periódica de su estado de salud como debería de ser, ¿no? ¡Vienen a consulta cuando ya se sienten mal del corazón! ¡O llegan al servicio de urgencias cuando ya van peor!» (Hugo, medicina general) «… la mujer en las primeras etapas de su vida, antes de la menopausia, en ocasiones no se preocupa por su salud y a pesar de que ahorita estamos viendo gente que todavía no son menopáusicas y están enfermas del corazón, estas gentes en ningún momento nos mostraron que se hayan preocupado por su salud» (José, cardiólogo) «… siempre decimos es histérica ¿eh?... y por allá cuando estamos en el hospital… ¡es un PVH*! ¡no te creen!, ¡porque somos exageradas!, ¡porque creen que queremos llamar la atención! Nos dicen ¡histéricas! ¡no nos creen! ¡y al hombre sí! Si está manifestando que tiene molestias, ¡a él sí le creen! ¡a él sí le creen!" (Lorena, médica general)

* Pinche Vieja Histérica. La sigla se usa en forma coloquial en México. Es una expresión que une misoginia y naturalización social de las mujeres como histéricas-emocionales.

Fuente: Juárez-Herrera y Cairo L. Directo al corazón. Mujeres y enfermedad coronaria, un estudio con perspectiva de género. Sonora: El Colegio de Sonora; 2017.

manejo de la enfermedad coronaria obstructiva, si se relaciona con las conductas de búsqueda de atención de las mujeres, y si se dificulta al personal de salud establecer el diagnóstico porque no reconoce fácilmente la enfermedad de las mujeres debido a las diferencias biológicas y a las maneras en que se expresan los malestares, que suelen ser diferentes entre hombres y mujeres. Estos y otros interrogantes nos llevan a considerar que es imprescindible capacitar al personal de salud y empezar desde la formación universitaria.

Competencias que deben desarrollarse en el proceso de enseñanza-aprendizaje de las ECV

- Introducir las diferencias entre hombres y mujeres en la fisiopatología de las cardiopatías isquémicas.
- Mantener los trastornos microvasculares en mente y pensar en los síntomas «atípicos» descritos para las mujeres.
- Reconocer las diferencias entre hombres y mujeres, y las desigualdades de género, en las manifestaciones clínicas, las conductas, los patrones y la capacidad de gestión.
- Desarrollar las habilidades para establecer el diagnóstico en las mujeres, incluyendo el uso de técnicas de imagen y la evaluación de la función vasodilatadora endotelial de la arteria coronaria.
- Determinar la estratificación del riesgo de ECV para utilizar las puntuaciones y ser consciente de sus limitaciones, y utilizar otras puntuaciones para la estratificación del riesgo cardiovascular de las mujeres en su vida diaria.
- Considerar los modos femenino(s) y masculino(s) de construcción de riesgos y vulnerabilidad cardiovascular, e identificar las barreras de género en las medidas preventivas y en las estrategias de atención.
- Considerar la(s) manera(s) en que las personas y los grupos sociales comprenden y perciben estas enfermedades, y las experiencias vividas al padecerlas.
- Considerar la capacidad de gestión de quienes las padecen y el ejercicio de los derechos en salud.
- Tomar en cuenta que los perfiles, la evaluación y la estratificación de riesgos cardiovasculares son diferentes entre hombres y mujeres.
- Identificar los «nuevos» factores de riesgo cardiovascular en las mujeres.
- Examinar la importancia del tabaquismo, la hipertensión arterial sistémica, la diabetes *mellitus* tipo 2, las complicaciones del embarazo, las enfermedades reumáticas y autoinmunitarias, dejando abierto el camino para nuevos algoritmos al clasificar los riesgos.
- Informar sobre el equilibrio del estilo de vida y la prevención, mejorando la salud cardiovascular.

Así, los/las estudiantes entenderán que:

- Las ECV son la principal causa de muerte de las mujeres en las naciones industrializadas.
- Los factores de riesgo significativos para ECV e infarto de miocardio son diferentes en hombres y mujeres.
- Las complicaciones del embarazo y las enfermedades autoinmunitarias sistémicas están entre los «nuevos» factores de riesgo cardiovascular en las mujeres[8,15-18,30].
- Las mujeres con síndrome coronario agudo suelen presentar síntomas llamados «atípicos» porque la enfermedad se ha estudiado en hombres. Ellas pueden expresar falta de aliento y fatiga grave, que a menudo no se perciben como síntomas tempranos. El 10% al 30% presentan síntomas de angina sin «lesión» en la angiografía coronaria aunque padezcan isquemia miocárdica. Las mujeres con síntomas de angina de pecho inestable constituyen el grupo más grande[8].
- En las pacientes «estables», para el diagnóstico es preferible realizar una prueba de esfuerzo por ecocardiografía de esfuerzo, recordando que puede dar falso negativo.
- Debido a la diferente farmacocinética en las mujeres, al dosificar un fármaco hay que considerar la adaptación al peso, porque tienen mayor espacio

de distribución de las sustancias liposolubles, expresión diferente de las isoenzimas CYP y menor tiempo de tránsito gastrointestinal, y debe prestarse atención a una menor depuración renal[8].

Recomendaciones generales

- Se recomienda cuestionar la etiquetación de las mujeres como «emocionales» y de la enfermedad cardiaca en ellas como «atípica».
- Profundizar en la violencia de género como una línea de investigación.
- Capacitar permanentemente al personal de salud en género y derechos humanos.
- Atender a los conceptos de género y sexo, y partir del paradigma de la complejidad en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención.
- Innovar en la investigación y en la práctica médica.

Debate

Mar Blasco: A raíz del comentario sobre el registro y la variedad de síntomas, es importante recordar que el patrón de síntomas que se emplea es el masculino. En las mujeres, el que no se registren los síntomas y la variedad de estos hacen que se invisibilicen y ello dificulta el diagnóstico. En este sentido, ¿crees que para un/una médico/a los signos tienen más peso que los síntomas? Dado que los electrocardiogramas son diferentes y que los signos en los hombres son más claros, quizá las pruebas diagnósticas deberían ser diferentes para mujeres y hombres. En el último estudio de casos de *Gendered Innovations* se propuso para el diagnóstico de cáncer de colon, debido a las diferencias anatómicas de la mujer, que la colonoscopia no era el mejor método, sino la sigmoidoscopia flexible.

Lucero A. Juárez-Herrera: Tienes razón, las pruebas diagnósticas difieren entre hombres y mujeres; incluso la prueba de esfuerzo, que es la más común en la enfermedad cardiovascular, muchas veces puede dar falsos negativos. Otra de las pruebas controvertidas es la coronariografía; si no se tiene en cuenta que las mujeres, especialmente las jóvenes, tienden a tener más problemas de microcirculación y microvasculatura, es difícil que se encuentren las obstrucciones que se esperaría ver en un problema coronario.

Mar Blasco: En el caso del cáncer de colon, otra de las pruebas diagnósticas en entredicho es el test de sangre en heces, en el que las mujeres dan más falsos negativos que los hombres. Por ello, deberíamos plantearnos si las pruebas diagnósticas que se están realizando son adecuadas para las mujeres.

Lucero A. Juárez-Herrera: Totalmente de acuerdo, pero para llegar a este punto primero deberíamos concienciar a la población y a los médicos sobre la enfermedad, especialmente en las mujeres; en segundo lugar, considerar la especificidad de las pruebas diagnósticas y si es necesario combinarlas con análisis de sangre o marcadores; y en tercer lugar, ser más abierto con los síntomas y no descartarlos directamente si no encajan, porque si una mujer siente fatiga o que le falta el aire después de andar, se debería sospechar un problema cardiaco.

Ángel Gasch: Me ha gustado mucho el concepto de capacidad de agencia, que está muy ligado a la ética asistencial y a la reducción de las desigualdades en salud. Y con el objetivo de ser positivos y avanzar, creo que deberíamos incorporar el concepto de agencia al hablar de autonomía de los pacientes.

Lucero A. Juárez-Herrera: La capacidad de agencia es la capacidad de tomar decisiones en salud, de cambiar el entorno; es más que el empoderamiento del paciente. Existe una relación totalmente jerárquica en el campo médico, en la que las relaciones de poder son muy claras entre el personal médico y los pacientes. Estas relaciones de subordinación propician que, en especial en el caso de las mujeres pacientes, se dificulte el proceso de

apropiación de derechos, el sentir que se tiene derecho a tener derechos y a exigirlos.

Ángel Gasch: En relación con la formación en medicina, creo que entre las competencias que habría que incluir se encuentran el seguimiento y la planificación de los cuidados de manera interdisciplinaria. El seguimiento debería llevarse a cabo también después del diagnóstico, y tras adaptar los protocolos y las guías de actuación, también se debería plantear cómo hacer el seguimiento tras el diagnóstico y el establecimiento del tratamiento, porque en esta fase habrá muchas desigualdades en cuanto a la adherencia y a otros factores.

Lucero A. Juárez-Herrera: Sí, evidentemente. Además, estas barreras de género en medicina vienen desde la medicina primaria y la prevención secundaria. En el caso de la prescripción de ansiolíticos en las mujeres que han sufrido un infarto, la prescripción continuaba después de ser diagnosticadas, y hay menos prevención secundaria en el caso de las mujeres que han sufrido un infarto incluso después de ser diagnosticadas. Y estoy de acuerdo en que desde la docencia en la universidad hay que ir trabajando para incorporar estas competencias en la enseñanza de la medicina.

Eugenia Gil: Es importante conocer las limitaciones de los algoritmos y la importancia de los *big data,* pero también es muy importante incorporar el análisis del *machine learning* al tema de la salud. Recogiendo las propuesta de Lucero, debemos trabajar con los datos masivos, pero también tenemos que incorporar la perspectiva de género a los algoritmos de decisión, porque en caso contrario podemos tomar decisiones peligrosas, y más teniendo en cuenta la brecha digital en la ingeniería de las comunicaciones.

Elisa Chilet: Lucero, creo que tu trabajo refleja muy bien la enorme diferencia entre el discurso de las mujeres y el de los profesionales sanitarios; parece que estos últimos no están escuchando a las mujeres. Este aspecto solo se ha podido ver gracias a las entrevistas que has realizado a las mujeres de este estudio; los *big data* no reflejan esta realidad.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2014. (Consultado el 22/2/2018.)
   Disponible en: http://www.who.int/bmh/publications/ncd-status-report-2014/es/
2. Ayanian J, Espstein A. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronay heart diseases. N Engl J Med. 1991;325:221-5.
3. Healy, B. The Yentl syndrome. N Engl J Med. 1991;325:274-5.
4. Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, García M, Miqueo C, et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. J Epidemiol Community Health. 2007; 61:46-53.
5. Tajer D, Fernández AM, Antonietti L, Chiodi A, Salazar A, Barrera I, et al. Barreras de género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimiento de profesionales de la salud y de usuarias. Revista Argentina de Salud Pública. 2014;21:14-23.
6. Juárez-HyC L, Castro-Vázquez MC, Ruiz-Cantero MT. Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México. Un estudio en Sonora. Salud Pública de México. 2016;58:428-36.
7. Juárez-HyC L. Directo al corazón. Mujeres y enfermedad coronaria, un estudio con perspectiva de género. México: El Colegio de Sonora; 2018.
8. Institute of Gender in Medicine: eGenderMedicine. eLearning course; Charité University. (Consultado el 3 de marzo de 2018.)
   Disponible en: http://egender.charite.de/
9. Lee SK, Khambhati J, Varghese T, Stahl EP, Kumar S, Sandesara PB, et al. Comprehensive primary prevention of cardiovascular disease in women. Clin Cardiol. 2017;40:832-8.
10. Gámez JM, Ripoll T, Barrios V, Anguita M, Pedreira M, Madariaga I; investigadores del estudio SIRENA. Perfil clínico de la mujer con cardiopatía isquémica estable en España. Son necesarios más esfuerzos en prevención secundaria. Estudio Sirena. Rev Clin Esp. 2016;216:1-7.
11. Tajer D, Reid G, Gaba M, Lo Russo A, Barrera I. Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Rev Argent Cardiol. 2013;81:344-52.

12. Hvelplund A, Galatius S, Madsen M, Rasmussen JN, Rasmussen S, Madsen JK, et al. Women with acute coronary syndrome are less invasively examined and subsequently less treated than men. Eur Heart J. 2010;31:684-90.
13. Jaramillo-Jaramillo M, Zambrano-Chaves J. Diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica en mujeres. Rev Colomb Cardiol. 2018;25(Supl 1):84-90.
14. Park SM, Merz CN. Women and ischemic heart disease: recognition, diagnosis and management. Korean Circ J. 2016;46:433-42.
15. García M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. Rev Colomb Cardiol. 2018;25(Supl 1):8-12.
16. Arslanian-Engoren C, Scott LD. Delays in treatment-seeking decisions among women with myocardial infarction. Dimens Crit Care Nurs. 2017;36:298-303.
17. Banerjee M, Cruickshank JK. Pregnancy as the prodrome to vascular dysfunction and cardiovascular risk. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2006;3:596-603.
18. Bellamy L, Casas J-P, Hingorani AD, Williams DJ. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2007;335:974.
19. Acevedo, M, Varleta, M. Examenes diagnósticos cardiovasculares: ¿diferencias de género en su interpretación?. Rev Colomb Cardiol. 2018;15:66-72.
20. Riegel B, Dickson VV, Kuhn L, Page K, Worrall-Carter L. Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: a mixed methods study. Int J Nurs Stud. 2010;47:888-95.
21. Clarck AM, Savard LA, Spaling MA, Heath S, Duncan AS, Spiers JA. Understanding help seeking decisions in people with heart failure: a qualitative systematic review. Int J Nurs Stud. 2012;49:1582-97.
22. Bösner S, Haasenritter J, Hani MA, Keller H, Sönnichsen AC, Karatolios K, et al. Gender differences in presentation and diagnosis of chest pain in primary care. BMC Fam Pract. 2009;10:79.
23. Leafler L, Bondy K. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. A meta-syntesis. J Cardiovasc Nurs. 2004;19:251-8.
24. Daponte-Colina A, Bolívar-Muñoz A, Sánchez-Cantalejo E, Mateo-Rodríguez I, Babio G, Romo-Avilés N, et al.; Grupo de Estudio de Género y Enfermedades Cardiovasculares (GENCAR). Factores asociados a la demora hospitalaria en hombres y mujeres con síndrome coronario agudo. An Sist Sanit Navar. 2016;31:47-58.
25. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women – 2011 update: a guideline from the American Heart Association. Circulation. 2011;123:1243-62.
26. European Society of Gynecology (ESG); Association for European Paediatric Cardiology (AEPC); German Society for Gender Medicine (DGesGM), Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, Cifkova R, Ferreira R, Foidart JM, et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2011;32:3147-97.
27. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. Circulation. 2010;121:586-613.
28. Arent H. Los orígenes del totalitarismo. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
29. Torró J, Baena J, Llueca G., Morant S, Clós J, Orengo V. Retraso trombolítico del infarto del miocardio y atención primaria. Atención Primaria. 2000;26:302-8.
30. Salmon JE, Roman MJ. Subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Am J Med. 2008;121(10 Suppl 1):S3-8.

Diferencias por sexo y por género en reumatología

Eliseo Pascual

Profesor Emérito de Medicina (Reumatología), Universidad Miguel Hernández, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante

Resumen

Algunas enfermedades difieren en su presentación (de cuyo reconocimiento depende el diagnóstico) y su gravedad según las sufran hombres o mujeres, pero también está siendo evidente que, ante presentaciones similares, el esfuerzo diagnóstico –y posiblemente el tratamiento subsiguiente– pueda ser diferente entre hombres y mujeres. A esta diferencia no justificada se la denomina sesgo de género. Una dificultad no menor ante una diferencia según el sexo en la atención a determinadas enfermedades es determinar si se debe a una cuestión de diferencias objetivas en su frecuencia, presentación y características (ejemplos extremos podrían ser el cáncer de mama o la fibromialgia en hombres y mujeres) o bien a que ante una misma presentación y similar gravedad el enfoque que se viene dando en medicina sea diferente dependiendo de que ocurra en uno u otro sexo. Y parece posible que una diferencia por sexos claramente explicable si la padece un sexo resulte en un manejo inadecuado por falta de sospecha diagnóstica en el otro, sobre todo si el primero se ha tomado como prototipo. Un ejemplo puede ser la gota, consecuencia de la hiperuricemia, que depende esencialmente de su manejo renal. En las mujeres en edad fértil, los estrógenos facilitan su excreción renal y en ellas la gota es excepcional. Sin embargo, los hombres pueden sufrirla desde la pubertad y presentar episodios de artritis súbitos y muy dolorosos, y por tanto muy llamativos y hasta populares. Tras la menopausia, el ácido úrico de las mujeres sube sin alcanzar el nivel de los hombres, y ya pueden presentar hiperuricemia y sufrir gota, habitualmente asociada a la toma de diuréticos o al alcoholismo, y puede mostrar características clínicas diferentes. La gota femenina ha recibido escasa atención en la literatura, y probablemente al ocurrir en una mujer (no es lo esperable) es infradiagnosticada, siendo una enfermedad curable. Otro aspecto de interés es la posibilidad de que el diagnóstico diferencial ante el mismo cuadro clínico sea diferente en hombres y mujeres. Así, en las espondiloartropatías, un porcentaje mayor de mujeres sufren enfermedad solo en las articulaciones periféricas (artritis y entesitis –inflamación de inserciones tendinosas, como la del tendón de Aquiles–). Ante el relato de una persona de un cuadro clínico descrito de forma menos concreta, en una mujer puede plantearse el diagnóstico de fibromialgia (que es frecuente y cuyo diagnóstico depende del reconocimiento del cuadro clínico), posibilidad que no se planteará ante un hombre. En determinadas dolencias, las diferencias por sexo son claras y en este caso habría que determinar por qué la enfermedad en un sexo, al tomarse como tipo, oscurece el abordaje cuando lo sufre el otro. Cabe la posibilidad de abordar en los libros estas enfermedades en capítulos o secciones diferentes (gota en hombres y gota en mujeres). Cuando el problema son los diferentes diagnósticos diferenciales en cada sexo, aquel en que el abanico es más amplio o con dolencias menos concretas, el médico se encuentra ante una disyuntiva más amplia y el/la paciente está en desventaja.

Palabras clave: diagnóstico diferencial, espondiloartropatía, género, gota, reumatología.

Introducción

Algunas enfermedades difieren en su presentación (de cuyo reconocimiento depende el diagnóstico) y su posible gravedad según las sufran hombres o mujeres, pero también está siendo evidente que, ante presentaciones similares de la enfermedad en ambos sexos, el esfuerzo diagnóstico –y posiblemente el tratamiento subsiguiente– pueda ser diferente entre hombres y mujeres. Esta diferencia en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico en hombres y mujeres no justificada ante una misma necesidad de salud se considera sesgo de género en la atención sanitaria.

Una dificultad no menor, ante una diferencia según el sexo en la atención a determinadas enfermedades, es determinar si se debe a una cuestión de diferencias objetivas en su frecuencia, presentación y características (ejemplos extremos podrían ser la gota en las mujeres o la fibromialgia en los hombres), o bien que ante una misma presentación y similar gravedad el enfoque que se viene dando en

medicina sea diferente dependiendo de que ocurra en uno u otro sexo. Parece posible que una diferencia por sexo claramente explicable si la padece preferentemente un sexo resulte en un manejo inadecuado por falta de sospecha diagnóstica en el otro, sobre todo si el primero se ha tomado como prototipo.

Enfermedades con mayor prevalencia en los hombres: el caso de la gota

En algunas enfermedades reumáticas, la diferente presentación clínica tiene una base clara en función de las diferencias fisiológicas o anatómicas existentes entre hombres y mujeres, muchas de ellas obvias.

Así, la gota, que es la artritis aguda más común en los hombres, se debe a la formación en la superficie de los cartílagos articulares y de otras estructuras orgánicas de cristales de una sal de ácido úrico —el urato monosódico— como consecuencia de unas altas concentraciones de ácido úrico en sangre[1]. Durante la infancia, ambos sexos tienen valores muy bajos de ácido úrico. Tras la pubertad, los hombres alcanzan los valores de ácido úrico en sangre que mantendrán a lo largo de su vida, y si se dan las circunstancias (hábitos dietéticos, obesidad) pueden alcanzar valores elevados, formar cristales y padecer gota, como ya notó Hipócrates. Las mujeres, gracias a la acción de los estrógenos que facilitan la excreción del ácido úrico, alcanzan tras la pubertad unos valores de ácido úrico inferiores y solo de forma muy excepcional pueden padecer gota[2]. En edades jóvenes, así como en la adultez, la gota es una enfermedad casi exclusivamente masculina. Tras el descenso de los estrógenos ligado a la menopausia, el ácido úrico en sangre se eleva, aunque sin alcanzar los valores de los hombres, pero las mujeres pueden presentar gota, ligada frecuentemente a comorbilidad, uso de diuréticos (común en edades avanzadas) o consumo de alcohol.

La clínica de la gota en las mujeres ha recibido una atención limitada, y puede presentar diferencias con la de los hombres, tales como dolor persistente en las manos o los pies, tener un comienzo afectando más de una articulación (menos «típico» en la gota) o evidenciarse solo tras la aparición de depósitos visibles de cristales de ácido úrico (tofos), pero no siempre con episodios agudos de artritis, que es como suele cursar en los hombres[3]. Esta diferencia dificulta su diagnóstico en las mujeres y hace que la gota en ellas pueda ser más grave, posiblemente por una combinación de patología asociada (que requiere la ingesta de diuréticos) y diferencias de presentación, lo cual, unido a que la gota es menos frecuente[2-7], más tardía y menos esperable en las mujeres, puede retrasar el diagnóstico o hacer que quede sin diagnosticar. La gota en las mujeres ha recibido escasa atención en la literatura y es muy posible que esté infradiagnosticada pese a tratarse de una enfermedad curable.

Enfermedades con mayor prevalencia en las mujeres: la osteoporosis

La osteoporosis consiste en la fragilidad ósea que facilita las fracturas, que pueden llegar a ser espontáneas y sin haber sufrido ningún traumatismo. Se trata de un problema más frecuente en las mujeres[8,9]. La masa ósea en ambos sexos alcanza un pico máximo alrededor de los 35-40 años, siendo este pico constitucionalmente menor en las mujeres, y a continuación se reduce de manera lenta. Las mujeres, a raíz de la menopausia, sufren durante algunos años una pérdida de hueso acelerada, por lo que si inicialmente partieron de una masa ósea menor (en parte ligada a la ausencia de ejercicio durante la juventud y la vida adulta joven), tras la pérdida asociada a la menopausia el hueso puede tener insuficiente resistencia y quebrarse con facilidad. Los hombres, que constitucionalmente tienen mayor masa ósea, no suelen padecer este problema, pero puede presentarse si concurren factores de riesgo, como alcoholismo, tratamiento con corticoides o concurrencia de algunas enfermedades. Así, ante un dolor dorsal o lumbar reciente en una mujer posmenopáusica, en especial si está ligado a un esfuerzo de cualquier intensidad, la posibilidad inmediata que se plantea el médico es que pueda tratarse de una fractura vertebral osteoporótica; en un hombre, se considerará menos probable. El riesgo de sufrir una fractura a partir de los 50 años de edad es del 53,2% en las mujeres y del 20,7% en los hombres[8].

Diferencias según el sexo en la presentación del cuadro clínico

En ocasiones carecemos de explicación de las razones por las que ciertas enfermedades presentan diferencias según el sexo en su forma de presentación (cuadro clínico), y este puede ser el caso de las espondiloartropatías. Se trata de enfermedades que muestran diferencias en su presentación clínica en hombres y mujeres, y en las que la generación de conocimiento que ha llevado al concepto actual ayuda a entender las diferencias que ocurren por sexo y género –ya que ha resultado en una trayectoria diagnóstica histórica diferente en hombres y mujeres–.

En su conjunto, tal como se entiende actualmente, se trata de enfermedades que pueden cursar con inflamación articular –incluyendo la columna vertebral y las articulaciones de los miembros– y de las inserciones tendinosas (entesitis), y que pueden afectar a otros órganos y sistemas, en especial al ojo (donde se presenta como uveítis), al intestino (donde se asocia a enfermedad inflamatoria intestinal) y a la piel (en forma de psoriasis).

Su forma más clásica, descrita inicialmente en el siglo XIX como enfermedad de Bechterew, Pierre-Marie y Strümpell, y luego como espondilitis anquilosante, afecta a la columna vertebral de los hombres y raramente a las mujeres, llegando a fusionarla, consecuencia dramática que explica su reconocimiento temprano como enfermedad diferenciada. Teniéndolas por enfermedades diferentes, a lo largo de la primera mitad del siglo XX se describieron la artritis reactiva[10], algunas variantes de artritis psoriásica[11], la artritis asociada a las enfermedades inflamatorias intestinales[12] y las espondiloartritis juveniles[13], todas ellas de predominio en las articulaciones periféricas, y en todas ellas (incluyendo la espondilitis anquilosante) puede apreciarse entesitis.

La percepción de que existe una marcada agregación familiar de estas formas clínicas (pudiendo además presentarse en una familia diferentes variantes), la posible evolución de una variante a otra[14] y algo después la marcada asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA B-27[15], ayudaron a entender que todas ellas son partes del mismo proceso patológico, conocido hoy como espondiloartropatías[16]. El aumento de la visibilidad de las espondiloartropatías y el reconocimiento de sus diferentes formas han llevado a demostrar que su prevalencia es similar en los hombres y las mujeres, aunque se presentan con cuadros clínicos algo diferentes[17,18]. Analizando a nuestros/as pacientes hemos observado que, aunque hombres y mujeres acuden al médico con similar retraso tras el inicio de los síntomas, trascurrieron 8,8 años (rango: 7,4-10,1) hasta el diagnóstico en las mujeres, tiempo más prolongado que en los hombres, que fue de 6,5 años (rango: 5,6-7,4) ($p = 0,05$)[19]. Igualmente, en diferentes series se han apreciado retrasos superiores en las mujeres que en los hombres[17]. La espondiloartropatía se estableció como primer diagnóstico en el 30,21% de los hombres, mientras que esto ocurrió en solo el 11,11% de las mujeres ($p = 0,008$), lo que implica que las mujeres tienen una *odds ratio* de 3,46 (1,33-8,99) de recibir un diagnostico (y un tratamiento) inicial erróneo siendo la misma enfermedad, lo que implica falta de tratamiento o tratamiento inadecuado e ineficaz, y un curso más tortuoso hasta alcanzar el diagnóstico.

El esquema mental al que hayan llegado los propios médicos, incluso los especialistas, pesa en sus diagnósticos, así como a qué manifestaciones de la enfermedad prestan especial atención para establecerlos. En el análisis de nuestros/as pacientes con espondiloartropatías, más hombres (74,47%) que mujeres (61,54%) recordaron haber sufrido dolor lumbar al inicio de la enfermedad. Sin embargo, el dolor lumbar se anotó en la historia clínica de menos mujeres (44,44%) que lo recordaban, mientras que en hombres lo fue en más de lo que ellos refirieron (82,11%; $p < 0,001$). Persiste en el ideario médico la espondilitis anquilosante, que es una enfermedad sobre todo de hombres en la cual el dolor lumbar es característico[20]. Se diría que el peso de los conceptos largo tiempo establecidos, y su persistencia y influencia en el proceso diagnóstico, no son menores. Llama poderosamente la atención que, a lo largo de su recorrido diagnóstico, las mujeres acudieron más que los hombres a los servicios de

urgencias (38,89% de mujeres y 15,63% de hombres; p <0,001), quizás como reflejo de una actitud diferente ante la enfermedad o por una sensación de falta de comprensión de sus problemas por parte de la atención médica regular. Aquí debe tenerse en cuenta que la atención médica de primer nivel la realizan habitualmente médicos de familia, a quienes es difícil pedir conocimientos detallados de los aspectos clínicos de enfermedades no muy frecuentes, e incluso de las que, siendo habituales en medicina especializada, para ellos pueden ser excepcionales; máxime cuando en sus comienzos una mayoría de enfermedades se presentan con menor definición y es necesario conocimiento, experiencia, habilidad y tiempo (actualmente muy escaso incluso para primeras visitas) para reconocerlas. Hay enfermedades que se presentan de forma nítida y dramática (una hemorragia digestiva alta puede ser un ejemplo), que lleva a un estudio y un diagnóstico inmediatos; otras se presentan de manera indiciaria y sutil, que requiere atención y tiempo por parte del profesional sanitario, y es en estas en las que es esperable que las diferencias en la presentación o en el diagnóstico diferencial puedan plantear mayores diferencias por sexo o género.

Una posibilidad de interés que no ha recibido suficiente atención crítica es que el diagnóstico diferencial puede ser diferente (o ser tenido como tal sin serlo) en hombres y mujeres. Así, ante síntomas pélvicos o lumbares en las mujeres cabe plantearse problemas ginecológicos. Cuando las manifestaciones de una espondiloartropatía son menos concretas y se describen como dolores multifocales o generalizados (lo que no es raro), es fácil considerar como diagnóstico la fibromialgia, enfermedad muy común en las mujeres y raramente considerada en los hombres, y que ocurriendo en mujeres del mismo grupo de edad que la espondiloartropatía carece de método diagnóstico objetivable más allá del reconocimiento del cuadro clínico, que presenta algunas similitudes con el de las espondiloartropatías. Un diagnóstico diferencial más amplio en uno u otro sexo, o que incluya enfermedades comunes o más difíciles de sustentar con pruebas objetivas, representa una dificultad añadida.

En determinadas dolencias, las diferencias por sexo son claras y en tal caso habría que determinar por qué si la enfermedad en un sexo es tomada como tipo, oscurece el abordaje cuando lo sufre el otro sexo. La posibilidad de abordar en los tratados de medicina estas enfermedades en capítulos o secciones diferentes (gota en hombres y gota en mujeres) merece ser considerada. Cuando el problema son los posibles diferentes diagnósticos diferenciales en cada sexo, aquel en que el abanico es más amplio, o con dolencias menos concretas, el médico se encuentra ante una disyuntiva más amplia y el/la paciente está en desventaja. Finalmente, se debe reforzar la capacidad de llegar a diagnósticos clínicos (basados en la anamnesis y la exploración) de los médicos involucrados en el proceso diagnóstico (que en estos tiempos tecnológicos parece que debería ser proporcionado por medios analíticos y técnicos auxiliares). Las pruebas auxiliares y los análisis se utilizan para confirmar el diagnóstico clínico, y deben concordar con este y explicarlo.

En conclusión, se han mostrado como ejemplo diferencias en la presentación clínica de tres enfermedades:

- La gota, enfermedad relacionada con las concentraciones de ácido úrico, que se elevan en los hombres tras la pubertad y en las mujeres tras la menopausia, explicando que en los primeros la enfermedad pueda sufrirse desde una edad muy temprana y en las segundas sea más tardía, frecuentemente asociada a la toma de fármacos y con una clínica menos llamativa, por lo que puede pasar desapercibida.
- Las fracturas osteoporóticas, que son más frecuentes en las mujeres por tener constitucionalmente una menor masa ósea y perderla de manera más acelerada a raíz de la menopausia. Además de las fracturas periféricas (Colles, cuello de fémur), las fracturas vertebrales también son más frecuentes en las mujeres, y en ellas se investigan ante cualquier síntoma sugerente, mientras que en los hombres pueden intentar explicarse por otras causas.

- Las espondiloartropatías, ya que menos mujeres comienzan con el característico dolor lumbar y con más frecuencia reciben diagnósticos alternativos para explicar sus síntomas.

Además de estudiar los cuadros más característicos (ocurran en hombres o en mujeres), en los estudios y las puestas al día destinados a personal médico debe ponerse atención a las manifestaciones del sexo que presente el cuadro considerado como menos típico, en un intento de evitar que pueda haber diferencias por género en la atención de estas enfermedades.

Debate

Judith Usall: Como psiquiatra me ha gustado mucho tu charla por las claras diferencias que hay entre mujeres y hombres en el caso de la fibromialgia. Por otro lado, ¿crees que el hecho de que la persona que atiende sea hombre o mujer influye en el resultado final, en cómo se trata al paciente?

Eliseo Pascual: Creo que no. Se realizó un estudio sobre la atención médica en enfermedad cardiovascular y se llegó a la conclusión de que el resultado no se veía influido por el sexo del personal médico. Quizá porque el esquema o los patrones que se usan son siempre los masculinos, como pasa en mi especialidad, incluso con mis compañeras médicas.

Judith Usall: En todo caso, es un tema muy interesante, y creo que si el objetivo es estudiar las diferencias de género habría que explorar en profundidad las diferencias en la atención médica en función del sexo del personal médico.

Eliseo Pascual: Estoy de acuerdo, pero también creo que otro tema que debería abordarse es que en muchas enfermedades no es posible diagnosticar a un paciente correctamente en una visita de 10 minutos, que es lo que todos hemos aceptado. Para ciertas enfermedades se requiere mucho más tiempo, realizar una historia completa y que el personal médico esté concienciado.

Michele Catanzaro: ¿Qué opinas sobre la osteoporosis y los deportes de impacto? Existe un aumento de la participación de mujeres en carreras y maratones, además del tópico de que cada vez más la gente se inicia en el *running* a partir de los 40 años. Hay estudios sobre los efectos cardiovasculares, pero ¿sabes si hay estudios sobre osteoporosis y deportes de impacto?

Eliseo Pascual: No te puedo dar datos precisos, pero creo que sí existe una relación entre los deportes de impacto y la osteoporosis. Sin embargo, también hay datos de que se puede generar músculo hasta los 90 años de edad.

Michele Catanzaro: Otra cosa que me ha sorprendido y que también ha comentado María Teresa es la diferencia entre lo que cuenta el paciente y lo que queda anotado en la historia clínica. ¿Cuáles son las implicaciones de este hecho?

Eliseo Pascual: Los médicos debemos atender a los pacientes uno a uno, y si nos entretuviéramos en recoger todos los datos para poder usarlos en estudios epidemiológicos no atenderíamos a los pacientes, y más teniendo en cuenta el poco tiempo que hay para cada visita. Normalmente anotamos lo que es relevante para tomar una decisión en esa situación, y no anotamos otros datos esperables sobre su dolencia o que ocurrieron hace mucho tiempo, que no son de utilidad para la toma de decisiones en ese momento.

Raúl Mercer: Tomando como referencia el libro *Medicina interna* de Farreras y Rozman, sugiero que se incorpore en cada capítulo una lectura de cómo afecta de manera diferencial dicha enfermedad a hombres y mujeres, si las diferencias son por sexo, por género o ambas, si podría haber diferencias de género sin implicaciones epidemiológicas, etc. A raíz del comentario de la osteoporosis y el deporte, la tendencia tradicional del crecimiento justifica las diferencias de talla entre hombres y mujeres. Por una cuestión histórica de reparto de

roles, los hombres han desarrollado más su complexión física. Pero también se ha comprobado que el acceso al mundo del trabajo y del deporte ha hecho que las mujeres crezcan más y estén llegando a la talla de los hombres. Y podríamos suponer que también se equilibrarán las incidencias de osteoporosis en ambos sexos.

Eliseo Pascual: Puede que las diferencias disminuyan, pero no creo que se igualen por el indudable efecto de la menopausia sobre la osteoporosis. Respecto al comentario sobre los libros de medicina, más que incluir un apartado o comentario habría que clasificar las enfermedades en tres categorías: 1) las que son tan diferentes entre mujeres y hombres que requieren dos capítulos distintos; 2) aquellas en las que hay diferencias que justifican que se hagan anotaciones claras en su descripción clínica; y 3) problemas o enfermedades en las que no existen diferencias entre mujeres y hombres.

Rosa Magallón: Retomando el comentario sobre la fibromialgia, nosotros trabajamos mucho en este tema y seguimos encontrando mucha resistencia por parte de los médicos y médicas de familia, pero también de los/las especialistas en reumatología, psiquiatría y otros campos. ¿Cómo ves el enfoque de la fibromialgia en el futuro?

Eliseo Pascual: Tengo una opinión, pero si lo consideras oportuno podemos tratar el tema en uno de los debates generales.

Rosa Magallón: A raíz del comentario sobre las diferencias entre lo que relata el paciente y lo que consta, estoy totalmente de acuerdo en que con 10 minutos de visita no da tiempo a apuntarlo todo. El hecho de que tengamos tan poco tiempo para atender a cada paciente es una batalla que nos hemos dejado ganar, y tampoco reivindicamos lo suficiente nuestro papel como profesionales sanitarios y no como dóciles funcionarios.

Eliseo Pascual: Lo que no estaría mal es analizar la pérdida económica cuando se atiende peor. Si se atiende peor, se suelen pedir más pruebas diagnósticas, y en muchas ocasiones son pruebas muy caras y totalmente innecesarias, porque no servirán para tomar una decisión inmediata sobre el diagnóstico o el tratamiento.

Bibliografía

1. Grassi W, Menga G, Pascual E, Filipucci E. "Crystal Clear" — sonographic assessment of gout and calcium pyrophosphate deposition disease. Semin Arthritis Rheum. 2006;36:197-202.
2. Mikkelsen WM, Dodge HJ, Valkenburg H. The distribution of serum uric acid values in a population unselected as to gout or hyperuricemia: Tecumseh, Michigan 1959-1960. Am J Med. 1965;39:242-51.
3. Macfarlane DG, Dieppe PA. Diuretic-induced gout in elderly women. Br J Rheumatol. 1985; 24:155-7.
4. Yü TF. Some unusual features of gouty arthritis in females. Semin Arthritis Rheum. 1977;6: 247-55.
5. Bhole V, de Vera M, Rahman MM, Krishnan E, Choi H. Epidemiology of gout in women: fifty-two-year followup of a prospective cohort. Arthritis Rheum. 2010;62:1069-76.
6. García-Méndez S, Beas-Ixtláhuac E, Hernández-Cuevas C, Mendoza-Torres JM, Melo-Centeno C, Rull-Gabayet M, et al. Female gout: age and duration of the disease determine clinical presentation. J Clin Rheumatol. 2012;18:242-5.
7. Harrold LR, Etzel CJ, Gibofsky A, Kremer JM, Pillinger MH, Saag KG, et al. Sex differences in gout characteristics: tailoring care for women and men. BMC Musculoskelet Disord. 2017; 18:108.
8. van Staa TP, Dennison EM, Leufkens HG, Cooper C. Epidemiology of fractures in England and Wales. Bone. 2001;29:517-22.
9. Cawthon PM. Gender differences in osteoporosis and fractures. Clin Orthop Relat Res. 2011; 469:1900-5.
10. Kvien TK, Glennås A, Melby K, Granfors K, Andrup O, Karstensen B, et al. Reactive arthritis: incidence, triggering agents and clinical presentation. J Rheumatol. 1994;21:115-22.
11. Fitzgerald O, Dougados M. Psoriatic arthritis: one or more diseases? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2006;20:435-50.
12. Orchard TR, Wordsworth BP, Jewell DP. Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. Gut. 1998;42:387-91.
13. Stoll ML, Bhore R, Dempsey-Robertson M, Punaro M. Spondyloarthritis in a pediatric population: risk factors for sacroiliitis. J Rheumatol. 2010;37:2402-8.

14. Moll JM, Haslock I, Macrae IF, Wright V. Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies, and Behcet's syndrome. Medicine (Balt). 1974;53:343-64.
15. Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A, Caffrey M, James DC, Sturrock RD. Ankylosing spondylitis and HL-A 27. Lancet. 1973;1:904-7.
16. Wright V. A unifying concept for the spondyloarthropathies. Clin Orthop Relat Res. 1979;143: 8-14.
17. Lee W, Reveille JD, Weisman MH. Women with ankylosing spondylitis: a review. Arthritis Rheum. 2008;59:449-54.
18. Lee W, Reveille JD, Davis JC Jr, Learch TJ, Ward MM, Weisman MH. Are there gender differences in severity of ankylosing spondylitis? Results from the PSOAS cohort. Ann Rheum Dis. 2007;66:633-8.
19. Jovaní V, Blasco-Blasco M, Understanding how the diagnostic delay of spondyloarthritis differs between women and men: a systematic review and metaanalysis. J Rheumatol. 2017;44: 174-83.
20. Ogryzlo MA. Ankylosing spondylitis. En: Hollander JL, McCarty DJ, editores. Arthritis and allied conditions. Philadelphia: Lea & Febiger; 1972. p. 699-724.

Diferencias de género en el ictus isquémico

Mila Perea[1] y Joan Montaner[2]

[1] Servicio de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona

[2] Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Resumen

El ictus es la primera causa de muerte en las mujeres en nuestro país. Las diferencias en cuanto a sexo en el ictus isquémico no queda claro si se deben a un fenómeno puramente biológico, en el que la respuesta a la isquemia cerebral es diferente en mujeres respecto a hombres (dimorfismo), o si por el contrario la disparidad en proporcionar servicios médicos entre hombres y mujeres pudiera existir y explicar el peor pronóstico de la enfermedad en mujeres incluso después de ajustar por factores de confusión como la edad, ya que las mujeres sufren ictus varios años de media más tarde que los hombres. En cuanto a la etiología, los hombres sufren más ictus aterotrombóticos, mientras que los cardioembólicos son más frecuentes en las mujeres. Ello está en consonancia con que las mujeres presentan menor frecuencia de tabaquismo, consumo enólico y estenosis carotídea, pero más hipertensión, dislipidemia y fibrilación auricular. Parece que los sistemas de salud podrían no estar ofreciendo el mejor arsenal diagnóstico y terapéutico a las mujeres con ictus. De hecho, las mujeres son sometidas a menos exploraciones diagnósticas en la fase aguda del ictus y son tratadas con menor frecuencia que los hombres con activador tisular del plasminógeno, antiagregantes y anticoagulantes. Además, los hombres son dados de alta a su domicilio con más frecuencia, mientras que a las mujeres se las deriva más a centros de crónicos. Afortunadamente, estudios recientes parecen mostrar que esta situación se está normalizando gracias a la estricta adherencia a las guías de práctica clínica. Por todo ello, cada área sanitaria debería hacer un esfuerzo por identificar y corregir este desequilibrio asociado al sexo al proporcionar atención médica, diagnóstico y tratamiento a las mujeres que sufren un ictus.

Palabras clave: dimorfismo, estrógenos, género, ictus, isquemia cerebral, riesgo vascular, sexo.

Diferencias de género en las enfermedades cardiovasculares

La influencia del sexo en las características y en el manejo del ictus isquémico agudo, así como determinar si existen diferencias por razón de sexo en el perfil y el tratamiento del ictus, han dado lugar a numerosos estudios en los últimos años. El interés en este campo ha ido aumentado claramente, como demuestra el número de artículos publicados. Los grupos de investigación de ictus de Canadá, los Estados Unidos y algunos países europeos han contribuido ampliamente a ello. Sin embargo, pueden observarse discrepancias entre los estudios, lo que motivó que nuestro grupo realizara un metaanálisis en 2012 incluyendo 45 estudios de distintos países y centros médicos con distintas experiencias que iban dirigidos de manera directa y específica a la cuestión de la diferencia de género en el ictus isquémico. Los resultados de nuestro metaanálisis indican que existen diferencias en el perfil agudo y en el manejo del ictus isquémico según el sexo, lo que incita a buscar soluciones a este fenómeno, como podría ser una mayor adherencia a las guías internacionales[1].

Desde entonces han aparecido nuevos estudios muy interesantes con indicaciones sobre un cambio de tendencia, por lo que hemos realizado esta revisión actualizada.

Las diferencias respecto al sexo también se han descrito en otras enfermedades cardiovasculares; de hecho, se ha visto que a las mujeres con enfermedades cardiacas se les realizan menos procedimientos diagnósticos mayores invasivos y terapéuticos, incluso después de ajustar por factores de confusión como la edad. A este infratratamiento de las mujeres con enfermedades cardiovasculares también se le conoce como «síndrome de Yentl»[2]. Afortunadamente, las diferencias de género en cuanto a cateterismo cardiaco e intervenciones percutáneas coronarias han descendido claramente en los últimos años.

Epidemiologia del ictus según el sexo

El ictus es la tercera causa de muerte en el mundo y la causa más frecuente de discapacidad permanente en las

personas adultas. La incidencia global de ictus es de 258 por 100.000 habitantes al año. Entre los años 1970 y 2008, el ictus disminuyó en los países de renta alta un 42%, en contraste con los países de rentas medias y bajas, donde se ha incrementado un 100%. Sin embargo, incluso en los países donde ha disminuido la incidencia de ictus, la reducción del riesgo vital no ha sido proporcional y además tiende a ser mayor para los hombres que para las mujeres[3].

A medida que las mujeres envejecen van adquiriendo mayor riesgo que los hombres de la misma edad, lo que se refleja en el descenso de las ratios en las tasas de incidencia hombre-mujer: de 1,49 a los 35-44 años a 1,21 a los 75- 84 años[4].

Los estudios demográficos han mostrado que las mujeres tienen menor riesgo de ictus que los hombres cuando se compara por edad, aunque el riesgo de las mujeres es significativamente mayor después de los 85 años; tema importante si consideramos que las mujeres tienen mayor probabilidad de alcanzar y superar dicha edad[5].

Por tanto, podemos decir que las mujeres tienen mayor riesgo de ictus a lo largo de su vida, y también de más recurrencias que los hombres. Este hecho se explica en parte por la mayor esperanza de vida de las mujeres y porque la edad no es un factor de riesgo modificable; así, las mujeres viven hasta edades en las que el riesgo de ictus es mayor. De media, el ictus se presenta en las mujeres 4 años más tarde que en los hombres (75 años en las mujeres frente a 71 en los hombres).

Otros estudios también muestran que las mujeres tienen mayor tasa de mortalidad por ictus que los hombres, y que, como decíamos antes, una posible explicación sería que la edad media para el primer ictus en los hombres es de 68,6 años y para las mujeres es de 72,9 años. De hecho, hombres y mujeres menores de 45 años tienen tasas de mortalidad similares[4].

Por tanto, a medida que se envejece, la mortalidad por ictus aumenta de manera significativa, y aunque la tasa en las mujeres es menor que en los hombres de la misma edad, las diferencias van disminuyendo con los años. Una explicación clásica sobre estas diferencias sería la pérdida neuroprotectora de los estrógenos en las mujeres posmenopáusicas, que comentaremos en detalle en los próximos apartados[6].

Subtipos de ictus y etiología según el sexo

Respecto a la incidencia de ictus, los hombres presentan con mayor probabilidad ictus isquémico, mientras que las mujeres tienen más riesgo de presentar hemorragias subaracnoideas.

En cuanto a los ictus isquémicos, parece que los hombres sufren con más frecuencia ictus aterotrombóticos, mientras que los cardioembólicos son más frecuentes en las mujeres. Esto está en consonancia con el hecho de que las mujeres presentan menor frecuencia de tabaquismo y de consumo enólico, así como menos patología cardiaca isquémica, vasculopatía periférica, estenosis carotídea y aterosclerosis aórtica[1].

Otras causas arteriales de ictus isquémico más frecuentes en la mujer son la displasia fibromuscular y la disección carotídea, que pueden presentarse asociadas o no. Los estudios han demostrado que las mujeres están más afectadas de displasia fibromuscular que los hombres[5], con una proporción de 9:1.

También la trombosis de senos venosos es más prevalente en las mujeres, sobre todo en las jóvenes y de mediana edad (ratio mujer-hombre: 3:1). El factor de riesgo al que se atribuye esta diferencia de sexo es el uso de anticonceptivos orales.

Factores biológicos, dimorfismo, hormonas, genética...

Las diferencias en cuanto a sexo o género en el ictus isquémico no queda claro si se deben a un fenómeno puramente biológico, en el cual la respuesta a la isquemia cerebral y los riesgos son diferentes con respecto a los hombres (también conocido como dimorfismo del ictus), o si por el contrario pudiera existir alguna disparidad en los servicios médicos proporcionados a hombres y mujeres. Sabemos que existen una serie de factores biológicos y aspectos específicos del ictus en la mujer, que a continuación comentamos.

Hormonas sexuales

Los valores de estrógenos fluctúan en la mujer a lo largo del ciclo menstrual y descienden significativamente en la menopausia. Existen pocos estudios sobre la relación entre los valores de estrógenos endógenos y el riesgo de ictus en la mujer, y en los resultados de estos estudios podemos decir que no se ha encontrado relación entre el estradiol y el riesgo de ictus isquémico.

Las concentraciones de testosterona son más estables que las de estrógenos a lo largo de la vida de la mujer, y unos valores bajos de testosterona se han asociado con un riesgo mayor de ictus en el hombre, pero no en las mujeres. Los valores bajos de dehidroepiandrosterona, hormona adrenal involucrada en la síntesis de estrógenos y testosterona, también se han asociado con un incremento del riesgo de ictus isquémico y con mayor gravedad del ictus.

Se sabe que los estrógenos desempeñan un papel muy importante en el pronóstico del ictus, reduciendo la gravedad del infarto cerebral y regulando el tono vascular. Los estrógenos atenúan los efectos del ictus en las mujeres premenopáusicas; así, el aporte sanguíneo en las mujeres premenopáusicas es mejor que en los hombres durante y después del ictus isquémico, lo que conlleva un menor volumen del infarto[7].

Varios estudios han demostrado que el 17-beta estradiol influye directamente en la supervivencia neuronal en el ictus. Se ha demostrado que valores fisiológicos de 17-beta estradiol inhiben el daño inducido por la infrarregulación de bcl-2, resultando en un incremento de la supervivencia neuronal en la corteza cerebral. Además, se ha visto que, tras la oclusión de la arteria cerebral media, el 17-beta estradiol puede atenuar los procesos de apoptosis.

Los receptores de progesterona también están presentes en el endotelio vascular y su activación disminuye la inflamación, el edema y el estrés oxidativo, por lo que reduce el infarto cortical.

El factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1), aunque no es específico de ningún sexo, tiene efectos neuroprotectores similares a los estrógenos. Así, el descenso de IGF-1 ligado a la edad en las mujeres, en conjunción con la caída de los estrógenos en la menopausia, podría explicar la incidencia de ictus y su mayor gravedad en las mujeres mayores[8].

Edad de la menarquia

Las mujeres con una edad extremadamente temprana para la menarquia parecen presentar un mayor riesgo de sufrir ictus en la edad adulta. Se ha visto que mujeres con la menarquia a los 10 años o antes presentaban mayor riesgo de ictus a lo largo de su vida que aquellas que la tuvieron a los 13 años; sin embargo, las mujeres con menarquia a partir de los 17 años también presentaban mayor riesgo de ictus[9].

Menopausia

Se sabe que las mujeres en edad reproductiva tienen un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares que los hombres en la misma franja de edad y con el mismo estilo de vida, y que las mujeres que presentan menopausia precoz incrementan su riesgo cardiovascular. La menopausia se asocia con alteraciones del perfil lipídico, con disminución del colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL) y aumento del colesterol no HDL, lo que contribuye a la aterosclerosis. Una mayor duración de la vida reproductiva de la mujer (años entre la menarquia y la menopausia) se ha asociado con un menor riesgo cardiovascular a 10 años en las mujeres posmenopáusicas según la escala de riesgo de Framingham, así como con menor riesgo de ictus[9].

Anticonceptivos hormonales

Existen diversas formulaciones que contienen una combinación de estrógenos y progestágenos o solo progesterona, que se administran por vía oral, transdérmica o vaginal. Los contraceptivos combinados (estrógenos más progestágenos) son trombogénicos, y desde su aparición en la década de 1960 se ha ido reduciendo la dosis de estrógenos que contienen. Así, los anticonceptivos de segunda generación se han asociado con una *odds ratio* (OR)

de 2,54 (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,96-3,28) y los de tercera generación con una OR de 2,03 (IC95%: 1,15-3,57) de ictus. Los anticonceptivos que solo contienen progestágenos no se han asociado con un mayor riesgo de ictus isquémico, aunque los estudios son limitados. Los métodos de administración no orales parecen tener el mismo riesgo de ictus que las formulaciones orales. Además, el riesgo de ictus aumenta en presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, como por ejemplo el tabaquismo, las migrañas con aura y la edad mayor de 35 años. Los anticonceptivos hormonales son usados por millones de mujeres y la mayoría presenta un perfil de bajo riesgo; de hecho, el riesgo de ictus asociado a los anticonceptivos hormonales es menor que el riesgo de ictus durante el embarazo.

Por tanto, aunque está claro que existe una asociación entre los anticonceptivos hormonales y el ictus isquémico, que se magnifica si existen otros factores de riesgo de ictus, los anticonceptivos con 30 µg de estrógenos se consideran seguros y efectivos, pero en pacientes de alto riesgo debería considerarse el uso de anticonceptivos solo con progestágenos o de otros métodos de anticoncepción no hormonales[9].

Terapia hormonal sustitutiva

Los estudios prospectivos observacionales y los ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que existe un aumento del riesgo de ictus isquémico en mujeres posmenopáusicas bajo tratamiento hormonal sustitutivo. La incidencia de ictus en mujeres de 50-59 años es relativamente baja, con dos casos adicionales de ictus por 100.000 mujeres y año tomando tratamiento hormonal sustitutivo. Existe además una relación entre la dosis de estrógenos y el ictus, aumentando el riesgo con las dosis más altas. Los datos son más limitados para las formulaciones de estrógenos transdérmicas, que no se han asociado a aumento del riesgo de ictus, aunque si se analiza según la dosis, realmente solo los que contenían bajas dosis de estrógeno (≤50 µg al día de estradiol) no se asociaron con un mayor riesgo de ictus[9].

Embarazo y puerperio

El embarazo y el puerperio son situaciones fisiológicas que se asocian a un aumento del riesgo de ictus. En un amplio estudio poblacional realizado en Inglaterra se vio que la incidencia de ictus en mujeres embarazadas era nueve veces mayor que en mujeres de la misma franja de edad no embarazadas, y tres veces mayor en el posparto inmediato. El riesgo de cualquier evento trombótico, incluyendo el ictus isquémico, permanece aumentado hasta 12 semanas después del parto. La eclampsia y la preeclampsia son los factores de riesgo más importantes para el ictus isquémico y hemorrágico en el embarazo, riesgo que se ve potenciado por las infecciones del tracto urinario preexistentes, la hipertensión arterial, los estados protrombóticos y las coagulopatías. Complicaciones del embarazo como la hipertensión inducida por el embarazo, la diabetes *mellitus* gestacional y la preeclampsia se asocian a riesgo de ictus a largo plazo. En mujeres con ictus previos, el riesgo de recurrencia de ictus aumenta en el periodo periparto y en el posparto[9].

Factores genéticos

Varios estudios han señalado que existe una implicación genética significativa en el ictus isquémico, y se sabe que la carga hereditaria es mayor en las mujeres que han tenido un ictus que en los hombres, de modo que las mujeres que han sufrido un ictus tienen mayor probabilidad que los hombres de tener antecedentes familiares maternos de ictus[10].

Factores de riesgo de ictus según el sexo

La mayoría de los estudios acerca de los factores de riesgo muestran resultados similares, aunque existen diferencia geográficas; así, los hombres presentan mayor frecuencia de dislipidemia que las mujeres en Norteamérica, pero no en Europa, y la enfermedad vascular periférica también es más frecuente en los hombres que en las mujeres en Europa, pero no en Norteamérica. Esto podría deberse, en parte, a que los hombres son sometidos a exploraciones diagnósticas con mayor frecuencia que las mujeres[1].

En general, la mayoría de los factores de riesgo modificables son más frecuentes en los hombres, pero cuando consideramos solo pacientes con ictus el riesgo de presentar un ictus es mayor en las mujeres que tienen estos factores de riesgo. Por ejemplo, la hipertensión arterial y la fibrilación auricular (FA) son más frecuentes en los hombres que en las mujeres premenopáusicas, pero las mujeres que presentan estos factores de riesgo tienen un mayor riesgo de desarrollar un ictus que los hombres. Igualmente ocurre con la diabetes tipo 2, que aun siendo más frecuente en los hombres confiere mayor riesgo de ictus a las mujeres.

En una revisión sistemática que incluía 64 estudios de cohortes se vio que las mujeres con diabetes *mellitus* presentaban un 27% más de riesgo que los hombres diabéticos. El sexo femenino también aumenta el riesgo de presentar un ictus mortal en pacientes con diabetes *mellitus*. Igualmente, se sabe que la presencia de síndrome metabólico en las mujeres dobla el riesgo de ictus isquémico, y sin embargo no hay efectos estadísticamente significativos en los hombres[5,11,12].

El riesgo de desarrollar FA es 1,5-2 veces mayor en los hombres que en las mujeres, pero debido a que las mujeres viven más tiempo que los hombres y a que la prevalencia de FA aumenta con la edad, el número absoluto de mujeres con FA es mayor que el de hombres. En comparación con los hombres, las mujeres con FA presentan mayor riesgo de dependencia y recurrencia 36 meses después del ictus, tras ajustar por factores como el subtipo de ictus, la gravedad y los factores de riesgo. Las actuales guías sobre FA recomiendan el uso de la escala CHA2DS2-VASc, que incluye el sexo femenino en el cálculo del riesgo de ictus en pacientes con FA[12].

En el hombre, el tabaquismo y el abuso de alcohol son más significativos, así como la presencia de infarto agudo de miocardio previo o enfermedad arterial periférica[13]. La disminución de los valores de testosterona circulante se ha asociado con un aumento de la incidencia de ictus en los hombres tras ajustar por factores de riesgo cardiovasculares comunes. Aunque la conexión fisiopatológica entre la testosterona y el desarrollo de ictus no está clara, unos valores bajos de testosterona se han asociado a síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y patología aórtica, que a su vez son factores de riesgo independientes para el ictus.

La migraña, en especial la migraña con aura, es otro factor de riesgo de ictus isquémico, siendo este riesgo también mayor en las mujeres que en los hombres.

Finalmente, aunque el deterioro cognitivo no está incluido entre los factores de riesgo de ictus en las actuales guías de prevención primaria, los datos disponibles de numerosos estudios de cohortes apoyan la existencia de una fuerte asociación entre el deterioro cognitivo y el riesgo elevado de ictus. En ninguno de estos estudios se han examinado las diferencias por sexo, pero sabemos que la prevalencia y la incidencia de demencia son mayores en las mujeres que en los hombres[12].

Presentación clínica y retraso en la atención aguda según el sexo

Los estudios respecto a la presentación clínica del ictus según el sexo son limitados. Las mujeres suelen presentar con más frecuencia que los hombres síntomas generalizados y menos signos clásicos. Así, por ejemplo, las mujeres suelen presentar con mayor frecuencia desorientación, debilidad generalizada, alteraciones mentales, cefalea, dolor y alteración de la consciencia. Las mujeres también pueden presentar incontinencia urinaria, déficits visuales (como diplopía) y disfasia. Los hombres se presentan más frecuentemente con nistagmo y alteraciones sensoriales[11,14]. Estas diferencias en la presentación clínica entre hombres y mujeres parece que influyen en el retraso prehospitalario para la atención médica.

El tiempo que tardan en consultar las mujeres, según algunos estudios, es superior al de los hombres, aunque hay estudios que muestran lo contrario o que no encuentran diferencias significativas por sexo. Dicho posible retraso en solicitar atención en las mujeres se ha atribuido al hecho de que suelen tener presentaciones clínicas más atípicas que los hombres, lo que podría retrasar la consulta a

urgencias y además potenciar el hecho de que haya mayores errores diagnósticos. También, según varios estudios, las mujeres suelen sufrir el ictus a edades más avanzadas que los hombres y es más probable que vivan solas o estén institucionalizadas. Es evidente que el hecho de vivir solas incrementa el retraso en la atención médica.

La diferencia en las tasas de activación del servicio de emergencias médicas (SEM) también podría contribuir a las diferencias en el pronóstico del ictus según el sexo y la etnia. En un estudio que incluyó 398.798 pacientes del registro americano GWTG Stroke se objetivó que menos de un 60% de las personas con ictus fueron llevadas por el SEM, y que ello difería según la raza y el sexo: las mujeres blancas fueron las que más usaron el traslado vía SEM, y los hombres hispanos, los que menos. También se vio que la paresia, la alteración del nivel de consciencia y la afasia son los síntomas que más se asociaron al traslado vía SEM[15].

En cuanto a la atención urgente hospitalaria, en un estudio retrospectivo que incluyó personas atendidas en el servicio de urgencias hospitalarias con ictus e inicio de los síntomas menos de 6 horas antes se vio que no había diferencias según el sexo en cuanto al nivel de triaje asignado ni el tiempo hasta la realización de una tomografía computarizada o la administración de activador tisular del plasminógeno (tPA). Lo que sí se constató es que los pacientes con menor puntuación en la escala NIHSS o síntomas atípicos sí eran asignados a niveles de triaje menos graves y, por tanto, presentaban mayor demora en la atención y la realización de pruebas diagnósticas[16].

En otro estudio realizado con 29.549 pacientes con ictus del registro danés no se observaron diferencias según el sexo en la calidad de la atención aguda hospitalaria[17].

Por tanto, podemos afirmar que los protocolos en urgencias disminuyen las diferencias de tratamiento por cuestión de sexo y pueden ser una de las mejores herramientas para corregir cualquier disparidad en la atención de las mujeres con ictus.

Exploraciones diagnósticas realizadas según el sexo

Respecto a los procedimientos diagnósticos, varios estudios sugieren que hay diferencias en cuanto al número y el tipo de procedimientos diagnósticos realizados. En las pruebas diagnósticas se ha visto que las mujeres tienen menos probabilidad de que se les realice una prueba de imagen cerebral, un Doppler, una ecocardiografía y una angiografía, en comparación con los hombres de la misma edad[11].

Otro estudio también encontró que a las mujeres se les realizan menos ecocardiografías, angiografías, monitorizaciones cardiacas y estudios de lípidos; sin embargo, tras ajustar por la edad las diferencias entre hombres y mujeres no fueron significativas, excepto para el estudio de lípidos[18].

En nuestro estudio pudimos ver que las mujeres afectas de ictus presentaban con mayor frecuencia FA que los hombres, lo que explicaría la mayor frecuencia de ictus cardioembólicos en ellas. Este hecho podría explicar que los neurólogos consideren que el estudio etiológico está completo al hallar anormalidades en el ritmo cardiaco, y por tanto que las mujeres sean sometidas a menos exploraciones diagnósticas como resonancia magnética cerebral o ecocardiografía[1].

Tratamiento del ictus según el sexo

En cuanto a los tratamientos del ictus, hay estudios que muestran que las mujeres han recibido con menos frecuencia tratamientos específicos del ictus. Algunos estudios señalan que las mujeres son tratadas con menor frecuencia que los hombres con tPA y antiagregantes.

Las discrepancias en cuanto a los tratamientos se han estimado en varios estudios, en especial respecto al tratamiento trombolítico, pero los resultados no son concluyentes. En un estudio retrospectivo se vio que el sexo masculino incrementaba la probabilidad de ser tratado con tPA recombinante intravenoso[19]. Estos hallazgos son alarmantes si tenemos en cuenta que la incidencia de ictus es mayor en las mujeres. La principal razón para no tratar con fibrinólisis a

las mujeres fue el retraso en acudir debido a una presentación atípica.

Dado que las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas inespecíficos, viven solas, son sometidas a menos pruebas diagnósticas y hay importantes retrasos en la atención médica, se reduce la posibilidad de tratamientos dependientes del tiempo.

También hay estudios que indican que los hombres suelen ingresar con mayor frecuencia en unidades de ictus que las mujeres, aunque sea en estancias cortas.

Igualmente, las mujeres reciben con menor frecuencia tratamiento profiláctico de la trombosis venosa profunda a las 48 horas del ictus[20].

En cuanto a los tratamientos específicos, hay estudios que muestran que las mujeres son sometidas a menos endarterectomías carotídeas que los hombres, aunque esto es debatido en otros estudios, en los que se atribuye esta diferencia al hecho de que las mujeres presentan mayor riesgo perioperatorio que los hombres. Además, otros estudios han mostrado que solo las mujeres y los hombres mayores de 70 años con estenosis carotídeas sintomáticas tratadas obtienen beneficios similares a largo plazo. En las mujeres con estenosis del 50-69% no hay beneficio, por lo que no es un tratamiento que se plantee en estos casos[21].

En un estudio se analizaron 1.700.000 pacientes tratados/as con *stent* carotídeo o con endarterectomía en 14 años. El mayor hallazgo fue que en pacientes con idénticos factores de riesgo y enfermedad carotídea, tanto sintomática como asintomática, con implante de *stent,* el sexo femenino fue una variable importante asociada a peor pronóstico, incluyendo mayor riesgo de ictus y de mortalidad hospitalaria. Las mujeres presentaban mejor pronóstico si eran tratadas con endarterectomía[22].

Tenemos, por tanto, mucha información complementaria y a veces contradictoria que hemos de analizar e interpretar de la forma más correcta para que los resultados nos permitan hacer recomendaciones sobre el uso de angioplastia o endarterectomía según el perfil y el sexo del paciente.

Diferencias en prevención secundaria según el sexo

Aunque las mujeres reciben con menor frecuencia tratamiento antiagregante con ácido acetilsalicílico, se sabe que este reduce el riesgo de ictus isquémico en mujeres y que tiene mínimos efectos en los hombres. Se desconoce a qué se debe, pero algún estudio apunta a que las hormonas sexuales interaccionan en las vías de la trombosis[20,23].

Al igual que con el ácido acetilsalicílico, el tratamiento anticoagulante con warfarina también se ha usado con menor frecuencia en las mujeres al ingreso y al alta, aunque en las mujeres con ictus secundario a FA reduce de forma importante el riesgo de ictus en comparación con los hombres[5].

En cuanto a los nuevos anticoagulantes orales, no se han hallado diferencias en la eficacia según el sexo. Sin embargo, en un estudio se ha visto que las mujeres recibían con mayor probabilidad dosis bajas de dabigatrán (110 mg) incluso tras ajustar por la edad y la comorbilidad. Dado que se ha demostrado que son las dosis más altas de dabigatrán (150 mg) las que son superiores a la warfarina, podríamos estar infratratando a estas mujeres porque no reciben las dosis adecuadas para la prevención del ictus[12].

En nuestro metaanálisis encontramos que las mujeres recibieron menos tratamiento antiagregante y menos estatinas, de forma significativa. Resulta también curioso que las mujeres tengan las mismas tasas de tratamiento con warfarina que los hombres cuando según nuestros resultados debería ser más alta la tasa de mujeres tratadas con warfarina. Por otra parte, los tratamientos de prevención secundaria deberían darse por igual en ambos sexos e independientemente de la edad.

Pronóstico según el sexo

Existen estudios con resultados contradictorios acerca de si existen diferencias en la supervivencia y la gravedad del ictus entre hombres y mujeres. Es posible que esto se deba al diseño de los estudios, ya que son muy variados y con muchas variables de confusión, y a veces no recogen adecuadamente la gravedad del ictus, los condicionantes previos al ictus o si

realmente el ictus es la causa de la muerte.

En general, las mujeres presentan ictus más graves y una estancia hospitalaria más larga, tienen una mayor tasa de mortalidad y, si sobreviven, un porcentaje mayor que en los hombres quedan discapacitadas, lo que resulta en una menor calidad de vida tras el ictus[5,24].

La limitación en las pruebas diagnósticas y en los tratamientos podría contribuir a un peor pronóstico. Esto resulta inquietante especialmente cuando se ha visto que las mujeres han presentado respuestas al tPA al menos tan buenas como los hombres.

En un estudio realizado por Dehlendorff et al.[13], tras ajustar por factores cardiovasculares, tipo de ictus, estado marital y nivel socioeconómico, se vio que las mujeres mayores de 60 años presentaban ictus más graves. En cuanto a la mortalidad, en la primera semana tras el ictus hubo 5,5 muertes, de las cuales por causa del ictus fueron el 4,2%. En el primer mes hubo un 9,9% de muertes y por causa del ictus fueron el 6,9%. El ictus fue la causa de muerte en el 76% de los casos en la primera semana y en el 70% en el primer mes. El riesgo de muerte por ictus en el primer mes sin ajustar por ninguna variable fue mayor en las mujeres de 50 a 85 años, pero no fue significativo tras ajustar por la gravedad del ictus y su tipo, el nivel socioeconómico y los factores cardiovasculares. Después de los 65 años de edad, el riesgo de muerte en los hombres tiende a crecer gradualmente, sobre todo a mitad de los 70 años, superando al de las mujeres. Por subtipos de ictus (isquémico/hemorrágico) se ve la misma tendencia de mayor supervivencia en las mujeres. El estudio demuestra diferencias según el sexo en cuanto a la gravedad del ictus y la supervivencia. Con pequeñas diferencias en jóvenes, las mujeres añosas tienen ictus más graves, pero es más probable que sobrevivan. Se concluye, por tanto, que la gravedad es el determinante más importante en la supervivencia a corto plazo tras el ictus[13].

Los valores bajos de testosterona circulante en los hombres a partir de los 65 años de edad se asocian a más muertes por cualquier causa, aunque principalmente cardiovascular. Ello podría influir en la fase aguda del ictus, ya que está en relación con las concentraciones de glucosa, la resistencia a la insulina, los lípidos, las citocinas inflamatorias y el tono vascular.

En cuanto al destino al alta, los hombres suelen ser dados de alta al domicilio con mayor frecuencia, mientras que las mujeres son derivadas a centros de crónicos[25].

Por otra parte, las mujeres presentan con más frecuencia depresión tras el ictus que los hombres, lo que podría deberse a que tienen menos soporte social que los hombres y suelen vivir solas, en comparación con los hombres de la misma edad[26,27]. De hecho, se sabe que las mujeres añosas son más vulnerables a la soledad y al aislamiento social, y tienen menor soporte social y redes sociales más limitadas que los hombres. Las mujeres mayores de 75 años presentan al menos el doble de probabilidad de vivir solas que los hombres de su franja de edad (46% de mujeres frente a 23% de hombres), lo cual, como ya hemos visto, influye en el retraso en la llegada al hospital y en la administración de tratamientos que dependen del tiempo, y por tanto en el pronóstico. Hay un estudio[28] que muestra que realmente el aislamiento social, y no el vivir solo, se asocia con un incremento del 40% en el riesgo de evento cardiovascular y muerte, ya que vivir solo supone un marcador de independencia y de mejor estado de salud en la gente mayor.

Aunque la tasa de ingresos en centros de rehabilitación es similar en hombres y mujeres, ellas presentan menor tasa de recuperación funcional tras el ictus[20].

Respecto a las secuelas y la recuperación existen evidencias claras de que las mujeres, tras el ictus, tienen más limitaciones en su actividad diaria (medido con la escala de Rankin modificada o índice de Barthel), peor calidad de vida relacionada con la salud (escala HRQoL) y mayor prevalencia de depresión que los hombres. El estado de salud previo al ictus también desempeña un papel importante en cuanto a las diferencias por sexo en la recuperación, y no solo la comorbilidad cardiovascular, sino también la musculoesquelética (p. ej., artrosis, osteoporosis, etc.). También el deterioro cognitivo previo y los trastornos mentales, que son más prevalentes en

las mujeres que en los hombres, en parte por la mayor edad de la mujer en el momento de la presentación del ictus, podrían estar mermando aún más las capacidades físicas y las reservas cognitivas que son relevantes para enfrentarse al proceso de recuperación[27].

También se ha expuesto que los factores socioeconómicos pueden influir en el pronóstico y la recuperación tras un ictus, ya que las mujeres mayores suelen presentar un menor nivel socioeconómico que los hombres, pero actualmente no existen evidencias científicas claras que lo apoyen[27].

Conclusión

Parece que los sistemas de salud podrían no estar ofreciendo el mejor arsenal diagnóstico y terapéutico a las mujeres con ictus. De hecho, a las mujeres se les realizan menos pruebas diagnósticas en la fase aguda del ictus y son tratadas con menor frecuencia con tPA, antiagregantes y anticoagulantes que los hombres. Afortunadamente, los estudios parecen mostrar que esta situación se está normalizando gracias a la estricta adherencia a las guías de práctica clínica, por lo que está en nuestras manos realizar un cambio en la atención a las mujeres que sufren un ictus, que es la enfermedad que más las mata y discapacita en nuestro entorno.

Por todo ello, proponemos que cada área sanitaria debe hacer un esfuerzo por identificar y corregir este desequilibrio asociado al sexo al proporcionar atención médica, diagnóstico y tratamiento a las mujeres que sufren un ictus.

Debate

Eugenia Gil: El infarto cerebral es un claro ejemplo de cómo a una enfermedad prevalente en las mujeres no se le da la importancia que se merece. Desde mi punto de vista, deberíais incluir también en vuestra investigación la perspectiva de género. Además, habría que repensar y mirar de nuevo los síntomas focales de la enfermedad. En cuanto al relato, existe mucha literatura que dice que las mujeres contamos las cosas de forma distinta, y eso se refleja en la manera de expresarnos ante el personal clínico.

Joan Montaner: Me parece muy interesante lo que has comentado, ya que se trata de una enfermedad muy grave; es cierto que hay casos leves, pero en otros, por ejemplo una persona que no puede hablar y que está hemipléjica, no hay dudas en su diagnóstico. Siguiendo el hilo de las diferencias en cómo se expresan hombres y mujeres, la mujer explica mejor qué le sucede a su marido en urgencias o reivindica más nuestra atención, pero cuando la situación es al revés (la mujer enferma) esta situación es diferente. Tal vez es un tema del acompañante y sería muy interesante estudiarlo.

Eugenia Gil: El efecto del compañero aparece continuamente.

María Teresa Ruiz Cantero: Hace años, un colega hizo una tesis doctoral sobre la validez de los certificados de defunción y averiguó que las mujeres morimos más de paro cardiaco, porque cuando no se sabe la causa del fallecimiento se asume que es por paro cardiaco; así, llegó a la conclusión de que las mujeres moríamos de inespecificidad. No sé si deberíamos hablar de los síntomas inespecíficos, porque tal vez si indagáramos más ya no se diría que son inespecíficos, sino que serían específicos de las mujeres.

Joan Montaner: Es una reflexión muy interesante. Deberíamos quitar la etiqueta de inespecífico cuando no encaje a la perfección en el patrón típico, y deberíamos investigar más estos síntomas supuestamente inespecíficos. Sería un ejercicio interesante, como la propuesta de la charla anterior de incluir apartados específicos sobre perspectiva de género en los capítulos de los libros de referencia.

Raúl Mercer: También se podría aplicar en el caso de los patrones atípicos.

Mar Blasco: Me parece muy buen análisis, pero me ha sorprendido mucho el patrón norte-sur que existe.

¿Cómo se explicaría? ¿Tiene que ver con los ingresos, con las diferencias en el sistema sanitario entre las comunidades autónomas? ¿En algún momento se han comparado las mujeres del norte con las del sur?

María Teresa Ruiz Cantero: También podría estar relacionado con el desarrollo del indicador de género, que está más desarrollado en el norte que en el sur.

Joan Montaner: Aún sabemos poco. Sabemos que en el sur hay más pobreza y muchos aspectos que dependen del nivel socioeconómico:
la adherencia, los factores de riesgo cardiovasculares, o tener controladas la hipertensión, la diabetes y la lipidemia. También hay menos recursos sanitarios de forma directa; en Andalucía todavía tenemos tres hospitales sin unidades de ictus, por ejemplo. Aparte de los factores norte-sur y socioeconómico, también debe haber otros que desconocemos y que estamos estudiando, como es el caso del «cinturón del ictus» y de algunas zonas atlánticas (Galicia, Portugal, una zona de Estados Unidos) donde la incidencia es mayor. En cuanto a la distribución, en nuestro país la proporción de mujeres y hombres en este cinturón del ictus es igual.

María Teresa Ruiz Cantero: Nosotros hemos hecho estudios sobre cómo se asocia el indicador «desarrollo de género» con las prescripciones de analgésicos y con el factor «dolor» como control, y la conclusión es que se sigue prescribiendo más analgésicos a las mujeres que a los hombres. Y se prescribe más en las comunidades autónomas con menor desarrollo de género, que es un indicador compuesto que incluye los ingresos, la educación y la esperanza de vida. Nos podemos plantear en qué medida, en una comunidad que tenga un menor desarrollo de género, existe más frecuencia de ictus; esto podría estar relacionado con un contexto sexista.

Joan Montaner: Es una reflexión muy interesante. Creo que debe tener relación, y si esta enfermedad tiene impacto en la salud y el coste, tenemos que discriminar positivamente lo que estamos haciendo. Cuando comparamos los países de Europa y los Estados Unidos con otros países menos desarrollados, en los cuales no hay estudios de este tipo y las tasas de mortalidad son más altas, supongo que sí, que estas diferencias están relacionadas con nuestro nivel cultural, y el de nuestros médicos y médicas.

Judith Usall: Mi reflexión iba en la línea de que el concepto de «típico» es de hombre y el de «atípico» es de mujer. Cuando hablábamos de qué habría que hacer idealmente en los libros de medicina tal vez deberíamos ir mucho más allá y no hablar sobre un tema y después añadir el apartado sobre la mujer, porque esto tiene que ver con el androcentrismo. Deberíamos decir qué hay en común y después lo específico de mujeres y de hombres.

María Teresa Ruiz Cantero: Tras el estudio que hemos hecho en el campo de las cardiopatías hemos llegado a la conclusión de que hay tres categorías: los problemas específicos de las mujeres, los problemas específicos de los hombres y los problemas que erróneamente se consideran comunes (o diferentes) a mujeres y hombres.

Judith Usall: Pero que no son comunes, sino más bien de los hombres. Como ideal esperaría que se acabase con la etiqueta de «específicos de la mujer» como única variante, y categorizar como enfermedades generales específicas de hombres y específicas de mujeres.

Joan Montaner: Estoy de acuerdo; el impacto en el caso del ictus sería en el patrón general.

Ana Belén Espejo: Retomando las diferencias norte-sur, actualmente hay una diferencia per cápita de 500 euros en gasto sanitario entre el País Vasco y Andalucía. Hay otras variables correlacionadas con el género, como los recursos, las situaciones socioeconómicas y la accesibilidad de los servicios. Nuestra práctica diaria ha cambiado en cuanto al tiempo y a la utilización de ordenadores; cada vez dedicamos menos tiempo a escuchar a las mujeres y más tiempo a rellenar registros que no explotamos. Deberíamos analizar cómo es el sistema de prestaciones, la falta de coberturas, el paso de una ley universal de coberturas a una de aseguramiento, y cómo afecta a la atención de las poblaciones menos favorecidas, como la inmigrante y la desempleada, en muchos casos formadas por mujeres.

Joan Montaner: Estoy de acuerdo; pasamos más tiempo delante del

ordenador, pero también creo que es una gran oportunidad, pues el análisis de bases de datos y los nuevos sistemas de información deberían ser capaces de alertarnos de que un paciente no ha recibido la medicación que tocaba. Tal vez estos sistemas sean los que obvien la visión preconcebida que tenemos de hombre y mujer, y sean capaces de alertarnos de nuestros errores. Es una gran oportunidad.

Ana Belén Espejo: Pero en tu caso, ¿tienes integrada la lista de comprobación de síntomas en tu historia clínica digital?

Joan Montaner: No, no la tengo integrada, pero debería, y es hacia donde tendríamos que dirigirnos. Puede ser una oportunidad, pero debemos hacer un uso inteligente de los recursos.

Lucero A. Juárez-Herrera: En nuestra investigación sobre la calidad de la atención sanitaria vimos que los pacientes se quejaban de que los profesionales médicos no les miran a los ojos cuando les atienden, porque están más centrados en el ordenador. Hay investigaciones que muestran que existen diferencias dependiendo del sexo de los médicos y de los pacientes. Y también hay una atención diferenciada del mismo personal médico cuando se trata de una consulta privada. Hay que contemplar todos estos matices y los determinantes sociales de la salud. Algunos artículos realizados en los Estados Unidos nos muestran claramente que médicamente no se trata del mismo modo a la población hispana y afroamericana, ni tampoco tienen los mismos indicadores en salud.

Bibliografía

1. Giralt D, Domingues-Montanari S, Mendioroz M, Ortega L, Maisterra O, Perea-Gainza M, et al. The gender gap in stroke: a meta-analysis. Acta Neurol Scand. 2012;125:83-90.
2. Healy B. The Yentl syndrome. N Engl J Med. 1991;325:274-5.
3. Carandang R, Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, Kase CS, Kannel WB, et al. Trends in incidence, lifetime risk, severity, and 30-day mortality of stroke over the past 50 years. JAMA. 2006;296: 2939-46.
4. Appelros P, Stegmayr B, Terent A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. Stroke. 2009;40:1082-90.
5. Girijala RL, Sohrabji F, Bush RL. Sex differences in stroke: review of current knowledge and evidence. Vasc Med. 2017;22:135-45.
6. Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. Lancet Neurol. 2008; 7:915-26.
7. Krause DN, Duckles SP, Pelligrino DA. Influence of sex steroid hormones on cerebrovascular function. J Appl Physiol (1985). 2006;101:1252-61.
8. Sohrabji F. Estrogen-IGF-1 interactions in neuroprotection: ischemic stroke as a case study. Front Neuroendocrinol. 2015;36:1-14.
9. Demel SL, Kittner S, Ley SH, McDermott M, Rexrode KM. Stroke risk factors unique to women. Stroke. 2018;49:518-23.
10. Touze E, Rothwell PM. Sex differences in heritability of ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. Stroke. 2008;39:16-23.
11. Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, Pracucci G, Basile AM, Wolfe CD, et al. Sex differences in the clinical presentation, resource use, and 3-month outcome of acute stroke in Europe: data from a multicenter multinational hospital-based registry. Stroke. 2003;34:1114-9.
12. Madsen TE, Howard VJ, Jiménez M, Rexrode KM, Acelajado MC, Kleindorfer D, et al. Impact of conventional stroke risk factors on stroke in women: an update. Stroke. 2018;49:536-42.
13. Dehlendorff C, Andersen KK, Olsen TS. Sex disparities in stroke: women have more severe strokes but better survival than men. J Am Heart Assoc. 2015;4(7):e001967.
14. Jerath NU, Reddy C, Freeman WD, Jerath AU, Brown RD. Gender differences in presenting signs and symptoms of acute ischemic stroke: a population-based study. Gend Med. 2011;8:312-9.
15. Mochari-Greenberger H, Xian Y, Hellkamp AS, Schulte PJ, Bhatt DL, Fonarow GC, et al. Racial/ethnic and sex differences in emergency medical services transport among hospitalized US stroke patients: analysis of the national get with the guidelines-stroke registry. J Am Heart Assoc. 2015;4:e002099.

16. Madsen TE, Choo EK, Seigel TA, Palms D, Silver B. Lack of gender disparities in emergency department triage of acute stroke patients. West J Emerg Med. 2015;16:203-9.
17. Palnum KD, Andersen G, Ingeman A, Krog BR, Bartels P, Johnsen SP. Sex-related differences in quality of care and short-term mortality among patients with acute stroke in Denmark: a nationwide follow-up study. Stroke. 2009;40:1134-9.
18. Gargano JW, Wehner S, Reeves M. Sex differences in acute stroke care in a statewide stroke registry. Stroke. 2008;39:24-9.
19. Reed SD, Cramer SC, Blough DK, Meyer K, Jarvik JG. Treatment with tissue plasminogen activator and inpatient mortality rates for patients with ischemic stroke treated in community hospitals. Stroke. 2001;32:1832-40.
20. McDermott M, Lisabeth LD, Baek J, Adelman EE, Garcia NM, Case E, et al. Sex disparity in stroke quality of care in a community-based study. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017;26: 1781-6.
21. Alamowitch S, Eliasziw M, Barnett HJ; North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET); ASA Trial Group; Carotid Endarterectomy (ACE) Trial Group. The risk and benefit of endarterectomy in women with symptomatic internal carotid artery disease. Stroke. 2005;36:27-31.
22. Dua A, Romanelli M, Upchurch GR Jr, Pan J, Hood D, Hodgson KJ, et al. Predictors of poor outcome after carotid intervention. J Vasc Surg. 2016;64:663-70.
23. Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F, Pangrazzi I, Tognoni G, Brown DL. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA. 2006;295:306-13.
24. Gall SL, Donnan G, Dewey HM, Macdonell R, Sturm J, Gilligan A, et al. Sex differences in presentation, severity, and management of stroke in a population-based study. Neurology. 2010;74:975-81.
25. Gargano JW, Reeves MJ; Paul Coverdell National Acute Stroke Registry Michigan Prototype Investigators. Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry. Stroke. 2007;38:2541-8.
26. Poynter B, Shuman M, Díaz-Granados N, Kapral M, Grace SL, Stewart DE. Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: a systematic review. Psychosomatics. 2009;50: 563-9.
27. Gall S, Phan H, Madsen TE, Reeves M, Rist P, Jiménez M, et al. Focused update of sex differences in patient reported outcome measures after stroke. Stroke. 2018;49:531-5.
28. Boden-Albala B, Litwak E, Elkind MS, Rundek T, Sacco RL. Social isolation and outcomes post stroke. Neurology. 2005;64:1888-92.

Debate general (I)

Eliseo Pascual: Los médicos y las médicas como colectivo, así como los colegios profesionales, deberían oponerse ante las autoridades sanitarias a los tiempos de consulta, explicándoles que en 10 minutos no se puede ver a un enfermo, y deberíamos idear una manera para que alargar estos tiempos fuera eficiente. Me hubiese gustado hacer un ensayo clínico para comparar el funcionamiento normal de un centro de salud y el de un centro donde diera tiempo a los médicos para intentar llegar a un diagnostico sólido empleando menos pruebas innecesarias y muchas veces caras.

Victoria Toro: Durante la charla sobre ictus has explicado que muchos de vuestros colegas varones todavía van a hablar con el hombre del grupo antes que con la jefa de servicio; eso es una clara discriminación porque es su colega y no la tienen en cuenta. ¿Creéis que con los enfermos ocurre lo mismo, que los médicos varones tratan peor a las mujeres que a los hombres porque las discriminan y las tienen menos en cuenta?

Joan Montaner: Mi impresión es que sí, que hay sexismo entre los profesionales, y lo vemos cada día. También creo que esto se traslada tanto a médicos como a médicas hacia el paciente, y también que tal vez hacemos más caso a los pacientes varones que a las pacientes mujeres, y de hecho en todas las charlas que ha habido hasta ahora se han visto estas diferencias en la atención médica, que no tienen que ver con las diferencias biológicas.

Raúl Mercer: Debemos aprovechar la oportunidad que nos ofrece la situación actual; un paradigma tarda 30 años en cambiar, ¿pero de qué manera vamos a transformar lo que estamos discutiendo en una realidad en la práctica cotidiana? El hecho de que la población exija es también una expresión de la capacidad de agencia, una demanda o una forma de cuestionar el sistema. Podemos celebrar que la población pueda exigir, ¿pero qué capacidad de escucha tenemos para reconocer estas exigencias y abordarlas? Debemos entender estas diferencias de un modo justo y no abordar estos cambios como un ataque a nuestra autoestima como personal médico.

Lucero A. Juárez-Herrera: Hay algunas investigaciones sobre la pérdida de voz o de exigencia tanto en el personal médico como en los pacientes, y concluyen que quien pierde más voz es quien padece la enfermedad, y dentro de este grupo las mujeres. Me causa resquemor cuando dicen que las mujeres necesitan más tiempo para expresar sus malestares, cuando las investigaciones afirman que las mujeres han perdido más voz en la relación personal médico-paciente.

Rosa Magallón: A raíz de los comentarios sobre los derechos exigibles, y de las pruebas diagnósticas caras e innecesarias, debemos tener en cuenta la influencia de los medios de comunicación y los derechos exigibles mal entendidos, cuando los pacientes demandan pruebas porque lo han visto en Internet. Por otro lado, me cuesta entender cómo el concepto de 10 minutos por visita está tan arraigado en la sociedad; nos gastamos miles de euros en tecnologías y no invertimos en médicos y médicas, enfermeros y enfermeras, para dedicar más tiempo a los pacientes.

Mar Blasco: Hay una historia sobre el trato diferencial entre los propios compañeros y compañeras. Ben Barres, que falleció recientemente, era un transgénero hombre, neurocientífico de profesión. Hasta los cuarenta y tantos años fue mujer y luego hizo la transición a hombre. Él mismo comentaba que los hombres que no sabían que había sido una mujer anteriormente no le interrumpían al hablar. Tuvo una carrera brillante, y en la primera conferencia que hizo como hombre, uno de los profesores dijo "Qué bien se explica y qué bien expone su caso, no como su hermana Barbara"; la hermana Barbara era él. A la palabra de la mujer, en general, se le da menos valor.

Eliseo Pascual: Ahora, en las facultades de medicina hay un 75-80% de mujeres, con lo cual esto es cuestión de unos pocos años más, espero.

María Teresa Ruiz Cantero: No estoy de acuerdo. Es cierto que tratamos a los pacientes de manera individual, pero creo que hay que tratar la desigualdad de género como un fenómeno global. La gente es vulnerable y siente que tiene poca capacidad de agencia. Después de someterse a una intervención médica, muchas mujeres decían que no supieron identificar los

síntomas de su enfermedad (como el infarto) porque no tenían la información necesaria. Todas estas cuestiones no son individuales; sí que ocurren de manera individual, pero el abordaje no debe ser de índole individual, sino global, y además hay que politizarlo.

Lucero A. Juárez-Herrera: El concepto del «*habitus*», los esquemas de pensamiento y las percepciones que todos tenemos, es importante. Cuando entrevistamos a médicos y médicas observamos que había preguntas que detonaban el *habitus* de género; sin embargo, había otras preguntas en las que las médicas recurrían al *habitus* profesional o médico. Hay investigaciones que afirman que existen diferencias en la atención médica cuando el personal médico es hombre o mujer, pero también hay otros estudios que argumentan que no hay diferencias en la atención médica cuando se recurre a este *habitus* profesional.

Eliseo Pascual: Hemos hablado de guías y de recomendaciones, y en mi opinión, los residentes los deberían tener prohibidos durante la formación porque necesitan entender lo que hacen. Tal como se está haciendo la formación ahora, los residentes creen que saben atender a un paciente porque se saben la recomendación, y están perdiendo el hábito de pensar. Es un error grave, ya que la biología es diversa y los pacientes tendrán problemas muy peculiares, y los residentes deberán saber nadar entre los esquemas y conocer qué sirve y qué no sirve en cada momento.

Michele Catanzaro: ¿Qué influencia tienen las desigualdades de género en la economía de la salud? En varias ponencias se ha repetido el comentario de la injusticia, pero este trato desigual tiene un coste. Sería interesante saber si en esta mesa hay alguien que pudiera calcular este coste, principalmente como incentivo para los políticos. ¿O bien creéis que sería peligroso hacerlo?

María Teresa Ruiz Cantero: Sería interesante. Sin embargo, la ganancia económica a veces es difícil de calcular, porque para algunas enfermedades los hombres trabajan más que las mujeres en el sector productivo remunerado y, en números totales, la baja laboral de estos pacientes cuesta dinero, mientras que la baja de las mujeres que se dedican al trabajo reproductivo no cuesta dinero, pero una vez diagnosticadas suelen necesitar tratamientos biológicos, que son muy caros. En este caso, cuando se diagnostica a los hombres el coste es económico, pero cuando se diagnostica a las mujeres el coste es elevado. Me pregunto si los protocolos servirían más para un grupo de enfermedades que para otras; quizá en las agudas sí nos servirían más estos protocolos diferenciados.

Joan Montaner: Me gusta la reflexión sobre definir los síntomas de una enfermedad, generales y comunes, en mujeres y hombres, y después tener diferenciados los síntomas específicos de mujeres y de hombres. El hecho de tener protocolos para tomar decisiones es una buena idea, pero creo que lo ideal sería no saber si se está atendiendo a un hombre o a una mujer en un primer momento. En general, creo que necesitamos unos protocolos clarísimos y sobre todo politizarlos, ya que en todas las ponencias hemos visto el mismo problema. Hay que tomar el mismo camino que con la brecha salarial, el trabajo en casa, etc.

Eliseo Pascual: Estoy absolutamente de acuerdo en que para situaciones concretas agudas tiene que estar protocolizado, igual que una operación quirúrgica está protocolizada.

Eugenia Gil: Es necesario incorporar la importancia de la política, e incorporar la investigación para modificar la política, y que se incorpore en la agenda política. Un claro ejemplo es el del tabaco. Cuando se empezaron las investigaciones sobre el tabaco, se incorporaron enseguida en la política y fue posible cambiar muchos aspectos. Pero aún nos faltan muchas investigaciones por hacer y que nos pueden llevar a modificar muchas más políticas.

Raúl Mercer: El caso del tabaco es un ejemplo porque pasaron 40 años entre la aparición de la evidencia de que el tabaco es nocivo para la salud y el establecimiento de un marco político para abordar el problema. Si calculáramos el número de afectados por el uso del tabaco (personas con asma o enfisema, retrasos en el desarrollo uterino, muertes por cáncer de pulmón), ha caído mucha gente por el camino. Durante esos 40 años hubo

intereses políticos de la industria tabacalera y de otras industrias, por lo que habría que averiguar qué otros intereses hay para que estas desigualdades no salgan a la luz o no se aborden.

Judith Usall: ¿Cuáles crees que son esos intereses que están parando estas investigaciones?

Raúl Mercer: Todo el campo de la prevención cuaternaria es un claro ejemplo de cómo la industria farmacéutica, salvo algunas excepciones, tiene intereses más allá de tratar enfermedades. Se crean nuevas patologías y nuevos medicamentos para enfermedades inexistentes. Hay una discusión ideológica sobre si la salud es un derecho o una mercancía. En el caso del tabaco, el papel de la industria es muy claro y se estudia en las universidades del norte: en Argentina, la industria tabacalera tiene más poder ejecutivo que el presidente del país; a través de *lobbys* de presión pudieron frenar una ley para prohibir el tabaco en los espacios públicos y las imposiciones retributivas.

Victoria Toro: Pero en el caso de la medicina, ¿cómo beneficia a la industria farmacéutica que existan desigualdades de género? Y que además se mantengan.

Raúl Mercer: En la industria farmacéutica, hay ciertos medicamentos que, siendo el mismo producto, tienen un precio distinto en función de si son para hombres o para mujeres. Es el caso de algunos productos dermatológicos, o analgésicos, que los que son «para mujeres» son iguales que los que son para hombres, pero por el simple hecho de ser para mujeres tienen mayor coste.

Rosa Magallón: El *disease mongering,* la creación de nuevas enfermedades para generar mercado, es un campo en el que la industria farmacéutica está muy interesado: hay una sobreprescripción para la osteoporosis, y ahora también habría mercado para la osteoporosis masculina, y la calvicie masculina se trata como si fuera una enfermedad. Desde la política habría que luchar contra el *disease mongering* y financiar solo aquellos medicamentos que demuestren efectividad. La industria hace su trabajo, pero son los políticos quienes deben decidir rechazar el beneficio económico que pueden aportar los tratamientos de estas «nuevas enfermedades». La evidencia más clara del ahorro es que, cuanto antes se diagnostica, menos repercusión en la paciente y menor coste médico posterior hay.

Joan Montaner: En muchas ocasiones la industria intenta que un fármaco funcione utilizando grupos muy homogéneos, en este caso utilizando animales machos en investigación o bien con la representación de hombres en los ensayos clínicos, etc. De este modo hay más posibilidades de demostrar que algo funciona, pero después no es aplicable a todo el mundo. Una oportunidad para enmendar esta práctica es que los sistemas públicos paguen a las industrias farmacéuticas cuando un fármaco funciona; quizá eso les haga reflexionar sobre cómo se realizan las investigaciones de nuevos fármacos y cómo se demuestra su eficacia en los ensayos clínicos.

Lucero A. Juárez-Herrera: En 2004, Izabella Rohlfs publicó un estudio sobre sesgos de género en la enfermedad cardiovascular, pero desde el punto de vista del análisis de los costes. El cuerpo de la mujer es el más instrumentalizado. Sin embargo, el estudio concluye que se invierte mucho más en las mujeres, pero solo en cirugía estética, bariátrica, etc., en procedimientos que son fruto de una construcción social del cuerpo de las mujeres. Sin embargo, cuando se trata de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, se invierte menos. Este estudio es muy interesante porque analiza en qué invierte la industria farmacéutica.

Mar Blasco: Otro ejemplo de la influencia de la industria es el caso de las prótesis de rodilla. La industria farmacéutica decidió fabricar dos tipos de prótesis alegando diferencias morfológicas, una para hombres y otra para mujeres, aumentando los costes de ambas. Al cabo de un tiempo evaluaron los efectos secundarios y se dieron cuenta de que no existían tantas diferencias entre las dos prótesis. En el proyecto internacional *Gendered Innovations* se planteó la idea de que en los Estados Unidos, debido a su sistema sanitario y a las coberturas de los seguros médicos, muchas personas

quedaban excluidas para ser candidatas a recibir una prótesis de rodilla porque el coste de esta era mucho mayor debido a esa doble fabricación de prótesis. Se preguntan por qué tienen una crisis de opiáceos, pero si una persona no se puede operar la rodilla y tiene un nivel sociocultural y económico determinado, el médico directamente le receta opiáceos.

Ángel Gasch: Otro ejemplo de por qué interesa mantener los sesgos de género tiene que ver con el control del cuerpo de las mujeres y de los cuerpos de aquellas personas que en la jerarquía de género se sitúan en posiciones inferiores o menos valoradas. Uno de estos ejemplos son los hombres que tienen sexo con hombres y la profilaxis preexposición al VIH. Es cierto que la medicación que se usa está indicada para un grupo concreto, pero mi percepción es que medicalizar un grupo significa controlarlo, pero también controlar cómo y en qué se gasta el dinero. Se perpetúan las desigualdades de género porque existe un interés económico por detrás respaldado por un interés sociocultural, es decir, se convence a la población de la necesidad de medicar a este grupo de personas.

Eugenia Gil: Yo no creo que haya un interés en mantener los sesgos de género, ni si quiera en la industria farmacéutica. El hecho de que aún haya sesgos de género tiene que ver con el tipo de sociedad que tenemos, que se rige por un sistema sexo-género que se establece en casi todas las sociedades. Este sistema nos afecta a todos y todas, y un ejemplo es que las médicas también piensan desde el punto de vista androcéntrico. Desde una óptica positiva, creo que gracias al empoderamiento que estamos viendo ahora tendremos más posibilidades para cambiar esta situación.

Estigma y salud mental en las personas mayores de 65 años desde la perspectiva de género

Berta Ausín

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid

Resumen

MentDis_ICF65+ es un estudio epidemiológico europeo acerca de los trastornos mentales en las personas mayores, de entre 65 y 84 años. Se presentan aquí algunos de los resultados de prevalencia de los trastornos mentales, uso de servicios y barreras para la asistencia de las personas mayores a los servicios de salud mental y sus diferencias por género, y se revisan las diferencias por género en las muestras que emplean los estudios de eficacia de los tratamientos. A una muestra aleatoria de 3142 personas de 65 a 84 años, de diferentes ciudades europeas, se administró la CIDI65+. Los cálculos de las tasas de prevalencia y de las razones de riesgo se han realizado con las frecuencias de la muestra, ponderadas por sexo y edad. Alrededor de una de cada tres personas mayores ha sufrido un trastorno mental en el último año, y se observan grandes diferencias por género tanto en las tasas de prevalencia como en el uso de los servicios de salud mental. El estigma y el edadismo parecen ser una barrera para el acceso a los servicios. Los estudios de eficacia de los tratamientos para la depresión en personas mayores emplean en la mayoría de los casos muestras de mujeres. Se concluye que las personas mayores de 65 años con un trastorno mental pueden sufrir un estigma social y personal (autoestigma), además de un estigma asociado a la edad (edadismo) y una posible discriminación de género en el caso de algunos tratamientos.

Palabras clave: epidemiología, estigma, personas mayores, salud mental, trastornos mentales, uso de servicios.

Introducción

El objetivo del estudio MentDis_ICF65+ *(Salud y bienestar de las personas entre 65 y 84 años en Europa)*[1-8] es conocer los datos de prevalencia de los trastornos mentales en la población europea de personas mayores de 65 años y el uso que de los servicios de salud mental hacen las personas mayores. Los estudios epidemiológicos de salud mental en las personas mayores son muy escasos y muestran una importante heterogeneidad[9,10]. Además, los estudios publicados presentan problemas metodológicos[10-13], como por ejemplo la utilización de instrumentos diagnósticos no adaptados a las personas mayores. En cuanto a la necesidad de conocer el uso que hacen las personas mayores de los servicios de salud mental, los estudios precedentes señalan que los utilizan un 7-8% de las personas mayores, un 33-52% de los/las mayores que presentan algún malestar psicológico o un trastorno mental diagnosticado, y un 28-34% de los/las que presentan un trastorno de depresión mayor o de ansiedad[14-18].

Los objetivos de este artículo son presentar algunos de los resultados de prevalencia de los trastornos mentales, el uso de servicios y las barreras para la asistencia de las personas mayores a los servicios de salud mental y sus diferencias por género, además de revisar las diferencias por género en las muestras que emplean los estudios de eficacia de los tratamientos para el trastorno de depresión mayor.

El estudio MentDis_ICF65+ ha sido financiado por una beca de la Comisión Europea (Grant No: 223105) dentro del 7º Programa Marco de Investigación de la Unión Europea, y en España el estudio ha sido dirigido desde la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Una visión más completa de los resultados puede consultarse en *The British Journal of Psychiatry*[2], *The Spanish Journal of Psychology*[3], *American Journal of Geriatric Psychiatry*[4], *BMC Psychiatry*[6], *International Psychogeriatrics*[7] e *International Journal of Methods in Psychiatric Research*[5], todos ellos publicados en 2017 y 2018.

Método

Muestra

La muestra fue seleccionada aleatoriamente, considerando estratos de edad (65-74 y 75-84 años) y sexo, en seis ciudades: Hamburgo (Alemania), Ferrara (Italia), Madrid (España), Ginebra (Suiza), Londres (Inglaterra) y Jerusalén (Israel). El tamaño muestral final fue de 3142 personas que vivían en sus casas. En la tabla 1 se recogen las principales características sociodemográficas de la muestra. La edad media fue de 73,7 años.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: vivir en alguna de las seis ciudades antes mencionadas, tener entre 65 y 84 años, y tener capacidad para otorgar el consentimiento informado para participar en el estudio.

Tabla 1. *Características sociodemográficas de la muestra del estudio MentDis_ICF65+*[2].

Características sociodemográficas	Muestra total N = 3142
Sexo, n (%)	
Mujer	1592 (50,7%)
Hombre	1550 (49,3%)
Edad, n (%)	
65-74 años	1715 (54,6%)
75-84 años	1427 (45,4%)
Nacido en el país de la entrevista, n (%)	2519 (80,2%)
Estado civil, n (%)	
Casado/a	1915 (61,0%)
Separado/a, divorciado/a, viudo/a	1082 (34,5%)
Nunca ha estado casado/a; otro	142 (4,5%)
Educación, media (desviación estándar)	
Años de escolarización	10,3 (3,2)
Situación laboral, n (%)	
Jubilado/a	2640 (84,6%)

Los criterios de exclusión de la muestra fueron los siguientes: presentar deterioro cognitivo grave evaluado con el Mini Examen del Estado Mental[19] y tener una capacidad de comunicación verbal insuficiente para ser entrevistado. Todos los procedimientos y las estrategias empleados en el estudio fueron aprobados por los comités de ética de las seis universidades participantes y por la Comisión Europea.

Instrumentos

El equipo MentDis_ICF65+ desarrolló la entrevista diagnóstica internacional compuesta para personas mayores de 65 años (CIDI65+)[8]. Además de las preguntas relativas a los diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR), se incluyeron una sección sobre el uso de servicios de salud mental durante los últimos 12 meses y un listado de posibles barreras para el uso de dichos servicios.

Procedimiento

Todas las entrevistas se realizaron en el domicilio de las personas. Los/las participantes daban su consentimiento por escrito antes de realizar la entrevista. La duración media de las entrevistas fue de 95 minutos. Una descripción completa del procedimiento seguido ya se ha publicado en otro lugar[6].

Análisis de los datos

Los cálculos de las tasas de prevalencia y de las razones de riesgo (OR, *odds ratio*) se llevaron a cabo con las frecuencias de la muestra, ponderadas por sexo y edad. En las tablas de resultados se incluyen el intervalo de confianza del 95% (IC95%) para las OR y un contraste para la igualdad de OR entre los grupos comparados. En el caso del uso de servicios, se llevó a cabo un análisis descriptivo. El *software* utilizado para los análisis fue la librería Epitools[20] del programa R[21].

Resultados

Prevalencia de los principales trastornos mentales

Casi una de cada tres personas entrevistadas (35,2%; IC95%: 31,0-40,4) (tabla 2) ha presentado algún trastorno

mental en el último año. La categoría diagnóstica con mayores tasas de prevalencia es trastornos de ansiedad (17,2%; IC95%: 14,0-20,4), seguida de trastornos afectivos (13,7%; IC95%: 11,4-15,9) y de trastornos relacionados con el uso de sustancias (8,9%; IC95%: 6,1-11,7). Una visión completa de los resultados ya se ha publicado en otro lugar[2].

Tabla 2. *Prevalencia de los trastornos mentales en la muestra (N=3142) del estudio MentDis_ICF65+ (12 meses).*

	Tasas de prevalencia[a] (IC95%)
Trastorno afectivo	
Episodio de depresión mayor	11,6 (9,5-13,6)
Distimia	2,9 (2,3-3,5)[b]
Algún trastorno bipolar	2,5 (1,3-3,7)[b]
Algún trastorno afectivo	13,7 (11,4-15,9)[c]
Trastorno de ansiedad	
Agorafobia	4,9 (3,3-6,6)[c]
Trastorno de angustia	3,8 (2,6-5,0)
Trastorno de estrés postraumático	1,4 (0,4-2,4)[c]
Alguna fobia específica	9,2 (7,2-11,1)[b]
Algún trastorno de ansiedad	17,2 (14,0-20,4)[b]
Trastorno por uso de sustancias	
Abuso o dependencia de alcohol	5,3 (2,3-8,2)[c]
Algún trastorno relacionado con las sustancias	8,9 (6,1-11,7)[c]
Algún trastorno somatoforme	4,1 (3,1-5,1)[b]
Algún trastorno mental	35,2 (31,0-39,5)[c]

IC95%: intervalo de confianza del 95%.
[a]Tasas ajustadas por edad y sexo.
[b]p <0,001.
[c]p <0,01.
[d]p <0,05.

Las mujeres muestran en general niveles significativamente mayores de cualquier trastorno de ansiedad que los hombres[4] (tabla 3). Las mujeres tienen tres veces más riesgo de sufrir algún trastorno de ansiedad (OR: 2,96; IC95%: 2,45-3,58; p <0,001) y el doble de riesgo de sufrir agorafobia (OR: 2,44; IC95%: 1,77-3,37; p <0,001) o trastorno de angustia (OR: 1,68; IC95%: 1,10-2,57; p = 0,018) que los hombres. No se encuentran diferencias por género en las tasas de trastorno de estrés postraumático, fobia social ni trastorno obsesivo-compulsivo.

Si nos centramos en la muestra de la Comunidad de Madrid (N = 555), se encuentra que casi una de cada tres personas entrevistadas (29,89%) ha presentado algún trastorno mental en el último año (tabla 4), con una prevalencia más alta en las mujeres y en las personas de 65-75 años, en ambos casos por encima del 34%. La categoría diagnóstica con mayores tasas de prevalencia es la de trastornos de ansiedad (18,39%), que llega casi al 25% en las mujeres, seguida de trastornos afectivos con una prevalencia del 12,33%, de nuevo más alta en las mujeres (16,32%). Los trastornos bipolares afectan a alrededor del 5% de las personas mayores (4,68%), en este caso con mayor prevalencia en los varones (6,74%). Una visión completa de los resultados ya se ha publicado en otro lugar[3].

La variable género como predictor del uso de servicios de salud mental en los últimos 12 meses y barreras de uso de los servicios

De las 3142 personas entrevistadas, en el último año recibieron un tratamiento de salud mental 222 (7%). En la tabla 5 puede verse que 114 (10,72%) de las personas que han sufrido un trastorno mental en el último año han recibido algún tratamiento de salud mental en ese mismo periodo[7]. De las personas que han utilizado algún servicio, el 83,6% han sido usuarias de un centro de día de salud mental, el 67,3% han visitado a su médico de atención primaria, el 10,5% han estado ingresadas en una unidad de salud

Tabla 3. *Diferencias por edad y sexo en las tasas de prevalencia de los últimos 12 meses[4].*

		Algún trastorno de ansiedad		Agorafobia		Trastorno de angustia		Trastorno de ansiedad generalizada		Trastorno de estrés postraumático		Fobia social		Trastorno obsesivo-compulsivo	
		TPA	**IC95%**	**TPA**	**IC95%**	**TPA**	**IC95%**	**TPA**	**IC95%**	**TPA**	**IC95%**	**TPA**	**IC95%**	**TPA**	**IC95%**
Edad	65-69	20,6[a]	16,0-25,2	6,0[b]	4,0-8,0	6,0[b]	3,1-8,9	3,7[c]	1,7-5,7	2,7	0,1-5,3	2,1[b]	0,6-3,6	0,4	0,0-0,9
	70-74	19,3[a]	14,9-23,7	6,1[b]	4,3-8,0	3,3[b]	2,2-4,3	3,8[c]	2,1-5,6	0,7	0,0-1,5	2,0[b]	1,2-2,7	0,9	0,0-2,0
	75-79	13,7[a]	11,1-16,2	3,2[b]	1,3-5,2	2,3[b]	0,4-4,1	2,6[c]	1,2-3,9	0,9	0,0-1,9	0,3[b]	0,0-0,7	0,5	0,0-1,1
	>80	12,4[a]	8,5-16,4	3,2[b]	0,6-5,9	2,8[b]	1,3-4,3	2,1[c]	1,3-2,8	0,6	0,0-1,4	0,2[b]	0,0-0,6	1,8	0,4-3,2
Sexo	Mujer	23,5[a]	20,5-26,6	6,6[a]	4,9-8,4	4,6[b]	2,9-6,3	4,6[c]	2,9-6,4	1,5	0,2-2,8	1,4	0,3-2,4	0,8	0,2-1,5
	Hombre	9,5[a]	8,1-11,0	2,9[a]	1,6-4,1	2,8[b]	1,8-3,8	1,4[c]	0,8-2,0	1,3	0,0-2,5	1,3	0,4-2,2	0,8	0,1-1,5
	Total	17,2	14,0-20,4	4,9	3,3-6,6	3,8	2,6-5,0	3,1	1,9-4,3	1,4	0,4-2,4	1,3	0,6-2,1	0,8	0,3-1,4

TPA: tasa de prevalencia ajustada; IC95%: intervalo de confianza del 95%.
[a]p <0,05.
[b]Modelo estimado con el término de interacción, ajuste de medias por sexo y grupos de edad.

Tabla 4. *Prevalencia de trastornos mentales y riesgo, según sexo y edad, en los últimos 12 meses en la muestra de la Comunidad de Madrid (N=555)[3].*

			Tasas de prevalencia en los últimos 12 meses				*Odds ratio*	
Trastorno mental	**Población afectada Comunidad de Madrid (N = 692.389)[a]**	**Muestra Comunidad de Madrid (N=555)**	**Hombres**	**Mujeres**	**65-74 años**	**75-85 años**	**Hombres/ mujeres**	**65-74/75-85 años**
Trastorno afectivo	107.750	67	7,49	16,32	14,53	9,27	0,42 (0,23-0,74)[c]	1,66 (0,95-2,96)
Episodio de depresión mayor	89.259	56	6,74	13,19	12,84	6,95	0,48 (0,25-0,88)[b]	1,97 (1,06-3,77)[b]
Algún trastorno bipolar	40.872	26	6,74	2,78	6,76	2,32	2,53 (1,02-6,84)[b]	3,05 (1,16-9,43)[b]
Algún trastorno de ansiedad	160.707	97	11,24	23,26	22,30	11,97	0,42 (0,25-0,68)[d]	2,11 (1,3-3,48)[c]
Abuso o dependencia de alcohol	10.749	7	2,62	0,00[e]	2,03	0,39	___[e]	5,33 (0,64-246,19)
Algún trastorno somatoforme	21.865	13	0,75	3,82	2,70	1,93	0,19 (0,02-0,89)[b]	1,41 (0,4-5,55)
Algún trastorno mental (sin dependencia de la nicotina)	261.187	216	22,85	34,72	34,80	22,39	0,56 (0,38-0,82)[c]	1,85 (1,25-2,75)[c]

[a]Datos extraídos de INE 2011 (dato estimado).
[b]p <0,05.
[c]p <0,01.
[d]p <0,001.
[e]Estimación insegura por una frecuencia nula o muy baja en la muestra.

Tabla 5. *Características sociodemográficas y de salud mental de las personas mayores de 65 años que viven en sus casas, en Europa (N = 3142), y su relación con el uso de servicios en los últimos 12 meses debido a un problema de salud mental*[7].

	Uso de servicios en 12 meses		Uso de servicios debido a un problema de salud mental (12 meses)			
Factores predisponentes	**No (n = 2920)**	**Sí (n = 222)**	**Atención primaria (n = 148)**	**Ingreso (n = 23)**	**Ambulatorio (n = 184)**	**Otro (n = 35)**
Edad, n (%)						
65-69 años	847 (92,27)	71 (7,73)	38 (17,12)	7 (3,15)	61 (27,48)	11 (4,95)
70-74 años	724 (90,84)	73 (9,16)	44 (19,82)	9 (4,05)	63 (28,38)	7 (3,15)
75-79 años	793 (94,52)	46 (5,48)	39 (17,75)	5 (2,25)	33 (14,87)	13 (5,86)
80-84 años	556 (94,56)	32 (5,44)	27 (12,16)	2 (0,90)	27 (12,16)	4 (1,80)
Sexo, n (%)						
Hombre	1480 (95,48)	70 (4,52)	42 (18,92)	5 (2,25)	59 (26,58)	8 (3,60)
Mujer	1440 (90,45)	152 (9,55)	106 (47,75)	18 (8,11)	125 (56,31)	27 (12,16)

mental y el 15,9% han usado otro tipo de servicio (como una enfermera comunitaria o un trabajador social).

Al analizar el uso de servicios por grupos diagnósticos (tabla 6), son las personas con un trastorno depresivo las que usan en mayor medida un servicio de salud mental (14,90%), seguidas de aquellas con algún trastorno de ansiedad (10,57%) y las que presentan trastornos relacionados con el uso de sustancias (6,6%).

Además, la intervención más frecuente (70,7%) fue la farmacológica, seguida de una consulta de 20 minutos (56,6%) o de 10 minutos (28,3%) sobre sus problemas con el médico de atención primaria o con un terapeuta, sesiones grupales (5,7%) y otras intervenciones (15,6%)[7].

Tabla 6. *Asociación entre factores predisponentes y el uso de servicios de salud mental en los últimos 12 meses en personas mayores que viven en la comunidad (N = 3011)*[7].

	Uso de servicios (12 meses)	
Factores predisponentes	**No (n = 2920)**	**Sí (n = 222)**
Edad, n (%)		
65-69 años	847 (92,27)	71 (7,73)
70-74 años	724 (90,84)	73 (9,16)
75-79 años	793 (94,52)	46 (5,48)
80-84 años	556 (94,56)	32 (5,44)
Sexo, n (%)		
Hombre	1480 (95,48)	70 (4,52)
Mujer	1440 (90,45)	152 (9,55)
Trastorno mental (12 meses)		
Algún trastorno mental		
Sí	949 (89,28)	114 (10,72)
No	1971 (94,81)	108 (5,19)
Algún trastorno de ansiedad		
Sí	440 (89,43)	52 (10,57)
No	2480 (93,58)	170 (6,42)
Algún trastorno depresivo		
Sí	394 (85,10)	69 (14,90)
No	2526 (94,29)	153 (5,71)
Algún trastorno relacionado con uso/abuso de sustancias		
Sí	142 (93,42)	10 (6,58)
No	2778 (92,91)	212 (7,09)

El análisis por género pone de manifiesto que son las mujeres las que hacen un mayor uso de los servicios de salud para sus problemas de salud mental en el último año (OR mujeres: 1,69; IC95%: 1,43-1,99; p <0,001). Entre las 222 personas que han utilizado un servicio (tabla 6) se encuentran 152 mujeres (68,5%) y 70 hombres (31,5%), lo que supone que ellas utilizan los servicios de salud mental un 50% más que ellos[7].

En general, la barrera más frecuente para el uso de servicios en las personas mayores fueron las creencias personales (89,9%), mientras que otras barreras, como las prácticas, se nombraron en el 2,8% de los casos (tabla 7).

En cuanto a las creencias personales (directamente relacionadas con el estigma hacia tener un problema de salud mental), la más frecuente fue «puedo manejar mis problemas o síntomas por mí mismo», referida por el 60% de las personas de la muestra, seguida de «el problema o síntoma mejorará por sí mismo», referida por el 15,6%. En la tabla 7 se observa que las personas mayores que no presentan un trastorno mental son las que refieren más barreras por las creencias personales (61,17%), en comparación con las personas que tienen un trastorno mental, que refieren este tipo de barreras en el 30,67% de los casos. Además, las personas más jóvenes (65-69 años) sin trastorno mental mostraron más barreras por sus creencias personales (60,2%) que aquellas de la misma edad que sí presentaban un trastorno mental (29,6%). En general, el grupo de edad más joven mostró con mayor frecuencia barreras debidas a creencias personales que el grupo de mayor edad (grupo de 65-69 años: 26,2%; grupo de 80-84 años: 16,5%).

Análisis de las muestras empleadas en los estudios sobre la eficacia de los tratamientos para la depresión en personas mayores de 65 años

Como hemos visto, las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en las personas mayores difieren de manera sustancial entre hombres y mujeres. Cabe preguntarse si esta diferencia podría estar influyendo en el hecho de que la eficacia de los tratamientos se estudie de manera

Tabla 7. *Frecuencia de las barreras de uso de los servicios de salud mental en las personas mayores de 65 años que viven en sus casas, en Europa (N = 2080)[7].*

	Algún problema de salud mental	
¿Por qué no buscó usted ayuda?	**Sí n (%)**	**No n (%)**
Creencias personales		
Puedo manejar mis problemas o síntomas por mí mismo	201 (17,27)	498 (42,78)
El problema o síntoma mejorará por sí mismo	63 (5,41)	117 (10,05)
No me preocupaba	39 (3,35)	51 (4,38)
No pensé que el doctor o el tratamiento pudieran ayudarme o serme útiles	41 (3,52)	35 (3,01)
Tenía miedo de pedir ayuda por lo que otros pudieran pensar sobre mí	13 (1,12)	11 (0,95)
Total creencias personales	357 (30,67)	712 (61,17)
Barreras prácticas		
No conseguí una cita (en el tiempo)	0	2 (0,17)
Tenía que pagar por el tratamiento y no podía costeármelo	5 (0,43)	1 (0,09)
No tenía acceso a un doctor o no estaba disponible; p. ej., el doctor estaba demasiado lejos para poder ir	3 (0,26)	3 (0,26)
No sabía dónde ir para pedir ayuda	12 (1,03)	6 (0,52)
Total barreras prácticas	20 (1,72)	12 (1,04)
Cualquier otra razón	30 (2,58)	33 (2,84)

diferencial en los hombres y en las mujeres. En la tabla 8 se incluye una relación de estudios que analizan la eficacia de distintos tratamientos para la depresión en las personas mayores. Se observa que las muestras de estos estudios están compuestas, en la mayoría de los casos, por un alto porcentaje de mujeres (alrededor del 70%).

Discusión

Prevalencia de los principales trastornos mentales

Para dar respuesta a las limitaciones metodológicas encontradas en los estudios precedentes sobre la prevalencia de los trastornos mentales en las personas mayores de 65 años se llevó a cabo el estudio MentDis_ICF65+ en distintas ciudades europeas[1-8]. Los principales resultados de este estudio indican que casi una de cada dos personas mayores de 65 años ha sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida (si se incluye la dependencia a la nicotina), una de cada tres lo han sufrido en el último año y una de cada cinco padecen en la actualidad un trastorno mental. Los trastornos con mayores tasas de prevalencia fueron los trastornos de ansiedad, la depresión mayor y los relacionados con el uso y abuso de sustancias[2,3]. Estos datos ponen de manifiesto que, cuando se emplean instrumentos adaptados a la población mayor, la prevalencia de los trastornos mentales aumenta de manera significativa y llegan a afectar a casi una de cada tres personas. Estos resultados pueden sugerir que los estudios epidemiológicos anteriores[10,22,23] infraestimaron las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en las personas mayores.

En cuanto a la variable género como predictora de la aparición de un trastorno mental, se encuentra que las mujeres tienen casi el doble de probabilidad de sufrir un trastorno de depresión mayor que los hombres en cualquier momento de su vida. En la misma línea, las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad que los hombres. En cambio, los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir algún trastorno relacionado con las sustancias (alcohol y nicotina). Las mujeres tienen un riesgo mayor de haber sufrido algún trastorno mental a

Tabla 8. *Relación de estudios que analizan la eficacia de distintos tratamientos para la depresión en personas mayores de 65 años.*

Estudio, referencia	Población y edad media	Sexo (% mujeres)
Beutler LE, Scogin F, Kirkish P, Schretlen D, Corbishley A, Hamblin D, et al. Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. J Consult Clin Psychol. 1987;55:550-6.	Personas mayores que viven en la comunidad, 70,7 años	55,4
Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry. 1989;46:971-82.	Personas mayores que viven en la comunidad, 85 años	70,3
Gallagher D, Thompson L. Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. Psychotherapy. 1982;19:482-90.	Personas mayores que viven en la comunidad, 67,8 años	76,7
Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. Am J Geriatr Psychiatry. 2003;11:33-45.	Personas mayores que viven en la comunidad, 60-80 años	80,6
Rokke PD, Tomhave JA, Jocic Z. The role of client choice and target selection in self-management therapy for depression in older adults. Psychol Aging. 1999;14:155-69.	Personas mayores que viven en la comunidad, 66,3 años	38
Scogin F, Jamison C, Gochneaur K. Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. J Consult Clin Psychol. 1989;57:403-7.	Personas mayores que viven en la comunidad, 68,3 años	85
Steuer JL, Mintz J, Hammen CL, Hill MA, Jarvik LF, McCarley T, et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. J Consult Clin Psychol. 1984;52:180-9.	Personas mayores que viven en la comunidad, 66 años	76
Thompson L, Gallagher D, Breckenridge J. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. J Consult Clin Psychol. 1987;55:385-90.	Personas mayores que viven en la comunidad, 67,1 años	67,4

lo largo de la vida. Además, las diferencias de género encontradas en los trastornos de ansiedad están en la línea con los datos aportados por estudios precedentes[23-27], y estas diferencias se observan en todos los grupos de edad. En este sentido, el presente estudio revela que la relación entre género y trastornos de ansiedad difiere según el tipo de diagnóstico. Las mujeres presentaron tasas más altas que los hombres de agorafobia y de trastorno de angustia, independientemente de la edad, al contrario que de trastorno de estrés postraumático, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo. A partir de los 70 años se observa una caída en la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en las mujeres, mientras que los hombres muestran tasas constantes de prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en todos los grupos de edad, al igual que sucede en los adultos más jóvenes[28,29].

Estos resultados ponen de relieve la importancia de tener en cuenta las características de género cuando se evalúan los trastornos de ansiedad específicos en las personas mayores de 65 años[4]. Se observa que con la edad disminuye la prevalencia de todos los trastornos estudiados, aunque de manera significativa en los siguientes: episodio de depresión mayor, trastorno bipolar, agorafobia, alguna fobia específica, abuso o dependencia del alcohol, y dependencia de la nicotina[3].

El análisis de las muestras de los estudios de eficacia de los tratamientos para la depresión mayor en personas mayores de 65 años pone de manifiesto que en la mayoría de los casos hay un alto porcentaje de mujeres, alrededor del 70%. Teniendo en cuenta que las mujeres mayores en la muestra de la Comunidad de Madrid[3] presentan un trastorno de depresión mayor en el 13,19% de los casos (casi el doble que los hombres), este dato podría apuntar a que los tratamientos para la depresión en las personas mayores están probados en la mayoría de los casos con mujeres, que son las que luego van a ser tratadas en mayor medida por este tipo de trastorno. Para el resto de los trastornos mentales más prevalentes en las personas mayores (trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el uso de sustancias) no se encuentran apenas estudios centrados en la eficacia de los tratamientos específicos en las personas mayores de 65 años. Esto podría suponer una discriminación por edad, ya que un tratamiento para la ansiedad contrastado en población joven puede no ser eficaz en personas mayores.

La variable género como predictor del uso de servicios de salud mental en los últimos 12 meses y barreras de uso de los servicios

Este estudio pone de manifiesto que el uso que hacen las personas mayores de 65 años de los servicios de salud para los problemas de salud mental es bajo: solo el 7% de las personas que no presentan un trastorno mental y el 11% de las que sí sufren un trastorno mental han utilizado un servicio de salud por sus problemas de salud mental en los últimos 12 meses. Estos resultados son similares a los encontrados en estudios epidemiológicos previos realizados con población mayor, tanto en los Estados Unidos como en Australia[14,15] y Europa[30]. Tales resultados pueden deberse a las actitudes que muestran las personas mayores hacia los servicios de salud mental, incluyendo su percepción sobre la gravedad de los síntomas, el deseo de resolver sus problemas de manera autónoma, el escaso conocimiento sobre los servicios de salud mental disponibles y las ideas edadistas y estigmatizantes acerca de ser mayor de 65 años con un trastorno mental.

Se observa que las personas de la muestra acudieron, por sus problemas de salud mental, sobre todo a servicios ambulatorios (83%) y al médico de atención primaria (67%), mientras que los ingresos hospitalarios y otro tipo de servicios se utilizaron muy poco. Estudios previos encuentran que las personas mayores de 65 años contactan principalmente con el médico de atención primaria[15], pero los médicos de atención primaria pueden no tener el tiempo ni la formación suficientes para identificar y abordar de manera adecuada los problemas de salud mental, en especial en las personas mayores. A esto hay que añadir que el médico de atención primaria puede presentar, como cualquier persona, ideas estigmatizantes acerca de lo que

supone ser mayor y tener un trastorno mental. Las personas mayores sufren el estigma social por tener una enfermedad mental y también una discriminación por ser mayores, lo que se conoce como edadismo. Al igual que en el caso del autoestigma asociado a la enfermedad mental, el edadismo puede darse desde la propia persona mayor, lo que daría lugar al autoestigma relacionado con la edad.

Por otro lado, las mujeres mayores han utilizado los servicios en los últimos 12 meses el doble que los hombres. Estas diferencias de género también se han observado en estudios precedentes[16,31]. Parece que los hombres mayores buscan ayuda en menor medida y se sienten en gran manera responsables de solucionar sus problemas por sí mismos, dato ya encontrado en estudios precedentes[32]. Estas creencias pueden estar relacionadas, una vez más, con el autoestigma que muestran las personas mayores con un trastorno mental.

Se encuentra que las mujeres utilizan más los servicios, en la línea de estudios precedentes[18,33,34]. Una posible explicación es que las mujeres acuden en general con mayor frecuencia al médico de atención primaria para consultar cualquier tipo de problema físico o mental, lo que conlleva que tengan más oportunidades de hablar de un posible problema de salud mental con un profesional de la salud. Del mismo modo, las mujeres se muestran en general más proclives a hablar de sus problemas en esas circunstancias[33]. A esto se añade que los médicos de atención primaria pueden tener la expectativa, dadas las tasas de prevalencia de trastornos mentales en las mujeres, de que las mujeres que acuden a su consulta sufren en mayor medida un trastorno mental, lo que puede hacer que se detengan más a menudo en esos problemas y en ofrecer ayuda para ellos[35]. Otra explicación puede ser que las mujeres, al hablar más fácilmente de sus problemas, pueden estar más dispuestas a aceptar ayuda para su salud mental[33].

En definitiva, los médicos de atención primaria pueden no detectar de manera adecuada los problemas de salud mental, y además, cuando los detectan, pueden ofrecer una atención menos adecuada que un especialista en salud mental. En este sentido, se han observado ciertas deficiencias en la detección de trastornos mentales entre los médicos de atención primaria que, a su vez, ofrecerían una atención menos adaptada que los especialistas en salud mental[36]. A esto hay que añadir que los médicos de atención primaria prescriben en gran medida psicofármacos en lugar de ofrecer terapia psicológica[37], lo que supone un alto coste en la mayoría de los países europeos. Por su parte, los hombres, al acudir en menor medida al médico de atención primaria, si tienen síntomas leves pueden no tener los recursos para buscar la atención adecuada, lo que les pone en riesgo de automedicarse a través del uso excesivo de alcohol[38].

Si analizamos el tipo de intervención que suelen recibir las personas mayores de 65 años que solicitan ayuda por un problema de salud mental, encontramos resultados en la línea de los estudios precedentes[16,39]. La intervención más frecuente es la psicofarmacológica (71%), seguida de la consulta con un médico (57%) o con un terapeuta (28%). Este hecho puede suponer un problema, ya que no es lo que indican las guías actuales, como las del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)[40], sobre los tratamientos eficaces para, por ejemplo, los trastornos de ansiedad o la depresión.

Estos datos ponen de relieve la necesidad de que los profesionales de atención primaria reciban formación para poder detectar problemas de salud mental, y de crear servicios de salud mental especializados en las diferencias entre hombres y mujeres[33]. Además, parece necesario incluir en los servicios de atención primaria especialistas en psicología clínica que puedan detectar y tratar los problemas de salud mental en las personas mayores[32,41,42], y se requiere mayor formación de los profesionales de atención primaria para satisfacer las necesidades de salud mental de las personas mayores de 65 años[32], además de que los profesionales de atención primaria reciban formación para desestigmatizar a las personas mayores con un trastorno mental, lo que puede revertir en una mejor detección de los posibles problemas de salud mental en esta población.

Diversos estudios han señalado este estigma de los profesionales hacia las

personas mayores con problemas de salud mental, aparte del escaso interés de algunos profesionales por trabajar con población mayor, actitudes negativas hacia los mayores (edadismo) y falta de confianza en la evaluación y el tratamiento de los problemas de las personas mayores[43-46].

En el presente estudio se encontraban también diferencias en el uso de los servicios entre las personas por grupos de edad, siendo los de mayor edad los que utilizaron en menor medida los servicios por un problema de salud mental. Esto puede deberse a la barrera común en los mayores, según la cual creen que los síntomas de depresión son normales cuando te haces muy mayor[32,42]. Hacen falta estrategias para combatir este autoestigma en las personas de edad avanzada que las lleva a pensar que hay que esperar estar deprimido en las últimas etapas de la vida.

Estigma y salud mental en las personas mayores de 65 años desde la perspectiva de género

En el presente estudio, la barrera más frecuente para el uso de los servicios tenía que ver, en el 60% de los casos, con la creencia personal de «puedo resolver mis problemas por mí mismo»[7]. Esta creencia puede tener que ver, por un lado, con el estigma internalizado que tienen las personas mayores sobre sus problemas de salud mental, que las puede llevar a no solicitar ayuda profesional; y por otro lado, con el propio estigma que pueden tener los profesionales sociales y sanitarios hacia el trastorno mental en las personas mayores, y que puede conllevar una infradetección y, consecuentemente, un infratratamiento.

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Psychiatric Association (WPA) redactaron el documento *Stigma, discrimination and mental disorders in old people*[47], en el que señalan como causas del estigma hacia las personas mayores las siguientes: ignorancia sobre la realidad de las personas mayores, sus trastornos mentales y sus tratamientos; internalización de las ideas asociadas al estigma por parte de las personas afectadas (los propios mayores, sus familiares, los profesionales); factores culturales, como creencias sobre el valor de las personas mayores en una sociedad, sobre las causas de las enfermedades mentales, y su implicación en los familiares; y discriminación de género, que es mayor en las personas de edad avanzada, entre las que hay muchas más mujeres que hombres, produciéndose el triple estigma de mujer, mayor y con trastorno mental. El estigma hacia las personas mayores con un trastorno mental[47] tiene como consecuencia los prejuicios (p. ej., las actitudes típicas de creer que una persona con enfermedad mental es peligrosa, débil, irresponsable, etc.) y el edadismo (prejuicios sobre las personas mayores que incluyen ideas como que son débiles, enfermas, peculiares, inflexibles, improductivas, etc.). Estas actitudes negativas se traducen en una discriminación hacia las personas mayores que sufren un trastorno mental.

Algunos ejemplos de actitudes estigmatizantes hacia las personas mayores con un trastorno mental son la noción edadista de que las personas mayores son inflexibles e incapaces de cambiar, lo que refuerza las creencias en la población general y en los profesionales de que los trastornos mentales en este grupo de edad son incurables, o el hecho de que la psiquiatría y los servicios de salud mental se consideren estigmatizantes por la población de mayor edad, por lo cual son menos utilizados por ellos[47].

A todo lo señalado hay que añadir que algunos trastornos mentales (depresión, demencia, psicosis, ansiedad, uso y abuso de sustancias, trastorno de personalidad y retraso mental) reciben una estigmatización particular en las personas mayores, y los profesionales sociosanitarios no están libres de adoptar patrones estigmatizantes con esta población. En el caso de la depresión, se ve como una consecuencia natural del envejecimiento, la pérdida y la enfermedad física (por los pacientes, sus familias y profesionales), y por lo tanto puede no ser diagnosticada o tratada. En el caso de la demencia, a menudo se considera una parte natural del envejecimiento y, de la misma forma, no es reconocida o no se maneja de manera adecuada. Además, existe el

prejuicio de que todas las personas mayores son extrañas en alguna medida, y en consecuencia, aquellas con un trastorno psicótico se detectan menos y reciben menos tratamientos y menos rehabilitación. En cuanto a la ansiedad, existe el prejuicio de que todas las personas mayores tienen miedos, y por lo tanto se detecta en menor medida y se trata menos. El abuso de sustancias (alcohol y drogas) se diagnostica poco, ya que se supone que es un problema de adultos jóvenes. En cuanto a los trastornos de la personalidad, a menudo se diagnostican erróneamente debido a la idea edadista de que todos los mayores son peculiares. Por último, las personas mayores con retraso mental a menudo están excluidas de los cuidados y los tratamientos apropiados si desarrollan un trastorno mental.

Ventajas y limitaciones

Una ventaja del presente estudio es la utilización de un instrumento estandarizado y estructurado para evaluar los trastornos mentales, adaptado a las características de las personas mayores. Por otro lado, el trabajo tiene algunas limitaciones. En primer lugar, la estrategia de muestreo seguida sobrerrepresenta a las personas de 75-84 años, sobre todo a los hombres. Esta estrategia tiene la ventaja de permitir conocer la prevalencia de los trastornos mentales en esta población más envejecida (datos que no se recogen en el resto de los estudios epidemiológicos) y así comprobar cómo con la edad disminuyen los trastornos mentales. En cambio, tiene la limitación de no poder contar con una muestra representativa de la población europea.

En segundo lugar, y en relación con la representatividad de la muestra, se encuentra la limitación relacionada con la definición de los criterios de exclusión. En el presente estudio no se incluyeron personas con deterioro cognitivo grave, personas que vivieran en una residencia ni personas sin hogar.

Conclusiones e implicaciones

Los resultados ponen de manifiesto tasas de prevalencia de trastornos mentales más altas que las observadas en estudios anteriores. Este estudio muestra la infrautilización de los servicios de salud para problemas de salud mental de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad en varias ciudades europeas. Al mismo tiempo, dado que gran parte de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos para la depresión en personas mayores se hacen con mujeres, hay que fomentar el estudio de su eficacia en los hombres, para asegurar que los tratamientos que se realizan sean eficaces tanto para hombres como para mujeres.

Para mejorar el acceso de las personas mayores con un trastorno mental a los servicios de salud conviene mejorar la detección de trastornos mentales en esta población por parte de los profesionales de atención primaria; evitar el estigma de los profesionales hacia las personas mayores con trastorno mental, además de combatir el autoestigma; y proveer servicios sociales y de salud adecuados para las personas mayores con un problema de salud mental, según las recomendaciones OMS/WPA[47], OMS[48] y NICE[40]. Los profesionales deben detectar a las personas mayores con un problema de salud mental y ser capaces de facilitarles información, además de derivarles a los tratamientos adecuados[48,49].

Este trabajo concluye que el estigma y el edadismo parecen barreras para el acceso a los servicios. Las personas mayores de 65 años con un trastorno mental pueden sufrir un estigma social y personal (autoestigma), además de un estigma asociado a la edad (edadismo) y una posible discriminación de género en el caso de algunos tratamientos.

Debate

Judith Usall: Has mencionado que se considera un recurso de salud el hecho de que las personas acudan a los servicios de atención primaria para explicar sus problemas de salud mental. Y según los datos que has mostrado, los números son bajos. Una posible explicación podría ser que los pacientes no acuden al médico para explicar su problema de salud mental,

pero lo acaban mencionando al personal médico, y que en realidad los problemas de salud mental sí se estarían tratando en atención primaria. Según los resultados que has mostrado, ¿menos de un 11% de los pacientes con problemas de salud mental en atención primaria reciben medicación?

Berta Ausín: En el último año, sí. Pero hay que matizar que en este porcentaje no se incluyen los pacientes que ya tienen una medicación establecida previamente.

Judith Usall: Como psiquiatra, me parece muy interesante este dato. Se habla de que estamos medicalizando o sobretratando, en especial a las mujeres, pero lo que realmente ocurre en muchas ocasiones es lo contrario: hay muchas mujeres y hombres infratratados. Las guías NICE sobre salud mental dicen que las depresiones leves no deberían tratarse con antidepresivos, sino con tratamiento psicológico. Pero también es verdad que hay muchas personas que no reciben tratamiento antidepresivo y deberían recibirlo. Y en el caso de las personas mayores de 65 años ocurre los mismo: reciben menos antidepresivos y menos tratamientos psicológicos (como terapia conductual).

Berta Ausín: La discriminación por edad, por lo que he podido leer en otras disciplinas, es algo generalizado. Como ejemplos, una persona mayor en urgencias está más tiempo esperando, y a partir de cierta edad ya no se pueden recibir trasplantes ni someterse a una reconstrucción de mama.

Rosa Magallón: No me ha quedado claro, ¿el 11% acudían a los servicios de salud mental o a cualquier servicio de salud? Porque en atención primaria el 40% de los problemas que vemos son problemas de salud mental, fundamentalmente ansiedad y depresión, y por encima de los 65 años los porcentajes aumentan.

Berta Ausín: El 11% de las personas que acuden a los servicios de salud en general para tratar trastornos mentales. Los resultados de la encuesta están desglosados en función del problema o la enfermedad por los que se acude al médico, y no por el problema o tratamientos que se abordan una vez que el paciente ya está en la consulta.

Rosa Magallón: Además de hablar de la desigualdad y de los estigmas que tenemos en cuanto a género, también pondría encima de la mesa los estigmas en cuanto a la atención primaria, y sobre todo aquellos artículos que terminan diciendo que los médicos de familia necesitan más formación.

Berta Ausín: Una de mis conclusiones es que no se trata de que los médicos necesiten más formación, sino que deberían incluirse más psicólogos clínicos en las consultas de atención primaria.

Rosa Magallón: Sin embargo, los médicos de familia estamos capacitados para atender los problemas de salud mental; el 40% de las consultas diarias son por ansiedad y depresión, y como tratamiento prescribimos antidepresivos y hacemos psicoterapias, aunque no están regladas por un psicólogo. Entiendo que el 11% puede deberse al hecho de que existe una accesibilidad geográfica y temporal a las citas de los servicios de salud mental. Además, a medida que los pacientes se hacen mayores acuden más a los servicios de salud más próximos y a los que conocen de toda la vida.

María Teresa Ruiz Cantero: Cuando hablamos de depresión y ansiedad, ¿hablamos como enfermedad o como síndrome? Porque no es lo mismo. ¿Usáis la CIE-10 para diagnosticarlos?

Berta Ausín: Estamos hablando de enfermedades y de trastornos mentales. Y para diagnosticarlos usamos la CIDI65+ (la entrevista diagnóstica CIDI adaptada a las personas mayores de 65 años) y las preguntas relativas al diagnóstico de los trastornos mentales del DSM-IV-TR.

Judith Usall: Estoy absolutamente de acuerdo con los comentarios de Rosa Magallón. Trabajo en un centro de salud mental y voy un día a la semana a un área básica de salud. Por supuesto que hay que tener formación en el abordaje de las enfermedades mentales, pero también es verdad que una persona que tiene depresión mayor leve o moderada no se deriva a un centro de salud mental porque se puede y se debe tratar en el centro de atención primaria, al igual que una persona con un trastorno de angustia leve o moderado, que tampoco se deriva a un centro de salud mental.

Berta Ausín: ¿En los centros de atención primaria, se trabaja con técnicas psicológicas o farmacológicas?

Judith Usall: Se trabaja con técnicas psicológicas, y además también hay psicólogas que acuden al centro una vez a la semana.

Berta Ausín: Te lo pregunto porque en Madrid, hasta hace poco, esto no existía. Ahora se está empezando a ofrecer atención psicológica en los centros de atención primaria por parte de psicólogos clínicos.

Judith Usall: Aquí en Cataluña se hace en cada centro de salud: una vez a la semana acude un/a psiquiatra y también un/a psicólogo/a al centro de atención primaria.

Berta Ausín: Quería hacer hincapié en que este estudio se centra en la atención de los trastornos mentales de las personas mayores. La gente mayor tiene una sintomatología y una forma de expresarse diferentes, y el personal hospitalario puede tener un estigma más generalizado cuando se trata de este colectivo.

Judith Usall: Me interesa mucho el tema del cuestionario que se usó en el estudio, el CIDI65+. Cuando dices que se cambiaron las preguntas del cuestionario original, ¿te refieres a cambios en el modo de preguntar y también a preguntas nuevas?

Berta Ausín: Sí, hay cambios en cuanto a cómo se pregunta e incluso hay módulos nuevos de preguntas.

María Teresa Ruiz Cantero: En los estudios, como el ESEMeD, a veces se utiliza el cuestionario de salud SF-36 reducido, que tiene cinco preguntas y una de ellas es «¿Usted llora?». En el caso de las mujeres, si responden que lloran, y también afirmativamente a otro ítem, como que tienen algún problema para dormir, se concluye que tienen algún tipo de problema de salud mental. Desde la perspectiva de género, debería revisarse la validez de estos cuestionarios porque se diagnostican problemas de salud mental en mujeres cuando en realidad no los tienen, aumentando las cifras de prevalencia en ellas de manera ficticia.

Berta Ausín: Tienes razón, y por eso en este estudio se hacen entrevistas diagnósticas y se evalúan periodos largos. Sí es verdad que cuando se usan cuestionarios muy básicos, o se incluyen preguntas somáticas (del tipo «¿estás muy cansado?») para evaluar la depresión, la prevalencia de trastornos mentales aumenta, sobre todo en las personas mayores, mientras que si se eliminan, la prevalencia disminuye.

María Teresa Ruiz Cantero: Otro factor que debe considerarse es que cuando se tiene un problema psicológico los hombres no lo exteriorizan y beben, mientras que las mujeres acuden a los servicios médicos. Por eso tenemos una responsabilidad en cuanto al consumo de fármacos; no es lo mismo tener un ligero problema que medicalizar el problema. Por eso, creo que las prevalencias de los trastornos de salud mental deberían revisarse, porque las mujeres cargan con la etiqueta de tener más problemas de salud mental, y como decía Ana Delgado, si sumamos los problemas de depresión y ansiedad en las mujeres, y en los hombres también añadimos el alcoholismo y los suicidios, las prevalencias de los problemas de salud mental entre mujeres y hombres no son tan diferentes.

Rosa Magallón: Al contrario que en las presentaciones anteriores, en la enfermedad mental los síntomas típicos son los femeninos. Y en este caso en particular hay un infradiagnóstico en la depresión en el varón. De todas maneras, el CIDI es una entrevista diagnóstica estupenda, pero se utiliza con fines epidemiológicos; el hecho de que el resultado no se correlacione con los diagnósticos de la historia clínica puede ser un sesgo en vuestro estudio.

Judith Usall: Me gustaría insistir en la importancia de definir un trastorno. En general, los dos signos para diagnosticar depresión son anhedonia y tristeza. Sin embargo, los hombres manifiestan más irritabilidad que tristeza. Por ello, es importante definir bien los trastornos; si incluyéramos la irritabilidad, seguramente habría más hombres diagnosticados. Es cierto que hay más intentos de suicidio en mujeres que en hombres, pero los hombres son más efectivos en cuanto a lograr la muerte, quizá porque consumen más tóxicos y alcohol, y hay un componente psicológico. Por otro lado, las mujeres viven más, pero peor, pues padecen más enfermedades. Como anécdota, hay estudios que afirman que la calidad de vida de las mujeres viudas es superior a la de las casadas, mientras que los hombres viudos tienen peor calidad de vida que los casados.

Bibliografía

1. Andreas S, Härter M, Volkert J, Hausberg M, Sehner S, Wegscheider K, et al. The MentDis_ICF65+ study protocol: prevalence, 1-year incidence and symptom severity of mental disorders in the elderly and their relationship to impairment, functioning (ICF) and service utilisation. BMC Psychiatry. 2013;13:62.
2. Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. Br J Psychiatry. 2017;210: 125-31.
3. Ausín B, Muñoz M, Santos-Olmo AB, Pérez-Santos E, Castellanos MA. Prevalence of mental disorders in the elderly in the Community of Madrid: results of the Mentdis_ICF65+ Study. Span J Psychol. 2017;20:E6.
4. Canuto A, Weber K, Baertschi M, Andreas S, Volkert J, Dehoust MC, et al. Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. Am J Geriatr Psychiatry. 2018;26:174-85.
5. Dehoust MC, Schulz H, Härter M, Volkert J, Sehner S, Drabik A, et al. Prevalence and correlates of somatoform disorders in the elderly: results of a European study. Int J Methods Psychiatr Res. 2017;26(1):e1550.
6. Volkert J, Härter M, Dehoust MC, Schulz H, Sehner S, Suling A, et al. Study approach and field work procedures of the MentDis_ICF65+ project on the prevalence of mental disorders in the older adult European population. BMC Psychiatry. 2017;17:366.
7. Volkert J, Andreas S, Härter M, Dehoust MC, Sehner S, Suling A, et al. Predisposing, enabling, and need factors of service utilization in the elderly with mental health problems. Int Psychogeriatrics. 2018;30:1027-37.
8. Wittchen H-U, Strehle J, Gerschler A, Volkert J, Dehoust MC, Sehner S, et al. Measuring symptoms and diagnosing mental disorders in the elderly community: the test-retest reliability of the CIDI65+. Int J Methods Psychiatr Res. 2014;24:116-29.
9. Buys L, Roberto KA, Miller E, Blieszner R. Prevalence and predictors of depressive symptoms among rural older Australians and Americans. Aust J Rural Health. 2008;16:33-9.
10. Volkert J, Schulz H, Härter M, Wlodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. Ageing Res Rev. 2013;12:339-53.
11. Blazer DG, Wu L-T. The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: national survey on drug use and health. Am J Psychiatry. 2009;166: 1162-9.
12. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin M-L, Mann A, Dupuy A-M, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. Br J Psychiatry. 2004;184:147-52.
13. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15:357-76.
14. Garido MM, Kane RL, Kaas M, Kane RA. Use of mental health care by community dwelling older adults. J Am Geriatr Soc. 2011;59:50-6.
15. Gonçalves DC, Coelho CM, Byrne GJ. The use of healthcare services for mental health problems by middle-aged and older adults. Arch Gerontol Geriatr. 2014;59:393-7.
16. Han B, Gfroerer JC, Colpe LJ, Barker PR, Colliver JD. Serious psychological distress and mental health service use among community-dwelling older U.S. adults. Psychiatr Serv. 2011;62:291-8.
17. Nyunt MSZ, Chiam PC, Kua EH, Ng TP. Determinants of mental health service use in the national mental health survey of the elderly in Singapore. Clin Pract Epidemiol Ment Heal. 2009;5:2.
18. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet. 2007;370:841-50.
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-98.
20. Aragon TJ. Epitools: epidemiology tools. R package version 0.5-7.2012. Disponible en: http://CRAN.R-project.org/package=epitools
21. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2014.
22. Byers A, Yaffe K, Covinsky K, Friedman M, Bruce M. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2010;67:489-96.
23. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. Am J Geriatr Psychiatry. 2009;17:769-81.

24. Grenier S, Preville M, Boyer R, O'Connor K, Beland S-G, Potvin O, et al. The Impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. Am J Geriatr Psychiatry. 2011;19:316-26.
25. Trollor JN, Anderson TM, Sachdev PS, Brodaty H, Andrews G. Prevalence of mental disorders in the elderly: the Australian National Mental Health and Well-being Survey. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15:455-66.
26. Wittchen H-U. Composite International Diagnostic Interview (CIDI) — user manual. Swets Test Services; 1997.
27. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. Depress Anxiety. 2010;27:190-211.
28. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Choi BY. Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years. Int Psychogeriatrics. 2017;29:359-72.
29. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Jonker C, Tilburg W van. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. Int J Geriatr Psychiatry. 2003;18:994-1001.
30. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(s420):47-54.
31. Barry LC, Abou JJ, Simen AA, Gill TM. Under-treatment of depression in older persons. J Affect Disord. 2012;136:789-96.
32. Pepin R, Segal DL, Coolidge FL. Intrinsic and extrinsic barriers to mental health care among community-dwelling younger and older adults. Aging Ment Health. 2009;13:769-77.
33. Kovess-Masfety V, Boyd A, van de Velde S, de Graaf R, Vilagut G, Haro JM, et al. Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European union? Results from the EU-world mental health survey. J Epidemiol Community Health. 2014;68:649-56.
34. Sevilla-Dedieu C, Kovess-Masfety V, Angermeyer M, Bruffaerts R, Fernández A, De Girolamo G, et al. Measuring use of services for mental health problems in epidemiological surveys. Int J Methods Psychiatr Res. 2011;20:182-91.
35. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. Epidemiol Rev. 1995; 17:182-90.
36. Fernández A, Haro JM, Martínez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autonell J, et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. Br J Psychiatry. 2007;190:172-3.
37. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De Girolamo G, Gasquet I, Kovess V, et al. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). J Affect Disord. 2008; 110:84–93.
38. Encrenaz G, Kovess-Masfety V, Jutand MA, Carmona E, Sapinho D, Messiah A. Use of psychoactive substances and health care in response to anxiety and depressive disorders. Psychiatr Serv. 2009;60:351-7.
39. Cooper C, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Stewart R, Farrell M, et al. The treatment of common mental disorders across age groups: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. J Affect Disord. 2010;127:96-101.
40. National Institute for Health and Care Excellence. Older people: independence and mental wellbeing. NICE Guideline (NG32). London: NICE; Dec 2015. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng32
41. Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Wood CM, Limonero JT, Medrano LA, Ruiz-Rodríguez P, et al. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the primary care setting (PsicAP Study): protocol for a randomized controlled trial. JMIR Res Protoc. 2016;5:e246.
42. Sarkisian CA, Lee-Henderson MH, Mangione CM. Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? J Gen Intern Med. 2003;18:1001-5.
43. Barrick C, Karuza J, Dundon M. Older adults, reimbursement, and referrals: implications for psychologists after Medicare reimbursement changes and before health care reform. Professional Psychology: Research and Practice. 1995;26:598-601.
44. Kaplan MS, Adamek ME, Martin JL. Confidence of primary care physicians in assessing the suicidality of geriatric patients. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;16:728-34.
45. Lee KM, Volans PJ, Gregory N. Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. Aging Ment Heath. 2003;7:133-41.
46. Robb C, Chen H, Haley WE. Ageism in mental health and health care: a critical review. J Clin Geropsychology. 2002;8:1-12.

47. World Health Organization, World Psychiatric Association. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders. A technical consensus statement. Geneva: WHO; 2002.
48. World Health Organization. Fact sheet: mental health in older adults; 2016. (Consultado el 25/7/2017.)
Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/
49. Ausín B, Muñoz M. Guía práctica de detección de problemas de salud mental. Madrid: Pirámide; 2018.

La práctica de la pediatría en clave de diversidad

Raúl Mercer y Carlota Ramírez

Programa de Ciencias Sociales y Salud, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Buenos Aires, Argentina

Resumen

La construcción de la identidad de género es un proceso evolutivo que acompaña el desarrollo temprano, incluso antes del nacimiento, toda vez que los progenitores asignan un valor diferencial al hecho de tener un niño o una niña. Desde el campo pediátrico, la incorporación de la dimensión de género es relativamente reciente. Ha habido importantes avances teóricos, pero no así en cuanto a traducir estos aspectos en las prácticas de los servicios de salud. La configuración de roles, estereotipos y mandatos de género se va estableciendo a partir de las funciones estructurantes que desempeñan los entornos donde los niños y las niñas crecen y se desarrollan: las familias y las instituciones (sanitarias y educativas, entre otras). Estas funciones van acompañando el proceso de desarrollo temprano a partir de las múltiples interacciones que el niño y la niña van realizando durante el curso de su vida. La construcción de la identidad de género responde a una compleja interacción de factores psicológicos, biológicos y sociales, que se expresan en los modos de ser, actuar y relacionarse. Desde hace poco tiempo, la integración del enfoque de género en el campo médico surge como una necesidad que hace al reconocimiento del significado de las diferencias como expresión de la diversidad y no como un argumento para instalar prácticas discriminatorias desde etapas tempranas de la vida. A través de las etapas de la vida, este capítulo analiza la relevancia de los factores que influyen sobre la salud de la infancia y la adolescencia, y los resultados de las mediaciones de género. Además, se identifican las acciones con sensibilidad de género desde el sistema sanitario para prioridades sanitarias seleccionadas, como la salud materna y neonatal, la nutrición, las enfermedades transmisibles, el medio ambiente, la salud adolescente, los accidentes y la violencia, la salud mental, y el abordaje y el cuidado de niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas y discapacidades.

Palabras clave: curso de vida, género, gradientes, pediatría.

Introducción

En el campo de la salud es habitual considerar el periodo de la infancia y la adolescencia desde un punto de vista estrictamente biológico, otorgándole características consideradas naturales y universales. Este abordaje deja fuera toda una gama de dimensiones que son las que en definitiva van a determinar el significado que cada contexto histórico y social asigna a las distintas etapas evolutivas. Las diversas maneras en que se organizan las familias, el acceso a la educación y las relaciones entre los géneros son algunos de los determinantes que, junto con otras situaciones históricas y sociales, van a condicionar la manera en que los niños, las niñas y el colectivo de adolescentes puedan disfrutar y ejercer su derecho a la salud.

Territorializar las infancias y las adolescencias, reconociendo su diversidad[1] y especificidad, así como la manera en que se expresan en el ámbito local, requiere en primer lugar revisar el concepto de infancia/as y adolescencia/as, y sobre todo visibilizarlas. Las representaciones acerca de la infancia y la adolescencia, cuándo comienza cada una y cuándo termina, y cuál es el rol social que los niños y las niñas ocupan en su comunidad, varían según los contextos y las culturas.

De la misma manera que las relaciones que se establecen entre los géneros y que van a determinar a su vez cómo se distribuyen en cada contexto los recursos materiales y simbólicos en tanto determinantes sociales de la salud, la edad y el género, junto con otros estratificadores sociales como la clase social o la religión, van a incidir en el acceso a servicios de salud, a la educación, a la autonomía personal y a la integridad física, así como también al derecho a la identidad.

Las expectativas en torno al significado de ser niño o niña determinan los comportamientos sexuales de niños, niñas y adolescentes, sus actitudes en materia de adopción de riesgos, sus comportamientos en salud y también el uso y el acceso a los servicios sanitarios. Estas conductas adquiridas comprenden la identidad de género y determinan, junto con las diferencias biológicas, los roles de género durante la niñez.

En este trabajo intentaremos reconocer las diferencias entre niños y niñas y adolescentes, y en qué medida estas diferencias resultan en desigualdades injustas en el acceso y el ejercicio del derecho a la salud. También se analizan las distintas respuestas y modalidades de atención de las infancias en el marco de los derechos.

Género y curso de vida: la relación entre las experiencias tempranas y los procesos de salud en el largo plazo

En un artículo sobre la arqueología de la infancia, Jane Baxter[2] analiza el lugar y los roles que los niños y las niñas ocupaban en las culturas originarias, describiendo las múltiples experiencias de construcción cultural de las representaciones acerca de la infancia. Sus hallazgos permiten reconocer que la cultura y el contexto sociohistórico —y no solo la biología— son factores que van a determinar la conformación de la subjetividad infantil, incluyendo su identidad de género.

La construcción identitaria y genérica constituye un aspecto del proceso evolutivo que se inicia incluso antes del nacimiento y continúa a lo largo del desarrollo de la infancia temprana hasta la adolescencia. Es un proceso dinámico y complejo que se produce en el marco de una red de relaciones, interacciones y representaciones que varían según el contexto histórico y social. En el momento de un embarazo, una de las primeras preguntas que surgen en las familias es si será una niña o un niño. A partir de ese momento se asigna al futuro bebé una identidad asociada a las representaciones que cada cultura reconoce como femenino o masculino. De esta manera, dependiendo del sexo se elegirá el color y el tipo de ropa, el nombre y los juguetes, y también determinará las expectativas que los adultos, padre y madre, hermanas y hermanos, abuelos y abuelas, tengan en cuanto a su desarrollo y su futuro, y al hecho de nacer con un sexo determinado.

Al nacer se registrará la identidad jurídica del recién nacido, asignándole un nombre y un sexo de acuerdo con su constitución genital, siempre dentro del marco binario masculino/femenino. La identidad de género asignada en el momento del reconocimiento jurídico puede ser reforzada o ampliada a lo largo de la vida. Durante el crecimiento y el desarrollo, el niño o la niña podrán sentirse a gusto con la identidad asignada al nacer, o por el contrario tener ambivalencias o simplemente sentir que no le representa.

Durante la infancia temprana el niño o la niña pasará la mayor parte del tiempo en el ámbito familiar y en centros de cuidado, donde recibirá la influencia de los adultos y de otros niños y niñas como parte del proceso de socialización a través de las expectativas que de ellos o ellas se tengan. Al cumplir los 3 años ya habrá comenzado a desarrollar su subjetividad, a tener conciencia de su persona y de su identidad de género, que se expresará en el tipo de juegos, actividades y comportamientos. Algunos estudios muestran que los varones, por ejemplo, tienden a ser más activos y a jugar en espacios más amplios, mientras que las niñas se mantienen cerca de los adultos y son más dóciles y obedientes[3].

Para Leaper et al.[4], la formación de la identidad de género en la infancia temprana involucra una serie de procesos que incluyen la organización social en la que se desarrolla, las oportunidades y los incentivos, factores cognitivos y emocionales, y aspectos biológicos relacionados con las diferencias sexuales. Sin embargo, el avance de los estudios sobre las identidades de los últimos años permite afirmar que este es un proceso complejo y dinámico, que adopta distintas expresiones a lo largo de la vida y que está determinado por múltiples variables que incluyen el género, la edad, el grupo étnico, la clase social y otras.

Que los niños y las niñas desarrollen un sentimiento positivo respecto a su identidad se ha reconocido como condición indispensable para el desarrollo saludable y la resiliencia necesaria para enfrentar los desafíos que plantea el crecimiento[5]. Esto es particularmente significativo en contextos signados por las desigualdades e inequidades. El género va a determinar, a su vez, la manera en que cada niño o niña acceda a los recursos necesarios, pueda ejercer su autonomía y logre

proteger su integridad física. Si la adolescencia es considerada como una etapa de transición de la infancia y preparación para la adultez, las condiciones en las cuales transcurre serán determinantes del grado de salud que podrá alcanzarse en el futuro.

En este sentido, el enfoque de curso de vida ofrece un marco para entender la relación de factores que acontecen en los inicios de la vida y los resultados ulteriores, así como la relación entre influencias negativas y positivas que pueden definir fuertemente las trayectorias de desarrollo humano y social afectando los resultados de salud, tanto individual como poblacional.

La perspectiva del curso de vida ofrece un marco conceptual que ayuda a explicar los patrones de salud y enfermedad, en particular las disparidades de salud a través de las poblaciones, y a lo largo del tiempo. En lugar de centrarse en las diferencias de los patrones de salud o enfermedad en un momento, la perspectiva de curso de vida apunta a los factores sociales y económicos como las causas subyacentes de las desigualdades persistentes en la salud para una amplia gama de enfermedades y condiciones en todos los grupos de población. El enfoque de curso de vida se centra fundamentalmente en la población y se arraiga con firmeza en la vida social, los determinantes sociales de la salud y los modelos de equidad social.

Aunque la perspectiva de curso de vida se ha desarrollado en gran parte para comprender mejor y abordar las disparidades en los patrones de salud y enfermedad, también se aplica universalmente para entender los factores que pueden ayudar a alcanzar las trayectorias de desarrollo y una salud óptima durante toda la vida y a través de las generaciones.

Según esta perspectiva, los determinantes sociales van modelando la biología de las personas mediante el fenómeno de inclusión biológica[6], induciendo cambios en la capacidad de respuesta y funcionamiento de los organismos.

Uno de los campos de mayor interés asociados con el enfoque del curso de vida tiene relación con las denominadas experiencias adversas en la infancia. Según este concepto, la exposición de los niños y las niñas a situaciones de estrés extremo en los primeros años de la vida tendrá consecuencias sobre diferentes dimensiones de sus vidas futuras. Desde la perspectiva de género, podríamos inferir que aquellas prácticas de discriminación y exclusión asociadas a diferencias de género podrían constituirse en un punto de partida para comprender cómo se generan dichas diferencias, además de las argumentaciones necesarias sobre el significado de la generación de equidad temprana como punto de partida de relaciones más justas entre varones y mujeres[7].

Control parental según el género de los hijos y las hijas

Un metaanálisis[8] ha mostrado los cambios en el comportamiento diferencial de los padres y las madres hacia los niños y las niñas al enfocarse en observaciones de control parental físico en una variedad de entornos y contextos. En general, los efectos del género infantil en el uso del control por parte de los progenitores fueron muy pequeños, lo que indica grandes similitudes en las estrategias de control de estos con los niños y las niñas. Estos hallazgos cuestionan la importancia del control parental diferenciado por género como medio de socialización de género y como un mecanismo subyacente a las diferencias de género en el comportamiento infantil. Sin embargo, las grandes diferencias entre los estudios y las diferencias individuales dentro de los estudios sugieren que algunos padres y madres tratan a sus hijos e hijas de manera diferente. Los estereotipos de género de los progenitores podrían explicar por qué algunos tratan a sus hijos e hijas de manera diferente y otros no, pero este mecanismo aún no se ha confirmado empíricamente.

Diferencias en cómo las políticas y los programas afectan a las niñas y los niños

Las políticas públicas deberían incorporar la igualdad de género en los análisis socioeconómicos y políticos con el fin de evitar el sesgo discriminatorio. En este sentido, es importante evaluar de qué manera cualquier acción planificada afectará a niños y niñas,

incluyendo la legislación, las políticas y los programas, en cualquier sector y en los diferentes niveles de intervención, con el fin último de lograr la equidad de género. Por ejemplo, los programas orientados a prevenir el consumo de tabaco han tenido más éxito en los adolescentes varones que en las chicas, debido a que no han considerado las dimensiones de género en los patrones de inicio de consumo de tabaco, en la publicidad ni en las políticas de control del tabaquismo. De ahí que cualquier programa sanitario deba considerar la dimensión de género desde su etapa de formulación hasta la de implementación. Se dispone de un instrumento técnico, denominado análisis de género, que permite entender de qué modo un problema dado se expresa de manera diferente entre personas de distinto sexo (a través de gradientes) para poder examinar estas diferencias y analizar las razones que las determinan y explican, y poder establecer el modo de abordarlas.

El propósito del análisis de género es descubrir las diferencias debidas al sexo, las desigualdades e inequidades de género, y cómo afectan a problemas específicos de salud, a los servicios sanitarios y a las respuestas efectivas por parte de estos. Las desigualdades e inequidades generalmente crean, mantienen y exacerban la exposición a factores de riesgo que amenazan la salud. También afectan con frecuencia el control y el acceso a los recursos, incluyendo el proceso de toma de decisiones necesarias para proteger y promover la salud. Finalmente, estas diferencias influyen en las responsabilidades y los tipos de relaciones que se establecen entre quienes proveen los servicios sanitarios y la población que demanda dichos servicios, campo que ha sido escasamente explorado en las etapas iniciales de la vida.

El análisis de género examina las diferencias en las vidas de las mujeres y los hombres, incluidas las que conducen a la inequidad social y económica para las mujeres, y aplica esta comprensión al desarrollo de políticas y la prestación de servicios; además, se preocupa por las causas subyacentes de estas inequidades y tiene como objetivo lograr un cambio positivo para las mujeres.

El análisis de género reconoce que:

- Las vidas de los hombres y las mujeres (incluyendo la infancia), y por lo tanto las experiencias, las necesidades, los problemas y las prioridades, son diferentes.
- Las vidas de las mujeres y los hombres (incluyendo la infancia) no son todas iguales; los intereses que las mujeres tienen en común pueden estar determinados tanto por su posición social o su identidad étnica como por el hecho de ser mujeres.
- Las experiencias, las necesidades, los problemas y las prioridades de la vida de las mujeres y los hombres (incluyendo la infancia) son distintos para los diferentes grupos étnicos.
- Diferentes estrategias pueden ser necesarias para lograr resultados equitativos para mujeres y hombres (incluyendo la infancia), y para distintos grupos de mujeres.

El análisis de género tiene como objetivo lograr la equidad a través de un abordaje de la información con sensibilidad de género[9].

Abordaje de las infancias y las adolescencias desde el sector sanitario

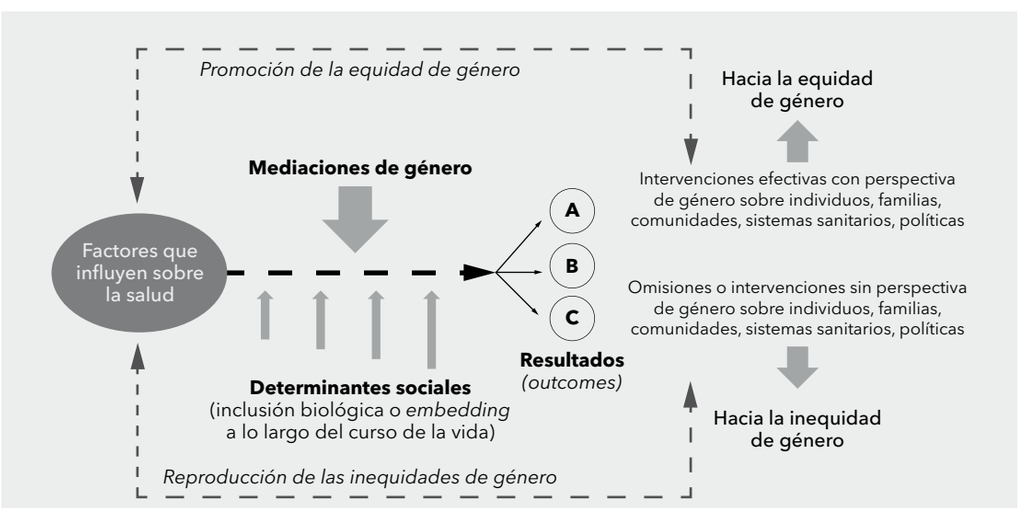
En pediatría, la incorporación de la dimensión de género es relativamente reciente. El abordaje de la salud materno-infantil se había centrado en el llamado «binomio», situación que ha invisibilizado tanto a la mujer gestante como al niño o niña, subsumiendo a ambos en esta relación que no da cuenta de sus singularidades. Por otra parte, los programas de salud materno-infantil perpetúan los roles de género, asignando los roles de cuidado exclusivamente a las mujeres y relegando otros aspectos esenciales de sus vidas, más allá de la función reproductiva. A pesar de los avances teóricos y de la incorporación del enfoque de género y del marco de derechos, que promueven el reconocimiento de los niños y las niñas como sujetos por derecho propio, resulta todavía un desafío incorporar estos conceptos a las prácticas de los servicios de salud.

Hace unos años pudimos desarrollar un instrumento, denominado Herramienta de Género *(Gender*

Tool)[10], a partir de una solicitud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea, y del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo de España (con el apoyo y liderazgo de Concha Colomer), que identifica las etapas del curso de la vida (desde la preconcepción hasta la adolescencia) y sugiere intervenciones con sensibilidad de género para ser aplicadas en los servicios sanitarios.

El presente marco conceptual muestra de qué modo el género afecta ciertos eventos clave en el desarrollo de la salud de los niños, las niñas y los/las adolescentes a lo largo de sus vidas (fig. 1). Estos factores pueden estar mediados por otros determinantes sociales que interactúan con el género (interseccionalidades) y comportan resultados o gradientes en los niveles de salud. Así se podrá contar con intervenciones con perspectiva de género en el ámbito individual, familiar y comunitario, en los servicios sanitarios y en políticas orientadas a promover la equidad de género, mientras que aquellas intervenciones que omitan esta perspectiva pueden contribuir a la reproducción intergeneracional de los fenómenos de inequidad de género y salud.

Figura 1. *Relaciones entre factores que influyen sobre la salud a lo largo del curso de la vida, mediaciones de género, resultados de las mediaciones de género y calidad de las intervenciones*[10].



El presente modelo puede aplicarse a cualquier problema de salud que acontezca durante el curso de vida, y a partir de ahí indagar sobre cómo la dimensión de género cobra un rol significativo en el reconocimiento del problema, en evaluar su magnitud diferencial y en el desarrollo de estrategias de abordaje con sensibilidad de género.

Diferencias en los factores de riesgo y de protección de la salud

Como ya se señaló oportunamente, el género es un determinante al que se asocian factores de riesgo o de protección, dependiendo del contexto y del momento. Estudios realizados en la Región de las Américas han podido establecer que, a pesar de la ventaja biológica de las mujeres en relación con los hombres, que explicaría los índices de mayor mortalidad masculina en todos los grupos de edad, la discriminación de género produce en determinados contextos una mayor mortalidad de las mujeres en las edades de 1 a 5 años. El análisis de datos epidemiológicos de 10 países de América Latina permite postular la existencia de prácticas discriminatorias contra las mujeres en cuanto a la distribución de alimentos y de recursos para la atención de la salud, que afectan la salud de las mujeres desde la infancia temprana. La persistencia de patrones de mayor mortalidad de las niñas durante los primeros 4 años de vida en distintas regiones geográficas del mundo estaría indicando una valoración desigual de las niñas y los niños, y al mismo tiempo sugiere que la discriminación en las primeras etapas de la vida no está relacionada necesariamente con situaciones de pobreza crítica, sino que responde a patrones culturales que organizan las

relaciones de poder entre los géneros y un acceso desigual a recursos y servicios[11,12].

En el caso de los varones, la adolescencia es una etapa de transición en la que la construcción de la masculinidad ocupa un lugar central en la vida. Hacerse hombres requiere experimentar una serie de vivencias que cargan con una doble demanda: no solo hay que ser hombre, sino que hay que demostrarlo. José Olavarría[13] señala que hay tres atributos que deben alcanzarse y que se refuerzan mutuamente, y exhibirlos será necesario para ser considerado un hombre cuando se llegue a la edad adulta: ser heterosexualmente activo, dedicarse al trabajo y ser padre de familia. Este modelo de masculinidad se articula a su vez con otras características, como la fortaleza y la negación de la vulnerabilidad, la represión emocional y el afrontamiento temerario del peligro, que hacen que la violencia sea la única emoción legítima para los varones. Todos estos determinantes sociales van a constituir factores de riesgo para la salud que limitan las conductas de cuidado y búsqueda de ayuda. Las causas relacionadas con la violencia constituyen el 43% de las defunciones de varones adolescentes en los países de ingresos bajos y medios[14].

Desequilibrio entre las necesidades en salud y el acceso a los recursos

Debido a las diferencias biológicas, los adolescentes tienen diferentes necesidades que las adolescentes. En la mayoría de los países, la sexualidad de los chicos no se tiene en cuenta cuando se diseñan los servicios sanitarios. Los sistemas de financiación de los servicios sanitarios y los esfuerzos que privatizan los servicios deben tener en consideración el hecho de que, como promedio, las mujeres tienen menos recursos económicos que los hombres. Hay que llevar a cabo investigaciones para conocer el impacto de estos cambios sobre la salud de los niños y las niñas.

Gradientes de salud durante la niñez y la adolescencia: algunos ejemplos significativos

Accidentes y género

Los accidentes y las lesiones constituyen uno de los problemas más documentados que demuestran las diferencias entre niños y niñas. Los niños tienden a tener más frecuentes y más graves lesiones que las niñas[15,16]. Según los datos de la OMS, en menores de 15 años hay, en promedio, un 24% más muertes por lesiones en los niños que en las niñas. En cuanto a la distribución de las causas, las lesiones por accidentes representan cerca del 50% de todas las defunciones, seguidas de los suicidios, los eventos de intención no determinada y finalmente los homicidios[17].

Se han propuesto varias teorías para explicar los gradientes en las tasas de lesiones entre niños y niñas. Estas incluyen la idea de que los niños toman más riesgos que las niñas, que tienen niveles de actividad más altos y que se comportan más impulsivamente. También se incluyen sugerencias de que los niños se socializan de manera diferente que las niñas y es menos probable que tengan su exploración restringida por los padres, que son más propensos a que se les permitirán mayores grados de autonomía y que probablemente se les permita jugar solos[18].

Abuso sexual y género

La llegada a la adolescencia marca el inicio de la actividad sexual y, con ella, la aparición de nuevos riesgos para la salud. La violencia sexual continúa siendo un problema para las adolescentes; según la OMS, una de cada 10 jóvenes menores de 20 años en todo el mundo indica haber sufrido violencia sexual. Las adolescentes, especialmente las que viven en países de ingresos bajos y medios, enfrentan embarazos precoces y abortos inseguros. Se estima que cada año dan a luz 16 millones de jóvenes de 15 a 19 años y 1 millón de menores de 15 años. Las complicaciones durante el embarazo y el parto representan la segunda causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo, y se estima que cerca de 3 millones realizan abortos inseguros[19].

El maltrato y la violencia constituyen otro riesgo para los niños y las niñas que les afecta de manera diferencial según el género, el nivel de ingresos del país y la región del mundo. Según el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* publicado por la OMS en el año 2003, la tasa de homicidios en niños menores de

5 años que viven en países de ingresos altos es de 2,2 por 100.000 para los varones y de 1,8 por 100.000 para las niñas, mientras que en los de ingresos medianos y bajos las tasas aumentan dos o tres veces. El informe sostiene también que, en la mayoría de los países, las niñas están más expuestas que los niños a ser víctimas de infanticidio, abuso sexual, descuido de la educación y la nutrición, y prostitución forzada, y los niños están más expuestos a ser maltratados físicamente[20].

Discapacidad y género

La mayoría de los expertos están de acuerdo en que actualmente no existen estimaciones confiables acerca del número de niños y niñas con discapacidad.

El *Informe mundial sobre la discapacidad* del Banco Mundial y la OMS, por ejemplo, estimó que en 2009 había unos 50 millones de personas con discapacidad en América Latina y el Caribe. Algunas publicaciones recientes han estimado una mayor prevalencia de discapacidades en la población regional. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe señaló que un 12% de la población de la región vive con al menos una discapacidad, lo que involucra aproximadamente a 66 millones de personas. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud estimó en 2012 que entre 140 y 180 millones de personas tienen discapacidad en las Américas.

Se estima que más de 8 millones de niños y niñas menores de 14 años tienen alguna discapacidad en América Latina. Asimismo, 6,5 millones de jóvenes entre 14 y 19 años tienen al menos una discapacidad[21].

Si bien tanto las estadísticas globales como las regionales son insuficientes y se requiere más investigación y desagregación de los datos, existen ya suficientes estudios y documentos de trabajo que justifican la preocupación de los especialistas por la alta vulnerabilidad a la violencia de los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad, que puede ser tres y hasta cuatro veces mayor que en la población general.

Algunas formas de violencia son específicas de los niños con discapacidad, como el abuso definido como modificación del comportamiento, algunos tipos de terapias o tratamientos farmacológicos abusivos[22]. Asimismo, en el contexto de emergencias y crisis humanitarias, el riesgo de violencia y explotación es aún mayor para estos niños y niñas, que suelen tener menos herramientas para sobrevivir y encontrarse en una situación de mayor dependencia y vulnerabilidad. Las proporciones de género entre los/las niños/as maltratados/as con discapacidad difieren significativamente de las encontradas entre otros/as niños/as maltratados/as. Aunque un poco más de la mitad de los/las niños/as maltratados/as sin discapacidad eran niñas, el 65% de los/las niños/as maltratados/as con discapacidad eran niños.

Nutrición, imagen corporal y género

Algunos estudios muestran que, en algunas culturas, la distribución intrafamiliar de alimentos varía según el valor que cada sociedad asigna a ser niño o niña, otorgando mayor valor familiar al varón, ya que actúa como proveedor temprano a través de su salida laboral.

El ideal de belleza es otro factor cultural que impacta la subjetividad de las adolescentes y que puede contribuir a la aparición de trastornos de la alimentación. Un estudio realizado en España con 200 jóvenes de ambos sexos de entre 13 y 17 años de edad muestra que los chicos tienen una mayor satisfacción que las chicas con su imagen corporal, un 53% se encuentra satisfecho y un 23,3% se sentiría más satisfecho si engordara un poco, mientras que solo un 7,5% de las chicas están satisfechas y un 50,6% quisieran estar más delgadas. El mismo estudio señala la existencia de una relación entre la insatisfacción corporal y el riesgo de padecer un trastorno de la alimentación[24]. Si bien es un tema de salud mental (véase más adelante), la mayoría de las personas jóvenes con trastornos alimentarios son mujeres, y también hay evidencias de que los trastornos alimentarios son una preocupación particular para los jóvenes transexuales.

Salud mental y género

A partir del trabajo de Hamblin[25] se obtuvieron las siguientes conclusiones

relativas a los problemas de salud mental durante la niñez y la adolescencia. En cuanto a la imagen general durante la infancia y la adolescencia, emocional y de salud mental, las niñas informan de menor bienestar subjetivo que los niños, y la brecha parece ampliarse durante la adolescencia. Expresan una menor satisfacción consigo mismas. Las niñas y las mujeres jóvenes están particularmente preocupadas por los problemas de salud mental. Una mayor proporción de niñas que de niños alcanza lo esperado de nivel personal, social y desarrollo emocional en la primera infancia.

Los problemas de salud mental en la edad escolar se identifican con mayor frecuencia en los niños que en las niñas, y los niños son más propensos a ser identificados con numerosas dificultades diferentes. Hay necesidades muy altas de atención en salud mental que son evidentes en jóvenes transexuales (por depresión, ansiedad, autoagresión y suicidios; en estos últimos agravada por la victimización transfóbica). Las niñas y las mujeres jóvenes tienen más probabilidades que los niños y los jóvenes de padecer depresión y trastornos de ansiedad. Hay mayores niveles de autoagresión en las niñas y las mujeres jóvenes en particular; sin embargo, los hombres de 15 a 24 años tienen más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres[26]. Los niños son mucho más propensos a ser diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y autismo que las niñas.

Se han observado complejas diferencias de género en la regulación de las emociones durante la infancia y la adolescencia. Las niñas y las mujeres jóvenes usan estrategias más centradas en la emoción que los niños y los hombres jóvenes. Las adolescentes perciben mayores cantidades de estrés interpersonal que los chicos. El género desempeña un rol en cómo las experiencias adversas impactan en la infancia y la adolescencia (véase el enfoque de curso de vida).

En cuanto a las necesidades de apoyo, en general, las niñas y las mujeres jóvenes buscan ayuda para problemas de salud emocional y mental más fácilmente que los niños y los hombres jóvenes El estigma relacionado con los problemas de salud mental afecta a la juventud en general, pero los varones se encuentran entre los grupos más susceptibles al estigma asociado a los atributos de fortaleza de la masculinidad.

Género: la formación pediátrica

La pediatría no ha tenido la cuestión de género como uno de sus aspectos centrales del desarrollo profesional. En este sentido, las sociedades de pediatría han centrado históricamente la función materna en los aspectos vinculados con la lactancia, desconociendo que además de la función nutricia de la madre hay una mujer. Esta situación ha llevado al extremo de asumir posiciones impositivas en cuanto a la lactancia como una cuestión mandatoria, sin considerar las cuestiones relativas a la voluntad y la posibilidad o no de amamantar a un bebé. Desde esta lógica, se asume con cierta frecuencia una actitud culpabilizadora para aquellas mujeres que por algún motivo no desean o no pueden amamantar a sus hijos e hijas. Por otra parte, la función del pediatra ha estado siempre centrada en la situación del niño o la niña, quedando la madre/mujer en un plano secundario. Se sabe que el momento del puerperio constituye un periodo de alto riesgo biosocial para la mujer. La salud de la madre incide sobre la salud de su bebé y del entorno familiar. De ahí que una función de la pediatría debería orientarse a rescatar las cuestiones de salud de la mujer y las relaciones de género en esta etapa tan particular de su vida[27].

Reflexiones finales

La incorporación de la dimensión de género como un eje constitutivo del desarrollo temprano permite reconocer las contribuciones de los entornos inmediatos de los niños y las niñas en la construcción de sus identidades, en la relación entre pares, en la expresión diferencial de problemas frecuentes de salud y en las modalidades resolutivas desde los programas y los servicios sanitarios.

Para el sistema sanitario, incorporar esta mirada representa un desafío, ya que requiere la incorporación de otros saberes y discursos que permitan

comprender la singularidad de cada niño, niña o adolescente. Sin embargo, este esfuerzo es necesario porque ofrece a su vez una herramienta privilegiada para visibilizar integralmente las infancias y las adolescentes, y transformar el modelo de atención para que pueda ofrecer una respuesta de calidad que garantice el ejercicio de sus derechos a toda la población de niños, niñas y adolescentes.

Por su parte, tanto la incorporación de las perspectivas de género como la de derechos, desarrollo inclusivo o interculturalidad en el campo de la salud, no solo se restringe a la relación entre proveedores/as y usuarios/as de los servicios de salud, sino que además interpela a los/las profesionales para reconsiderar sus propias prácticas, roles y modalidades de relación con sus pares en las instituciones y en el ejercicio de su propia ciudadanía.

Debate

Judith Usall: Me han encantado tu exposición y la expresión «pacto patriarcal», que no había oído nunca y creo que es muy interesante.

Raúl Mercer: La expresión «pacto patriarcal» tiene su origen en un historiador mejicano que habla de la necesidad de romper estos códigos patriarcales.

Lucero A. Juárez-Herrera: El concepto de masculinidad que se tiene (los hombres tienen que asumir actitudes más fuertes) podría explicar por qué la primera causa de muerte en los hombres jóvenes es la violencia. Las tres primeras causas de muerte en los hombres menores de 29 años son los accidentes automovilísticos, los asesinatos y los suicidios, todos ellos relacionadas con la violencia.
Y respecto a la capacidad de decisión de los niños, debemos considerar a los menores como sujetos de derecho, que tienen los mismos derechos e igual capacidad de decisión en el ámbito médico que una persona adulta.

Ángel Gasch: Retomando el concepto de masculinidad como factor de riesgo para la salud, tanto en general como para los hombres en concreto, me gustaría puntualizar que a veces se asumen ciertas conductas o pérdidas de salud por el hecho de estar dentro de una jerarquía entre varones, y esto debería analizarse. También es importante tener en cuenta la diversidad durante la construcción de identidades no binarias en los menores de edad (niñas y niños).

Eugenia Gil: Me ha gustado el concepto que has introducido sobre cómo las experiencias adversas en la infancia tienen un efecto en el curso de la vida de una persona. Este concepto podría ser muy útil desde la perspectiva de género en las mujeres, porque podríamos crear indicadores relacionados con los problemas a los que se enfrentan y relacionados con las diferencias de género: más tiempo de trabajo, menos tiempo de ocio, menos tiempo de deporte, más estrés cotidiano, más falta de poder, más falta de autoridad, vulneración de derechos, etc.

Mar Blasco: Para evitar feminicidios, en la India se llegaron a suspender las ecografías para averiguar el sexo de los fetos, porque si era femenino abortaban con 5-6 meses de gestación. En China hay poblaciones que tienen muy pocas niñas a causa de la política de hijo único y de la preferencia por tener hijos varones. Como consecuencia, cuando estas niñas lleguen a la edad reproductiva habrá un problema demográfico, si no lo hay ya. Y tengo curiosidad sobre cómo el sistema patriarcal va a resolver este problema o qué ley crearán, porque históricamente se ha aceptado que un hombre tenga varias mujeres, pero cuando la situación sea al revés, tengo dudas sobre cómo se gestionará y si se permitirá.

Raúl Mercer: Nosotros trabajamos con los servicios de salud y con los gobiernos provinciales y nacionales; trabajamos con equipos multidisciplinarios, desde la Administración hasta el servicio de seguridad del hospital, porque es en la puerta donde se empiezan a vulnerar los derechos de la gente. El sector sanitario tiene fuerzas proactivas que generan cambios culturales y modelos de organización, y por otro lado, estructuras

arcaicas resistentes y conservadoras que actúan como contrafuerza. En Argentina se dice que los hospitales son de alta complejidad y que los centros de atención primaria son de baja complejidad. Y el error más común es querer exportar lo que se hace en un hospital a una comunidad, porque las dinámicas que se establecen en una comunidad son muy complejas socialmente y se necesitan unas herramientas distintas. Contestando al comentario sobre India y China, leí un artículo científico sobre los problemas de ansiedad y depresión en las embarazadas en China. Cuando averiguaban el sexo de su bebé, la incidencia de problemas de depresión aumentaba en las embarazadas de niñas respecto a las embarazadas de niños. Es interesante analizar cómo una cuestión biológica que no debería causar ningún tipo de cambio o afectación acaba provocando un cambio epigenético.

Elisa Chilet: Como dices, creo que al sistema sanitario y al sector salud en general les cuesta mucho moverse, les cuesta cambiar. ¿Crees que hay más resistencia o dificultad para hablar de temas de género con población infantil que con población general?

Raúl Mercer: Trabajamos en la capacitación del personal médico en un hospital y en un centro hospitalario para niños en Sudáfrica, y cada hospital tiene una política distinta en cuanto a la situación o la permeabilidad para incorporar los temas de género. También estamos analizando patrones de comportamiento en estos hospitales en cuanto a la presencia de violencia obstétrica, desigualdades de género, etc. Otro tema que hay que abordar, al menos en América Latina, es la mala calidad de la atención, en la que incluso hay situaciones de violencia física o verbal. Hay que convencer a los médicos de la importancia de tener en cuenta y respetar el derecho de las personas, y hay que usar evidencias médicas. Para nosotros es un desafío generar estas evidencias, pero sin duda reuniones como las de hoy ayudan a aportan datos concretos a nuestras investigaciones y a generar cambios en el sector médico.

Bibliografía

1. Mercer R, Szulik D, Ramírez C, Molina H. Del derecho a la identidad al derecho a las identidades. Un acercamiento conceptual al género y el desarrollo temprano en la infancia. Revista Chilena de Pediatría. 2008;79(Supl 1):37-45.
2. Baxter J. The archaeology of childhood. Annual Review of Anthropology. 2008;37:159-75.
3. Hanish LD, Fabes RA. Peer socialization of gender in young boys and girls. 2014-2017 CEECD / SKC-ECD. Gender: early socialization. 2014.
   Disponible en: http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/2492/peer-socialization-of-gender-in-young-boys-and-girls.pdf
4. Leaper C, Friedman CK. The socialization of gender. En: Grusec JE, Hastings PD, editores. Handbook of socialization: theory and research. New York: Guilford Publications; 2007. p. 561-87.
5. Brooker L, Woodhead M, editores. El desarrollo de identidades positivas. Child and Youth Study Group. UK: Open University; 2008.
6. Vega MC, Molina Milman H, Mercer R. De las moléculas al desarrollo humano. Chile: Universidad de Santiago; 2015.
7. Mercer R, Hertzman C, Molina H, Vaghri Z. Promoting equity from the start through early child development and Health in All Policies (ECD-HiAP). En: Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editores. Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 2013. p. 105-24.
   Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf?ua=1
8. Endendijk J, Groeneveld M, Bakermans-Kranenburg MJ, Mesman J. Gender-differentiated parenting revisited: meta-analysis reveals very few differences in parental control of boys and girls. PLoS One. 2016;11:e0159193.
9. Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, García Calvente MM, Miqueo C, et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. J Epidemiol Community Health. 2007;61(Suppl 2):ii46-53.
10. Herramienta de Género. OMS/EU – Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 2008.
    Disponible en: www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/herramGeneroEstratInfanAdolesc.pdf

11. Gómez Gómez E. Sex discrimination and excess female mortality in childhood. En: Gender women and health in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1993. p. 25-42.
12. Sawyer CC. Child mortality estimation: estimating sex differences in childhood mortality since the 1970s. PLOS Medicine. 2012;9:e1001287.
13. Olavarría J. Invisibilidad y poder. Varones en Santiago de Chile. En: Hombres e identidades de género. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Centro de Estudios Sociales; 2001.
14. OMS, Centro de prensa. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. (Consultado el 8/3/2018.)
Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/
15. Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Li G. The injury fact book. 2nd ed. Lexington MA: Lexington Books; 1992.
16. Flavin MP, Dostaler SM, Simpson K, Brison RJ, Pickett W. Stages of development and injury patterns in the early years: a population-based analysis. BMC Public Health. 2006;6:187.
17. Informe sobre el estado de situación de la salud de las y los adolescentes en la Argentina. Programa de Salud Integral de la Adolescencia, MSAL y UNICEF. Buenos Aires; 2016.
18. WHO-UNICEF. World report on child injury prevention. 2008.
Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf
19. OMS, Centro de prensa. Nota descriptiva N.º 364. El embarazo en la adolescencia. (Consultado el 8/3/2018.)
Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/
20. Krug EC, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. Informe sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington DC: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
21. Massé GM, Rodríguez Gauna MC. La discapacidad en América Latina: reflexiones en torno a la medición de un fenómeno complejo en una región demográfica heterogénea. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas; 2015.
Disponible en: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/38528
22. UNICEF. Estado mundial de la infancia: niños y niñas con discapacidad. 2013.
Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/
23. Sobsey D, Randall W, Parrila R. Gender differences in abused children with and without disabilities. Child Abuse & Neglect. 1997;21:707-20.
24. Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente. 2000;30:45-8.
25. Hamblin E. Gender and children and young people's emotional and mental health: manifestations and responses. A rapid review of the evidence. London: National Children's Bureau; Aug 2016.
Disponible en: https://www.ncb.org.uk/genderandcypmentalhealth
26. Curtin SC, Warner MA, Hedegaard H. Increase in suicide in the United States, 1999-2014. NCHS Data Brief No. 241, April 2016.
Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm
27. Cheng TL, Kotelchuck M, Guyer B. Preconception woment's health and pediatrics: an opportunity to address infant mortality and family health. Acad Pediatr. 2012;12:357-9.

Ginecología y obstetricia: ¿influye el género?

Ana Belén Espejo Martínez, M.ª Teresa González Lucena, Belén Garrido Luque y M.ª Ángeles Álvarez Soriano

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga

Resumen

Para realizar un análisis correcto y una comprensión integral de la salud sexual y reproductiva es indispensable introducir transversalmente la perspectiva de género, así como el abordaje biopsicosocial incluyendo otras categorías tales como clase social, etnia, orientación sexual, etc., que delimitan una realidad dinámica y por tanto susceptible de transformación. El género es un aspecto determinante de inequidad y explica muchos de los factores que condicionan la salud, la enfermedad y la muerte de mujeres y hombres. Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos básicos. La realidad social en España en cuanto a las concepciones sobre la sexualidad ha experimentado cambios considerables; sin embargo, este cambio social no ha ido acompañado de una política pública dirigida a la salud sexual desde una concepción integral. La cultura patriarcal hegemónica considera la sexualidad masculina como obligatoria, competitiva e irresponsable, y atenta muchas veces contra los derechos sexuales de las mujeres. La libertad sexual, la medicalización de procesos fisiológicos, el acceso a una anticoncepción eficaz, los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la violencia obstétrica y las relaciones no igualitarias con violencia de género son problemas prevalentes en nuestra población y estrechamente relacionados con los condicionantes de género. Desglosaremos los términos e implicaciones en «sexual» y «reproductiva» abordando aspectos diferenciales, siempre con un enfoque de género y desde la perspectiva de los derechos humanos fundamentales. Finalizaremos visibilizando la actual organización de los sistemas de salud en nuestro entorno y los retos para vencer los sesgos y las inequidades detectados en salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: anticoncepción, género, modelos de atención sanitaria, salud sexual y reproductiva, violencia de género.

Introducción

Introducir transversalmente la perspectiva de género en el análisis de los procesos involucrados en la salud sexual y reproductiva es indispensable para su comprensión integral. En el abordaje biopsicosocial de la salud sexual y reproductiva deben contemplarse otras variables como clase social, etnia, edad, orientación sexual, hábitat, etc., que nos acercan a una realidad dinámica y por ello susceptible de transformación. El género no es solo un aspecto determinante de inequidad, sino también un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres. El enfoque de género nos permite hacer evidentes las relaciones jerárquicas y de poder que se establecen entre hombres y mujeres, los diversos mecanismos que utiliza el sistema de dominación masculina para perpetuar estas relaciones y la manera en que estas actúan junto con otros determinantes, tanto en la situación de salud de las poblaciones como en la propia estructura de los sistemas sanitarios[1].

El género es un factor decisivo dentro de los determinantes sociales de la salud, así como los sesgos de género que se producen dentro del sistema sanitario. La necesidad de trabajar en la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género no es cuestionable; el enfoque de género aporta información teórica útil para el estudio de la variabilidad en la práctica médica. Podemos variar en nuestras estrategias y enfoques, pero lo esencial es avanzar hacia el bienestar, la salud, la no violencia, el desarrollo en equidad, en el marco del más pleno respeto a los derechos humanos, incluyendo los derechos de las mujeres de todas las edades y condiciones, a su educación, salud y bienestar integral, participación social y desarrollo[2].

El «género» es un constructo analítico, fundamentado en la organización social de los sexos, que puede utilizarse para analizar y entender mejor los condicionantes y las condiciones de vida de mujeres y hombres a partir de los roles que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo. De hecho, la salud es un proceso complejo determinado por factores biológicos,

sociales, del medio ambiente y por los servicios de salud, en el cual el género, por su interrelación con todos ellos, tiene un papel importante. Lo que distingue el abordaje de género es el análisis de las relaciones sociales entre mujeres y hombres teniendo en cuenta que este también define desigualdades en salud. La creación de una identidad para las mujeres heterodesignada (designada por los hombres), por la que ser mujer es ser ama de casa, esposa y madre, determina con frecuencia la medicalización del malestar emocional de las mujeres y la aplicación sistemática de estrategias terapéuticas sintomáticas erróneas que en ningún caso se dirigen a las causas.

Es necesario plantear alternativas al pensamiento androcéntrico, generando nuevas hipótesis que desvelen lo invisibilizado. Se hace prioritario investigar nuevas explicaciones y alternativas a procesos de salud y de enfermedad en los que no se puede obviar la poderosa influencia del género como elemento constitutivo y generador de desigualdad. Sin embargo, este conocimiento se muestra insuficiente si no va acompañado de una transformación que permita que las y los profesionales que definen los problemas y las estrategias de intervención las desarrollen desde un enfoque integrado de género.

La salud sexual y la salud reproductiva

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y otros documentos aprobados internacionalmente. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales han de ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

La salud sexual es un componente central en la salud y el bienestar de las personas, y por lo tanto, promover la salud sexual implica favorecer las condiciones para que los servicios sanitarios garanticen su calidad, ofreciendo información, asesoramiento y asistencia sobre cualquier aspecto relacionado con la sexualidad. Se parte de un enfoque integral de promoción de la salud sexual que garantice los derechos sexuales de mujeres y hombres, encaminados a favorecer cambios en relación con los sesgos de género, fomentando, por ejemplo, la corresponsabilidad de las personas en las relaciones sexuales, independientemente de su sexo, opciones y orientaciones sexuales. Tanto mujeres como hombres son responsables de la vivencia de la sexualidad de un modo satisfactorio, placentero e igualitario.

En la actualidad, la realidad social en España en relación con las concepciones sobre la sexualidad ha experimentado cambios considerables, especialmente en los últimos 25 años, pero este cambio social no ha ido acompañado de una política pública dirigida a la salud sexual desde una concepción integral.

La cultura machista hegemónica considera la sexualidad masculina como obligatoria, competitiva con otros hombres e irresponsable, y atenta muchas veces contra los derechos sexuales de las mujeres. Por el contrario, la sexualidad femenina es concebida como pasiva y sin derecho a la iniciativa, con la posibilidad de un disfrute moderado de la sexualidad teniendo como única fuente de placer a su pareja, y siempre con la obligación de aceptar los requerimientos sexuales masculinos.

En este sentido, la negociación frente a las medidas de protección de embarazos no deseados, por razones de responsabilidades y de mayor peligro es asumida por las mujeres, pero desde una posición de menor poder. Muchos embarazos no deseados son producto de la violencia sexual o de agresiones menos evidentes, como el acoso sexual o el chantaje emocional. Del mismo modo, un amplio sector de mujeres tiene escasa o nula capacidad de negociación frente a sus parejas para el uso de protección frente a infecciones de transmisión sexual en sus relaciones sexuales. El método disponible más efectivo para esta protección sigue siendo el preservativo, y este está controlado por los hombres. Todavía no existe un método simple y efectivo de protección que la mujer pueda utilizar sin tener que recurrir a la cooperación de la pareja.

El contexto en que se inicia la actividad sexual tiene importantes significados para las personas e implicaciones en salud pública: el rol de la interacción de los adolescentes con sus pares, el abuso de alcohol y la presión de la pareja, en el caso de las niñas, influyen en la actividad sexual prematura y no deseada[3].

Si indagamos sobre las prácticas reproductivas y sexuales, así como sobre las asignaciones sociales y profesionales de cuidado del cuerpo en las relaciones sexuales[4], encontramos que los discursos y normativas sobre género y sexualidad legitiman, en los espacios de salud sexual y reproductiva, las desigualdades sociales, en especial las de género, y la doble moral sexual imperantes en la sociedad. Las mujeres aparecen como saturadas de una sexualidad «desordenada», que debe ser controlada a través de diversas regulaciones corporales, sexuales y reproductivas. Estas regulaciones inciden en el reconocimiento de su autonomía sexual y reproductiva, e impactan negativamente en sus derechos. La sexualidad masculina es abordada por la perspectiva predominantemente biomédica, centrada en la fisiología de la erección y en la prescripción de medicamentos, mientras que la sexualidad femenina es presentada como condicionada por problemas relacionales, más adecuados a la intervención psicológica[5].

Datos relevantes en la salud de las mujeres

Resultan relevantes algunas cifras en relación con los problemas de salud que afectan particularmente a las mujeres y que nos ayudan a contextualizar los problemas para el abordaje de sus posibles soluciones:

- La endometriosis es una enfermedad que padecen en España más de dos millones de mujeres y que, a pesar de que afecta a un 10-15% de la población femenina en edad fértil, está escasamente visibilizada por los prejuicios de género y los tabúes relacionados con la menstruación y la sexualidad femenina. Esta carencia de visibilización conduce al desconocimiento y la falta de investigación sobre una patología prevalente.
- Más del 15% de la población residente en España presenta sintomatología depresiva. La cifra de mujeres diagnosticadas de síndrome depresivo prácticamente duplica a la de los hombres (20,36% frente a 10,63%).
- En España existen enormes diferencias entre comunidades autónomas en cuanto al procedimiento empleado para el aborto. Las que realizan porcentualmente más abortos farmacológicos respecto a quirúrgicos son Baleares (53%), el País Vasco (50%), Cataluña (41%), Navarra (38%) y Galicia (28%). Por el contrario, Castilla León y Canarias no realizan aborto farmacológico, Extremadura solo el 1%, Madrid el 4% y Andalucía el 9%. Asimismo, es evidente el acceso desigual a los servicios públicos de interrupción voluntaria del embarazo: solo el 10,1% de ellas tuvieron lugar en la red sanitaria pública en 2014, lo que significa que el 89,9% se realizan en el sector privado.
- En relación con los hábitos de vida saludables, el 36,68% de la población adulta (15 y más años de edad) se declara sedentaria, y también en estos datos encontramos diferencias: el 31,08% en hombres y el 42,01% en mujeres.

La anticoncepción

Los diversos organismos internacionales y regionales de derechos humanos han emitido recomendaciones a los Estados tendentes a promover, respetar, proteger y garantizar el acceso a información y a servicios de anticoncepción. A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, la comunidad internacional se comprometió a desarrollar políticas de población que tengan como eje central los derechos reproductivos de las mujeres, incluidos el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos y el derecho a la salud sexual y reproductiva[6].

Los condicionantes de género intervienen activamente en la anticoncepción[7]. Además de las representaciones sociales, es necesario añadir el estudio de las representaciones psíquicas sobre la

sexualidad, sobre el otro sexo y sobre lo que supone el vínculo amoroso.

Se ha estudiado la influencia de la construcción cultural de género en el ámbito de la anticoncepción, integrando la epistemología feminista. Las dimensiones relacionadas con la anticoncepción son: el cuidado, la relación heterosexual, la relación amorosa y la maternidad. Tomar medidas anticonceptivas es un acto de cuidado, y la ética del cuidado, como práctica y como forma de pensar, está fuertemente relacionada con la identidad moral de género. Los estereotipos sexuales determinan creencias acerca de cómo debe ser el comportamiento sexual de chicos y chicas, y siguen un doble estándar: actividad/pasividad, coitocentrismo/sexo vinculado al afecto, y descontrol/fidelidad. La socialización amorosa es diferente en niños y niñas, y el amor sexual o romántico, tanto por su conceptualización como por la educación y experiencias amorosas que promueve, es parte intrínseca de la subordinación social de las mujeres. Si hay algún determinante de género por excelencia para las mujeres, este es el mandato de ejercer el rol materno, como finalidad o proyecto de vida, como dador de reconocimiento social y como proveedor de identidad.

Se han producido algunos cambios positivos, como la comprobación de que el eje central de la relación de pareja no es la maternidad, y ha disminuido la influencia de los condicionantes de género en la salud reproductiva de las mujeres con mayor formación, predominando en ellas la autonomía y una actitud más igualitaria. Sin embargo, persisten algunos estereotipos de género, como la actitud pasiva o sumisa de las mujeres y un rol de género inseguro[8]. Persisten problemas derivados de las diferencias entre sexos, el desconocimiento de mecanismos de protección en determinados casos y, en ocasiones, la falta de acceso a ellos. Estas cuestiones evidencian la necesidad de redoblar los esfuerzos realizados, mediante la incorporación integral de las perspectivas intercultural, de género y de derechos humanos[9].

Es preciso potenciar la investigación sobre condicionantes de género en anticoncepción para conocer si están dificultando la adopción de estrategias de prevención de riesgos, y si la repetición de comportamientos perjudiciales para la salud sexual y reproductiva está motivada por los mandatos de género.

La interrupción voluntaria del embarazo

El acceso al aborto legal y seguro es parte esencial de los servicios de salud reproductiva a los que tienen derecho las mujeres. El acceso al aborto legal y seguro se fundamenta en los derechos a la vida, la salud (incluida la salud reproductiva), la integridad física, la vida privada, la no discriminación y la autonomía reproductiva de las mujeres.

Los estudios internacionales especializados más recientes[10] evidencian que el aborto es un problema de salud pública, que genera casi 47.000 muertes al año alrededor del mundo y es causa del 13% de todas las muertes maternas y de casi cinco millones de complicaciones; es decir, el aborto realizado en condiciones inseguras y con marcos legales restringidos se relaciona con unas elevadas mortalidad y morbilidad maternas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la ilegalidad y la criminalización del aborto solo impactan en la inseguridad de los procedimientos y sus consecuentes efectos en la vida, la salud y la libertad de las mujeres, pero no en su incidencia[11].

Los derechos sexuales y reproductivos están garantizados en España, aunque su aplicación dista mucho de ser universal. La Ley del Aborto, aprobada en 2010, dio lugar al desarrollo de una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en octubre de 2010 que desarrollaba la norma, pero varios colectivos denuncian que su puesta en práctica «presenta deficiencias en su implantación» o es muy desigual entre comunidades autónomas. Algo que también fue denunciado por la Organización de las Naciones Unidas en 2015, que instó a España a «eliminar los obstáculos que impiden acceder a los servicios que permitan abortar de manera segura y legal en todas las partes del país» y a revisar la reforma legislativa que impide a las menores abortar sin consentimiento. Por otro lado, el aborto sigue sin estar integrado

en la red sanitaria pública, lo cual provoca que no se normalice. La ley antepone los centros públicos, pero contempla que se puedan desviar las intervenciones a los concertados. Esto ha derivado en que el 88% de las interrupciones realizadas en 2015 y en 2016 tuvieron lugar en centros privados, según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La mayoría de los abortos se realizan por métodos quirúrgicos (80%), a pesar de que el tratamiento médico se ha mostrado muy eficaz; el 69,76% de las interrupciones se realizaron antes de las 9 semanas y el 89,6% fueron a petición de la mujer, lo que significa que un gran porcentaje de ellas serían susceptibles de abordaje médico; sin embargo, no se estudian las razones de esta situación.

Educación para la salud: sexualidad saludable

La forma de vivir la sexualidad está relacionada con el género y el grupo étnico-cultural[12]. Se requiere plantear una educación sexual en la que, además de en los fundamentos biológicos y de prevención, se logre incidir y potenciar la educación de las emociones, los sentimientos, las actitudes y las conductas responsables; en definitiva, una educación integral.

Algunas variables utilizadas como indicadores del control y la violencia de la pareja y de la autonomía de las jóvenes nos pueden ayudar a entender cómo la violencia de género en las relaciones afecta la salud sexual y reproductiva de las mujeres y de los hombres jóvenes, y cómo empoderarlos puede reducir su susceptibilidad a embarazos no deseados, a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y a otras infecciones de transmisión sexual[13].

Se reconoce un mayor porcentaje de mujeres no violentadas que usan métodos anticonceptivos, pero la violencia basada en el género no se encuentra estadísticamente asociada al uso de métodos anticonceptivos[14].

Desde el comienzo de la crisis económica se observan un descenso en el uso de los anticonceptivos, una reducción de la fecundidad y un retraso en la edad de la maternidad. El impacto de la crisis económica parece afectar algunos indicadores de la salud sexual y reproductiva, pero es necesario seguir monitorizándolos, ya que en la actualidad la falta de perspectiva temporal suficiente puede estar infravalorándolos[15].

Para una educación en salud sexual efectiva es preciso acomodarse a la situación y las características de cada grupo social. Así, por ejemplo, en la población joven, la escuela y los servicios de salud pierden importancia como fuentes de información, mientras que la gana Internet.

Medicalización

Una de las hipótesis explicativas de las variaciones en la práctica médica es la influencia que tiene en la oferta de servicios sanitarios el hecho de que un mayor o menor número de médicas/os sean partidarios/as de un procedimiento terapéutico determinado. A modo de ejemplo tenemos la menopausia, que no es una enfermedad sino un cambio fisiológico ligado al proceso biológico de envejecimiento, pero que con frecuencia se medicaliza. Algunas mujeres pueden referir estados de malestar en diversos grados que son «generalizados» como resultado de los intereses de la industria farmacéutica y someten a tratamiento a muchas mujeres. Pese a la escasa evidencia de sus beneficios y riesgos, entre 1996 y 2000 las ventas de terapia hormonal sustitutiva aumentaron un 42%. Además, las prescripciones oscilan ampliamente según se realicen en centros públicos o privados. Con esta terapia se puede aprender sobre paradojas de la ciencia y su aplicación. A pesar de elevar el riesgo de cáncer de mama y de no conseguir demostrar su utilidad en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular, la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, mediante un panel de expertos, mantiene la indicación de terapia hormonal sustitutiva por su efecto protector contra la osteoporosis, incluso después de la publicación en *JAMA*[16] de los resultados del ensayo que analiza sus riesgos y beneficios, en el que se explicitó el incremento del riesgo de cáncer.

Otra práctica que merece ser analizada es la extirpación de órganos reproductivos femeninos, que partió de conceptos históricos válidos en

medicina y pudo resultar beneficiosa en su momento. Sin embargo, no sorprende comprobar que muchos de estos procedimientos, analizados de forma retrospectiva, tuvieron una dudosa base científica. Las histerectomías y las ooforectomías se realizaban por enfermedades del útero y de los ovarios, pero también para solucionar epilepsias y enfermedades «de los nervios» y problemas psicológicos, como la histeria. Los factores que influyen en la práctica de «ectomizar» a las mujeres son múltiples, no siempre relacionados con enfermedades graves. Hace casi 20 años que existe información científica sobre la mayor probabilidad de «ectomías» en mujeres de niveles sociales más desfavorecidos y de mayor edad. La mayoría de las histerectomías se indican por enfermedades benignas, y son mucho más frecuentes en centros privados; en España, aproximadamente el 60% se realizan por patología benigna. La propia necesidad percibida de las mujeres influye en su realización, en especial cerca de la menopausia. No obstante, solucionar los problemas percibidos por las mujeres con cirugía y que esta sea más o menos conservadora depende, en gran medida, de las/los profesionales.

Salud reproductiva

A partir de la segunda mitad del siglo XX se inicia un lento proceso de cambio en la atención al parto, a medida que las mujeres y las familias demandan la humanización del nacimiento. En la década de 1960, basándose en las teorías sobre el apego, surgió un movimiento en Occidente que pretendía un cambio en los procedimientos hospitalarios de asistencia al parto. Diversos estudios ponen de manifiesto que con el modelo humanizado se obtienen unos mejores resultados obstétricos y una mayor satisfacción de la mujer con su experiencia en el parto y el puerperio inmediato que con el modelo biomédico.

La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en las mujeres de todo el mundo, pero aún existe gran controversia en cuanto a sus indicaciones. El aumento de la tasa de cesáreas se ha convertido en objeto de análisis en diversos países[17]. Se cuestiona la sobreutilización y también la variabilidad de las tasas según se trate de hospitales públicos o privados, e incluso entre centros del mismo sector. Los hospitales públicos presentan tasas de cesáreas muy diferentes y los privados superan las cifras medias, sin que esto obedezca a una diferente distribución de los partos de riesgo[18].

Se han puesto de manifiesto diferencias en la asistencia al parto en función del sexo de los asistentes: al aumentar la proporción de varones entre los profesionales, aumenta también la tasa de partos instrumentales[19].

En relación al abordaje del dolor en el parto, el uso de la analgesia epidural se ha popularizado en España, tanto en su conocimiento como en su uso, en los últimos 20 años. Las características sociales, económicas y culturales que definen el rechazo, es decir, el tipo de mujer que rehúsa la anestesia epidural, coinciden con el esquema de «mujer tradicional» (mujer con escasos recursos económicos, nivel educativo bajo y que se dedica, fundamentalmente, a realizar labores domésticas en su propio hogar), lo cual se interpreta en un contexto de universalización de la oferta como un indicador más de las desigualdades en salud generadas por conductas y valores de género propios de sociedades patriarcalmente construidas[20]. Las publicaciones también nos muestran diferencias en el uso de la anestesia epidural en los partos vaginales, según el origen étnico o el contexto de las mujeres en situación de migración. La explicación de esto involucra un conjunto complejo de factores, que dependen tanto de las mujeres como de la atención sanitaria[21].

Violencia obstétrica

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, la no discriminación, la información, la integridad, la salud y la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, el parto y el puerperio en los servicios de salud –públicos y privados–, y es producto de un entramado multifactorial en el que confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

Expertos en el tema identifican dos modalidades de violencia obstétrica:

por un lado la física, la cual «se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta […] o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico»; y por otro la psicológica, que incluye «el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto». Como alternativa, en años recientes ha adquirido fuerza un modelo de «parto humanizado».

La violencia obstétrica como violencia simbólica contra la mujer manifiesta la asimetría existente entre hombres y mujeres, siendo imprescindible el desarrollo normativo encargado de regular el conjunto de prácticas en los procesos reproductivos de las mujeres y que permita alertar sobre la importancia del respeto de los derechos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. A pesar de los logros conseguidos desde estas iniciativas, las desigualdades de género siguen afectando los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo[22].

La organización de la atención a la salud sexual y reproductiva

En los últimos años se han producido una serie de reformas en nuestro Sistema Nacional de Salud que consolidan el modelo híbrido de tipo público/privado. Desde la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se deja de ofrecer atención sanitaria con carácter universal y gratuita, y se ha dado un salto adelante en la transformación del modelo sanitario universal hacia un modelo de aseguramiento. El cambio en el acceso al Sistema Nacional de Salud perjudica a los que nunca han cotizado y, de forma singular, a las mujeres pertenecientes a colectivos vulnerables, por ejemplo las inmigrantes. Es decir, a pesar de que se cuenta con una estrategia nacional y legislación específicas, los servicios de salud sexual y reproductiva presentan importantes deficiencias, y su acceso y cobertura sanitaria son desiguales dependiendo de la comunidad autónoma donde se resida y de la situación administrativa individual. Esto repercute de manera negativa en los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población, en especial de las mujeres y las niñas.

El Sistema Nacional de Salud de España había sido valorado hasta ahora como eficiente, con un gasto sanitario por habitante inferior a la media de la Unión Europea. Sin embargo, tras la reforma sanitaria se ha recortado el modelo sanitario y se están produciendo diferencias de servicios entre las comunidades autónomas, que previsiblemente van a aumentar, y con ello la inequidad territorial. A esto se suma que España es uno de los países de la Unión Europea con menos servicios sociales, y que gran parte de este déficit es absorbido actualmente por los servicios sanitarios.

Los programas y servicios de atención a la salud de las mujeres en nuestro medio están habitualmente centrados en la mujer adulta, en la reproducción y en la planificación familiar femenina[2], como si las diferencias biológicas afectasen solo al aparato reproductivo. Se preconiza la realización periódica de revisiones ginecológicas, mamografías y citologías de cribado, densitometrías óseas, tratamiento de la menopausia, etc., con la consecuente medicalización y medicamentalización de procesos fisiológicos de la vida de las mujeres.

La planificación familiar es una herramienta básica para el desarrollo de los pueblos[23]. Los beneficios suponen la prevención de embarazos no deseados y, con ello, la de abortos inducidos y la muerte materna; también mejora la salud infantil, aumenta el acceso a la educación de la niñez en el mundo, favorece el empoderamiento de las mujeres y contribuye además a disminuir la pobreza estimulando el desarrollo económico y el nivel de vida de las personas. Es un deber fundamental del Estado establecer políticas de planificación familiar, respetar la autodeterminación de hombres y mujeres cuando deciden planificar su vida reproductiva, así como

garantizar el acceso y la disponibilidad a la más amplia gama de métodos anticonceptivos. Sin embargo, la organización de los sistemas sanitarios puede contribuir a acentuar las desigualdades en la salud sexual y reproductiva. En 2016, trece colectivos presentaron el informe *Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España,* en el que se señala que los recortes en la atención sanitaria, tanto de ámbito nacional como autonómico, afectan de manera particular a la vida de las mujeres al tener que recibir atención médica. Asimismo, la desigual relación de poder entre hombres y mujeres, y las distintas formas de violencia contra las mujeres, repercuten negativamente en su salud física, mental, emocional y social. Se destaca también que, debido a los recortes económicos, existe una gran diferencia entre los servicios que prestan las diferentes comunidades autónomas, y que se produce inequidad territorial en la atención sanitaria de la salud sexual y reproductiva. Afirman que «resulta inadmisible que las mujeres representamos la mitad de la población y tengamos que seguir exigiendo igualdad de trato en el acceso a servicios sanitarios que solo nos afectan a nosotras. No puede ser que exista en España una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y su aplicación sea casi nula y que no cuente con un presupuesto específico asignado».

Feminización profesional. El techo de cristal

Las mujeres son una clara mayoría en los ámbitos universitarios de las carreras sanitarias, especialmente en la educación de grado, y se igualan en proporción a los hombres en el posgrado. En el año 2017, el 63% de las aspirantes al MIR fueron mujeres.

Sin embargo, las mujeres ocupan las posiciones menos valoradas en la estructura académica. Su presencia en los puestos de mayor estabilidad es aún minoritaria y escasean las catedráticas. En cambio, representan una clara mayoría en los puestos de administración y servicios. Respecto a los cargos unipersonales (puestos de gobierno como rectorado, decanato, etc.), las mujeres continúan estando prácticamente ausentes; solo aparecen en los equipos de gobierno ocupando vicerrectorados y en una proporción inferior al 30%.

En las sociedades profesionales del área sanitaria, las mujeres ocupan los lugares de menor rango (secretarías y vocalías), incluso en profesiones altamente feminizadas, como enfermería, donde las presidentas no llegan al 40% del total de las sociedades profesionales. En cuanto a la investigación, las mujeres figuran en los cargos con menor reconocimiento: aparecen en mayor medida como asociadas al equipo del proyecto, mientras que los hombres ocupan el papel de investigadores principales. Además, tienen mayor dificultad en la obtención de financiación cuando lideran proyectos. La presencia de mujeres en las revistas científicas continúa siendo desigual: aparecen en menor medida en los equipos editoriales y en los grupos de revisión, tienen más dificultades para ver publicados sus artículos.

En los servicios sanitarios se observa una concentración de mujeres en los espacios de trabajo con menor reconocimiento y escasa presencia en las categorías de mayor prestigio. Los estereotipos de género continúan perpetuando la asignación en exclusividad a las mujeres de algunas profesiones, como enfermería, mientras que se les dificulta el acceso a algunas especialidades de medicina, como la cirugía. Asimismo, estos estereotipos siembran dudas sobre las capacidades de las mujeres para liderar o asumir puestos de responsabilidad. Investigaciones realizadas desde el ámbito interdisciplinario de los estudios de las mujeres hacen evidentes las diferencias y las desigualdades en la práctica de las profesiones sanitarias; desigualdades que se manifiestan en la participación y la segregación a determinadas carreras, y dentro de ellas a determinadas especialidades, y en la escasa participación en cargos de responsabilidad.

Desde los años 1980, la diferencia entre la atención prestada por médicas y médicos ha sido un tema de creciente interés. Numerosos trabajos ponen de manifiesto diferencias en el abordaje médico en función del género[24]. Las médicas realizan una atención diferente que sus

compañeros. Esta atención está más centrada en la población usuaria, dedican más tiempo, preguntan más, piden más pruebas diagnósticas, prescriben menos medicamentos, realizan menos intervenciones y ofrecen más información que sus compañeros médicos. Además, reciben mayor valoración y satisfacción por la atención prestada. Las médicas de familia en Andalucía muestran una orientación más acusada hacia los aspectos psicosociales, proporcionan más información y realizan con más frecuencia actividades preventivas, y cuentan más con las enfermeras[25].

Si nos centramos en la especialidad de obstetricia y ginecología, es evidente la fuerte incorporación de las mujeres a su ejercicio y la desproporción en la ocupación de puestos de responsabilidad[26]. El gran número de mujeres incorporadas a la especialidad, combinado con la frecuente preferencia de las pacientes por ser tratadas por ginecólogas, motiva un gran número de preguntas acerca del futuro de estas especialidades y de quienes se dedican a ellas.

Modelos formativos

Los/las profesionales sanitarios/as reciben escasa o nula formación sobre género en pregrado y posgrado. Algunas publicaciones[27] desvelan lo que no se dice explícitamente (aunque puede ser intuido) en los discursos de los textos médicos, en los que se identifican habitualmente componentes ideológicos ocultos. En los modelos formativos sanitarios se establece como valor fundamental de las/los profesionales sanitarios el ser una buena persona de acuerdo con los valores cristianos de «hospitalidad» y «espíritu de sacrificio». Esto es particularmente patente en la formación de enfermería, donde «el rol de cuidado centrado en la persona» es considerado por la sociedad española algo inherente a la naturaleza de algunas personas y no parte de la formación académica intencional de una profesión.

El rol protagonista de la ciudadanía: el empoderamiento de las mujeres

Las condiciones sociales modulan los factores externos que tienen impacto en la salud[28]. A su vez, el género es un factor decisivo dentro de esos determinantes sociales de salud. Los testimonios revelan cómo los discursos y las normativas sobre género y sexualidad legitiman, en los espacios de salud reproductiva, las desigualdades sociales y la doble moral sexual imperantes en la sociedad. Las organizaciones feministas reclaman un modelo alternativo de atención a la salud ginecológica de todas las mujeres, centrado en su idiosincrasia, tanto física como de género, y en sus necesidades específicas. Ponen sobre la mesa las consecuencias negativas que generan sobre la psicología y la salud mental de las mujeres realidades como las desigualdades de género en la salud, junto con el resto de los factores, las presiones y los mandatos sociales que sufren las mujeres por el hecho de serlo y los malestares derivados de la adaptación a las tremendas exigencias y expectativas que impone el ejercicio de las funciones como ciudadanas en la sociedad actual.

Desigualdades en la atención

La OMS considera desigualdades en salud las diferencias, injustas y evitables, entre un grupo poblacional definido social, económica, demográfica o geográficamente, relacionadas con la salud. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos que tienen las personas en función de su edad, clase social, sexo, hábitat o etnia, y que se traducen en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. En la mayoría de los ámbitos preventivos existen colectivos vulnerables que no acceden a la prevención, tanto por razones socioeconómicas como de género. Estas barreras de acceso condicionan desigualdades en salud, y sus causas se han relacionado con factores culturales, idiomáticos, geográficos y económicos, que dan lugar a que cierto grupo de personas no acudan a los programas preventivos[29]. Las desigualdades de género en la salud solo pueden ser comprendidas en el contexto histórico, social y cultural en el que se desarrollan, y es preciso tener presente ese contexto para llegar a descubrirlas. Entre algunas de las causas de especial vulnerabilidad en nuestro contexto podemos citar:

- Menores y juventud víctimas de abusos: para la planificación de

programas de detección y prevención[30] debemos conocer los datos sobre abusos sexuales a menores y sus consecuencias, así como las circunstancias en que se producen y el perfil de los agresores y de las víctimas.

- Mujeres inmigrantes: la elevada fecundidad del importante contingente de mujeres inmigrantes en España genera una gran demanda asistencial en obstetricia y ginecología, en la que destacan la inadecuación horaria de las consultas de anticoncepción, la burocratización del itinerario asistencial y la falta de transparencia de los criterios de financiación en un marco normativo restrictivo de escasos recursos públicos. Merece especial interés la violencia sexual contra inmigrantes vulnerables en la Unión Europea[31], solicitantes de asilo y emigrantes indocumentados, que enfrentan más retos cuando buscan atención médica. El paradigma de formulación de políticas de la Unión Europea relega la violencia sexual en emigrantes vulnerables como un asunto de «extranjeros» y «mujeres únicamente», mientras que las políticas de migración y asilo de la Unión Europea reafirman su invisibilidad. Es necesario informar a las mujeres inmigrantes sobre anticoncepción, teniendo en cuenta sus preferencias, para aumentar la adherencia al tratamiento y disminuir las mayores tasas de interrupciones voluntarias del embarazo en este colectivo[32].
- Mujeres trabajadoras sexuales: incluso dentro de entornos que pretenden proporcionar cobertura de salud universal, las experiencias de las trabajadoras sexuales revelan barreras sistemáticas e institucionalmente arraigadas para una atención de salud de calidad. Las barreras institucionales expresadas con más frecuencia son los tiempos prolongados de espera (54,6%), los horarios de atención inadecuados (36,5%) y la percepción de falta de respeto por parte de quienes proveen atención médica (26,1%)[33]. Las trabajadoras sexuales afrontan una alta prevalencia de barreras institucionales para la atención, con una mayor incidencia entre las mujeres más marginadas. Se han demostrado los riesgos a los que están sometidas las trabajadoras del sexo, por vía de la estigmatización o de otras formas de violencia[34].
- Mujeres con limitaciones funcionales: viven constantemente descalificadas e infantilizadas, y con frecuencia la violación de sus derechos se genera desde el interior de su familia, desde su grupo de amigos y, por supuesto, desde las instituciones asistenciales. La violación de los derechos sexuales y reproductivos constituye un problema que debe reconocerse y atacarse desde todos los espacios sociales, a fin de que el entorno físico, los servicios, las actividades y la información se pongan a su servicio, incluyendo a quienes dentro de este grupo son especialmente vulnerables: niñas, mujeres gravemente afectadas y aquellas que por sus problemas intelectuales o mentales no pueden representarse a sí mismas. Existe un importante contraste entre los discursos de instituciones especializadas que promueven el acceso pleno a los derechos de las personas con discapacidad y las actitudes y prácticas concretas del personal que ofrece servicios; cuando las solicitudes están relacionadas con su sexualidad y su reproducción, es importante identificar las posturas que asumen estas últimas ante los discursos que las más de las veces tienen origen en prejuicios que las ubican como dependientes y asexuadas[35].

Reflexiones finales: salud sexual y reproductiva en equidad

Las investigaciones y los estudios realizados en las últimas décadas han permitido conocer que las mujeres y los hombres enferman y mueren por causas diferentes. Se ha observado que, en los países industrializados, las mujeres viven más años que los hombres, pero con peor calidad de vida. Dada la interrelación dinámica de los elementos que componen el constructo de género, es preciso obtener información acerca de los elementos socioculturales y simbólicos implícitos en los discursos sociales de los procesos de salud-enfermedad, en nuestro caso en la salud sexual y reproductiva. Esta información se obtiene a través de la metodología

cualitativa, cada vez más utilizada en el campo de análisis de la salud, por su capacidad para explicar los hallazgos obtenidos en el análisis cuantitativo. Por todo ello, es imprescindible incluir la perspectiva de análisis cualitativo en los sistemas de información con carácter sistemático.

La mirada androcéntrica de la salud ha hecho que una gran parte de los problemas que afectan a la salud de las mujeres no se hayan estudiado suficientemente, dando lugar a desigualdades en la salud con graves consecuencias para las mujeres. En ocasiones, son los aspectos relacionados con el sistema reproductor los que se consideran más relevantes al valorar la salud de las mujeres, de modo que numerosos programas, tanto preventivos como asistenciales, solo contienen aspectos relacionados con la anticoncepción, el embarazo, la menopausia y la detección precoz del cáncer en diferentes órganos del sistema reproductor, fundamentalmente el útero y las mamas. Esta visión parcial de la salud de las mujeres imposibilita una atención integral. El principal obstáculo para resolver un problema es desconocerlo, y en materia de medio ambiente la integración de las dimensiones de salud y género es todavía escasa; las investigaciones se olvidan de evaluar aspectos sociales (estructurales) relacionados con la discriminación de las mujeres por razón de género, entre cuyos paradigmas figuran la pobreza y la violencia. Las mujeres en general, y algunos grupos de ellas en particular (inmigrantes, ancianas, niñas, pertenecientes a determinadas etnias), son especialmente vulnerables a la pobreza. En relación con las causas de la pobreza de las mujeres podemos enumerar la falta de equidad en el reparto de recursos (económicos, alimenticios, de tiempo, etc.) y de acceso a los servicios públicos (educación, servicios sanitarios o un puesto de trabajo digno), lo que deja a las mujeres en franca desventaja y con pocas probabilidades de superar la pobreza. Esto es así incluso en los países donde la equidad de género ha alcanzado los mayores niveles en el mundo desarrollado.

Otro gran problema relacionado con la discriminación social por razones de género que tiene un enorme impacto sobre la salud es la violencia contra las mujeres. Este fenómeno, del que se conoce solo una pequeña parte, está presente en todos los países del mundo en los que se ha estudiado, independientemente del grado de desarrollo. Las estadísticas obtenidas en distintas partes del mundo, incluida Europa, muestran que entre el 16% y el 52% de las mujeres experimentan violencia física por parte de sus compañeros, y alrededor de un 20% son objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida. La violencia de género, la violencia intrafamiliar y la violencia sexual han de ser abordadas como problema prevalente de salud pública.

A pesar de que existe una estrategia nacional y legislación específica sobre salud sexual y reproductiva, los servicios públicos cuentan con importantes deficiencias en este contexto de crisis económica y recortes presupuestarios en salud, y su acceso y cobertura son diferentes dependiendo de la comunidad autónoma donde se resida y de la situación administrativa individual. La conclusión principal es que las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables presentan un mayor riesgo de exclusión si no se aplican medidas correctoras en el diseño de los programas de salud sexual y reproductiva[30]. Es preciso considerar también que la organización de los sistemas sanitarios puede contribuir a acentuar las desigualdades en la salud sexual y reproductiva.

De este análisis se desprende la necesidad de proyectos de educación para la salud y actuaciones preventivas para lograr mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres en su diversidad, incrementando su grado de autonomía personal y promoviendo relaciones más igualitarias.

Debemos evitar la medicalización de los cambios naturales y «esperables» de las funciones físicas y mentales en el proceso de envejecimiento, y concentrar los esfuerzos en el aumento de la calidad de vida en todas sus etapas. Igualmente, debemos evitar la medicalización de otros procesos fisiológicos como el embarazo, el parto y el posparto.

Constituye un reto seguir investigando en qué medida están relacionados los condicionantes de género con los principales problemas de salud sexual y reproductiva de la población: embarazos no deseados, relaciones no igualitarias con riesgo de violencia de género, infecciones de transmisión sexual, lesiones intraepiteliales de cuello uterino... Su aplicación puede mejorar la práctica clínica, y adecuar las tareas preventivas y asistenciales a las características culturales de las mujeres, al conocer cómo actúan los condicionantes de género en su comportamiento sexual y reproductivo.

Es necesario postular nuevas hipótesis de trabajo que tomen en consideración, entre otras, las relaciones entre terapia estrogénica y enfermedad cardiovascular, los efectos de la terapia sustitutiva, las consecuencias de la medicalización de los malestares (uso de analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos), las implicaciones de los ideales culturales en la valoración del propio cuerpo, el enigma de la fibromialgia, las huellas físicas y psíquicas del acoso y la violencia de género. También es imprescindible investigar la iatrogenia producida por los sistemas de salud y las repercusiones que tienen las opiniones y la conducta del personal sanitario.

Es evidente la necesidad de una formación para las y los profesionales del ámbito sanitario que abarque la perspectiva de género y tenga en cuenta las necesidades e idiosincrasias específicas de las mujeres en su diversidad. Adquiere relevancia la integración de la perspectiva de género en la formación de las/los profesionales sanitarias/os, ya que una adecuada capacitación en salud sexual y reproductiva con perspectiva de género permitirá que, al involucrarse como profesionales en la educación sexual integral de la ciudadanía, se promuevan la igualdad de género y las normas sociales equitativas, y se influya sobre una conducta sexual más segura y satisfactoria.

Debemos garantizar a las personas jóvenes, adolescentes y otros colectivos vulnerables el acceso a consejerías y servicios de salud sexual y reproductiva amigables, gratuitos, accesibles, con funcionamiento continuado y horarios amplios (incluidos los fines de semana), que ofrezcan una atención integral, con el objetivo de favorecer decisiones informadas y autónomas, y que la confidencialidad esté asegurada.

Del mismo modo, es imperativo realizar las modificaciones legislativas pertinentes a fin de incorporar la educación sexual en el currículo escolar desde la etapa de educación primaria hasta bachillerato.

En relación con el empoderamiento social como logro de mayor autonomía para las mujeres, su reconocimiento y la visibilidad de sus aportaciones para construir referentes, es clave el acceso en igualdad de oportunidades a los recursos sociales, políticos y económicos, lo que implica participar en las diferentes esferas de poder, entendidas como ámbitos de toma de decisiones. Para ello hacen falta el conocimiento, la información, la participación, el reconocimiento, la captación y la presencia. Todos estos elementos pueden favorecerse gracias a la promoción del empoderamiento grupal, que permite generar estrategias de afrontamiento a través de redes de autocuidado y de espacios seguros frente a la violencia contra las mujeres o frente a otro tipo de agresiones o situaciones de discriminación[36].

Dentro de las líneas estratégicas de intervención sobre la salud de las mujeres con enfoque de género deben contemplarse como aspectos fundamentales y prioritarios la formación y la investigación; para incorporar e impulsar el cambio en el rol de las/los profesionales de la salud es imprescindible que la perspectiva de género impregne el campo de la formación y la sensibilización de las propias personas gestoras. En cuanto a la investigación, como se ha reseñado a lo largo de todo el documento, no existen suficientes fuentes fiables de datos, tanto cuantitativos como cualitativos, que permitan analizar la influencia del género en la salud sexual y reproductiva. Es preciso trabajar con proyectos amplios de investigación-participación-acción que superen el exclusivo enfoque biomédico. Igualmente, es necesario promover y financiar, con fondos públicos, este tipo de estudios por parte de la Administración. Del mismo modo, dentro de la evaluación de los programas de promoción e intervención

en salud sexual y reproductiva hay que incorporar nuevos indicadores y variables de género que permitan transformar nuestra práctica.

En resumen, trabajar en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género implica incorporar una visión basada en el respeto a la diversidad cultural, reconociendo valores, creencias y estilos de vida diferentes; un enfoque basado en los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos básicos; y la implementación de programas más generales, que contemplen el efecto sobre la salud de la integración de las mujeres en el trabajo asalariado y su participación como iguales en todos los niveles de la sociedad. En cuanto a la planificación de las intervenciones hay que tener en cuenta las siguientes cuestiones: definir mejor los colectivos y objetivos dirigidos al trabajo con las mujeres; no centrarse exclusivamente en el trabajo con mujeres y reflexionar sobre cómo implicar a los hombres y ensayar iniciativas completas; priorizar el trabajo con sanitarias/os frente al dirigido a usuarias; y coordinarse con otros sectores de la sociedad y de la Administración.

Las inequidades pueden ser transformadas solo cuando se hacen visibles y se actúa para eliminarlas. Incorporar la perspectiva de género en los procesos es un reto ético y político impostergable que nos asegurará tener sociedades más justas y saludables. Solo conociendo y analizando las desigualdades podremos corregir las prácticas discriminatorias.

Debate

Marta Aymerich: Te quería preguntar por el término «violencia obstétrica». Lo oí por primera vez hace menos de un año, en un congreso. A pesar de que hay tesis y tesinas publicadas sobre el tema, no había oído hablar de este término. ¿Lo utilizamos poco, hay escasos datos para respaldarlo o bien se oculta, como todo lo referido al género?

Ana Belén Espejo: En nuestro ámbito se empieza a hablar de violencia obstétrica desde una perspectiva muy amplia. La referente actual sobre violencia obstétrica es Ibone Olza, una psiquiatra que habla sobre el vínculo, la violencia y el modelo de atención en el parto, la atención humanizada, etc.
La base de la toma de decisiones y de la autonomía reside en la información, en la educación y en una relación más igualitaria. Gracias a la estrategia de salud sexual y reproductiva, los colectivos de mujeres empiezan a demostrar que la atención obstétrica no respeta la autonomía ni la libertad de las mujeres, y defiende el entreguismo en pro del bienestar fetal.

María Teresa Ruiz Cantero: En el libro de referencia *Medicina preventiva y salud pública,* de Piédrola, hay un capítulo sobre violencia y salud pública; en la edición anterior de este libro se abordaban la violencia en general y la violencia en las guerras. Me sorprendió, porque lo que nos interesa en nuestro entorno es la violencia obstétrica, la violencia en el deporte, etc., es decir, la violencia desde una perspectiva más amplia, incluida la de género. A partir de ese momento, averigüé que en Argentina hay muchos pioneros sobre la violencia obstétrica y una legislación referente a ella. Además, la Organización Mundial de la Salud dispone desde hace unos 4 años de un documento oficial en el que se aborda el tema.

Michele Catanzaro: En relación con la natalidad y la población infantil, es importante mencionar la relación entre las pirámides poblacionales de proyección y el sistema de pensiones. Estas pirámides son una proyección sobre la situación dentro de 50 años basada en una extrapolación de la situación actual. Sin embargo, los demógrafos afirman que no tiene ningún sentido considerarlas como proyecciones reales de lo que pasará en el año 2050, porque no se tienen en cuenta los flujos migratorios.

Ana Belén Espejo: Sí, hay una cierta vinculación, pero está claro que el envejecimiento poblacional es la corriente que estamos viviendo. Yo empecé el ejercicio profesional en el año 1994, y en la misma maternidad, en

el año 2014, el número de partos era la mitad y el 20% era de mujeres inmigrantes y de bajos ingresos.

Elisa Chilet: Otro aspecto que está muy invisibilizado es que, en las consultas de ginecología relacionadas con la anticoncepción, el personal sanitario es el que toma la decisión por la mujer; no se da cierta información sobre algunos métodos anticonceptivos, especialmente los definitivos, a las menores de 35 años. Y cuando estas menores de 35 años tienen la información y exigen ese método anticonceptivo, el personal sanitario no se lo proporciona porque cree que la paciente se arrepentirá. Este debate no existe. Es una situación muy íntima que tiene lugar en la consulta y de la que no se habla.

Ana Belén Espejo: Son modelos de atención, y por supuesto nuestro esquema de formación patriarcal.

Elisa Chilet: Y paternalista, porque es el personal sanitario el que está tomando esta decisión por ti.

Lucero A. Juárez-Herrera: También hay que considerar lo que ocurre en algunos países de América Latina en los que hay una política de población. Después del consenso de Washington de 1993 hubo una política de población sobre la necesidad de disminuir la tasa de natalidad de los países pobres para reducir la pobreza. Pero ahora hay un efecto perverso, porque sí se ha disminuido la tasa de natalidad, pero la pobreza no ha disminuido tanto. El embarazo y la anticoncepción son decisiones muy personales, y también decisiones fruto de la relación entre el personal médico y la paciente, pero vemos que igualmente intervienen las políticas de población.

Eugenia Gil: Quería preguntar sobre las técnicas de reproducción asistida y el sufrimiento (que no aparece en ningún sitio), el silencio de las voces de las mujeres que están sufriendo cuando les hacen los implantes y rápidamente les pasan a hablar de los bebés, creándoles sufrimiento y expectativas frustradas. Creo que este es un tema sobre el que también deberíamos investigar.

Ana Belén Espejo: Ejerzo en el ámbito público y hay unos criterios muy restrictivos para acceder a la reproducción asistida. No se tiene en cuenta la diversidad de los distintos modelos de pareja en las prestaciones. Sin embargo, no comparto la idea de poder conservar ovocitos para quedarse embarazada a los 45 años. No nos planteamos políticas sociales que faciliten la maternidad y la paternidad responsables, y en edad biológica y segura para ellas. El tema de la reproducción es complejo, y no solo hablamos de los servicios públicos, sino de la amplia oferta privada y sin condiciones que se ve propiciada porque es un gran negocio.

Rosa Magallón: Quería retomar el comentario de Elisa sobre los dispositivos que se recomiendan en las consultas de ginecología. En mi comunidad autónoma acaban de cambiar el protocolo, y desde hace 2 años las técnicas de anticonceptivos están incorporadas en el imaginario médico. De nuevo volvemos al discurso sobre cuánto cuesta implantar en la práctica estas evidencias.

Ana Belén Espejo: Hay comunidades en las que los implantes están financiados, y en otras tienen que abonarlos las mujeres.

Mar Blasco: En la Comunidad Valenciana, la píldora está totalmente excluida del sistema financiero, salvo las que ellos consideran que van bien para el acné y la pérdida de cabello. Además, las píldoras para la endometriosis tampoco están incluidas; las de primera generación sí, pero las de tercera y cuarta generaciones no lo están y debe pagarlas la usuaria. En resumen, no solo es un sistema patriarcal y paternalista en el que el médico está tomando la decisión por ti, sino que de acuerdo con la economía son otros los que también están tomando la decisión por ti.

Bibliografía

1. Miguel Ramos P. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2006;23:201-20.

2. Ragúz M. Salud sexual y reproductiva y el desarrollo de las mujeres: el rol de los hombres. Revista de Psicología de la PUCP. 2000;18:107-50.
3. González E, Montero A, Martínez V, Mena P, Varas M. Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75:84-90.
4. Sosa-Sánchez I, Erviti Erice J. Narrativas sobre género y sexualidad en médicos mexicanos. Sus implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas. Sex Salud Soc (Rio J). 2017;(27):46-65.
5. Fabiola R, Jane R. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. Rev Saude Publica. 2011;45:722-9.
6. UNFPA, Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre de 1994.
7. Yago Simón T, Tomás Aznar C. Condicionantes de género en anticoncepción: diseño y validación de un cuestionario. Atención Primaria. 2013;45:418.
8. Tapia-Martínez H, González-Hernando C, Puebla-Nicolás E. Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de enfermería y obstetricia mexicanas. Enfermería Universitaria. 2017;14:251.
9. Rojas Cabrera ES, Moyano SA, Peláez E. Progresos y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina de los últimos 40 años. Una aproximación a partir de información relativa a "la primera vez". Sex Salud Soc (Rio J). 2017;25:49.
10. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. Reproductive Health Matters. 2010;36:90.
11. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2012.
12. Encarnación S, Antonio-José G, Manuel S. Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto: un estudio cualitativo con adolescentes españoles e inmigrantes. Perfiles Educativos. 2014;144:105.
13. Chacham A, Simão A, Caetano A. Gender-based violence and sexual and reproductive health among low-income youth in three Brazilian cities. Reproductive Health Matters. 2016;24:141-52.
14. Trujillo Charaja AC. Uso de métodos anticonceptivos asociado a violencia basada en género en mujeres en edad fértil. Centro de Salud Grocio Prado, Ica. 2015. (2017). ????
15. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria. 2014;28(Supl 1):109-15.
16. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative Randomised Controlled Trial. JAMA. 2002;288:321-33.
17. Ruiz-Sánchez J, Espino y Sosa S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: tendencias y resultados. Perinatol Reprod Hum. 2014;28:33-40.
18. Márquez-Calderón S, Ruiz-Ramos M, Juárez S, Librero López J. Frecuencia de la cesárea en Andalucía: relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios (2007-2009). Rev Esp Salud Publica. 2011;85:205-15.
19. Usandizaga Calparsoro M, Bermúdez Gutiérrez MJ. Obstetrician gender and vaginal delivery rate. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2009;52:221-6.
20. Biedma Velázquez L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: «la buena sufridora». Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2010;1:3.
21. Jiménez-Puente A, Benítez-Parejo N, Del Diego-Salas J, Rivas-Ruiz F, Maanon-Di Leo C. Ethnic differences in the use of intrapartum epidural analgesia. BMC Health Serv Res. 2012;12:207.
22. Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Medicina Legal de Costa Rica. 2017;1:104.
23. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013;3:465.
24. Moreno-Campoy E, Mérida-De la Torre F, Martos-Crespo F, Plebani M. Diferencias de género en el uso de marcadores tumorales. Rev Calid Asist. 2015;306:327-34.
25. Delgado A, López-Fernández L, Luna J. Being a male or female doctor is different in medical practice. Atencion Primaria. 2001;28:219-26.
26. Gil García E, Gimeno Mellado J, Garrido Peña F, Aguilar Caro R, Hernández Padilla M. Diferencias de género en las preferencias y desempeño profesional de ginecólogos y ginecólogas andaluces. Investigación y género, logros y retos: III Congreso Universitario Nacional Investigación y Género. Libro de actas. p. 714-25. Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/39426
27. Inés Munevar DI. Subtextos de género en siete textos médicos. Maguaré. 2014;28(1).

28. Vázquez-Santiago S, Garrido Peña F. El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. Enferm Clin. 2016;1:76.
29. Obregón Gutiérrez N. Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva. Análisis en el área de Sabadell. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2014.
30. Cortés Arboleda MR, Cantón Duarte J, Cantón-Cortés D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. Gac Sanit. 2011;25:157-65.
31. Keygnaert I, Guieu A. What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. Reprod Health Matters. 2015; 23:45-55.
32. Paraíso Torras B, Maldonado del Valle M, Cañete Palomo M, López Muñoz A. Contraception in immigrant women: influence of sociocultural aspects on the choice of contraceptive method. Semergen. 2013;39:440-4.
33. Socías M, Shoveller J, Bean C, Nguyen P, Montaner J, Shannon K. Universal coverage without universal access: institutional barriers to health care among women sex workers in Vancouver, Canada. PLoS One. 2016;11:e0155828.
34. Oliveira A, Fernandes L. Trabajadores del sexo y salud pública: intersecciones, vulnerabilidades y resistencia. Salud Colectiva. 2017;13:199.
35. Cruz Pérez MP. Acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: el papel de las y los prestadores de servicios. La Ventana. Revista de Estudios de Género. 2015; 5(42):7-45.
36. Escudero E, Royo R, Silvestre M. El empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social. Bilbao: Universidad de Deusto; 2014.

Cuestiones de género en patología funcional digestiva

Laura Sempere Robles

Unidad de Gastroenterología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante

Resumen

En gastroenterología está establecida una mayor prevalencia de la mujer en casi la totalidad de las patologías funcionales. La dispepsia funcional, el síndrome de intestino irritable y el estreñimiento funcional son las enfermedades funcionales que afectan a mayor número de pacientes. Las tres tienen importantes sesgos de género en sus estudios, debido al dogma creado en torno al predominio de la mujer. Las consecuencias de estos sesgos pueden influir en el manejo clínico de pacientes con síntomas comunes a otras enfermedades orgánicas, como la patología biliar litiásica, la enfermedad péptica gastroduodenal, la enfermedad inflamatoria intestinal y las neoplasias del tubo digestivo. En el caso de la enfermedad inflamatoria intestinal y las neoplasias, el retraso diagnóstico conlleva consecuencias irreversibles en la evolución de la enfermedad. La aplicabilidad de los fármacos a los hombres en la práctica clínica también se ve limitada por su falta de representación en los ensayos clínicos. El objetivo del presente capítulo es mostrar los sesgos presentes en el conocimiento establecido de la patología funcional digestiva, para así poder reflexionar sobre la necesidad de establecer cambios en la «visión» de los pacientes en la práctica clínica.

Palabras clave: dispepsia, estreñimiento funcional, mujer, sesgos de género, síndrome de intestino irritable.

Introducción

La patología funcional digestiva es un conjunto de condiciones clínicas caracterizadas por la ausencia de daño estructural en el tracto digestivo. Son enfermedades muy susceptibles a sesgos de género debido al dogma establecido en libros, sociedades médicas y cátedras universitarias, que afirma que es patología casi exclusiva de la mujer[1]. A pesar de este dogma, los estudios epidemiológicos existentes son escasos y presentan importantes limitaciones, como el cambio constante en los criterios diagnósticos de la patología funcional digestiva[2].

Es necesario realizar una revisión de la epidemiología real en relación al género en este grupo de afecciones y saber en qué situación se encuentran, tanto la mujer como el hombre, así como investigar la adecuación de los tratamientos farmacológicos en función de la metodología seguida en los ensayos clínicos.

Método

Para estimar la verdadera distribución por sexos de la patología funcional digestiva hemos realizado una revisión bibliográfica de los estudios epidemiológicos en las enfermedades funcionales más relevantes: dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable (SII) y estreñimiento funcional. De forma paralela realizamos la misma revisión respecto a las patologías digestivas orgánicas que con más frecuencia comparten similitudes clínicas con la patología funcional: patología biliar litiásica, enfermedad péptica gastroduodenal, cáncer gástrico, cáncer colorrectal y enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Se ha realizado una lectura crítica de los ensayos clínicos en patología funcional digestiva para valorar la distribución según el sexo y ver si ambos tienen representación suficiente para aplicar sus resultados a la población general.

Resultados

Epidemiología de la patología digestiva

1) Distribución por géneros de la patología digestiva funcional:
   - Dispepsia funcional: en las revisiones sistemáticas diseñadas para estudiar la prevalencia de la dispepsia funcional en función del sexo no se ha podido confirmar su mayor prevalencia en la mujer[3,4]. La prevalencia de la dispepsia funcional es muy variable en función de los estudios: del 2,6-41% en los hombres y del 2,7-41% en las mujeres. Tal vez sí puede haber una mayor prevalencia de la

dispepsia que asocia síntomas de reflujo en el hombre y de la dispepsia de tipo dismotilidad en la mujer.

- SII: una reciente revisión sistemática de alta calidad solo muestra un modesto incremento de la prevalencia del SII en la mujer respecto al hombre[5]. Si se analizan los subgrupos, las mujeres tienden a presentar con mayor frecuencia SII con predominio de estreñimiento, mientras que los hombres tienden con más frecuencia a presentar SII con predominio de diarrea.
- Estreñimiento funcional: aunque depende mucho de la definición de estreñimiento que se utilice en los estudios para evaluar su prevalencia, la mediana de la ratio mujer/hombre es de 2/1[6].

2) Distribución de la patología digestiva orgánica según el sexo:

- Patología biliar litiásica: en Europa, la patología biliar litiásica es más frecuente en las mujeres que en los hombres, con una ratio mujer/hombre de 2-3/1, siendo la edad fértil de la mujer la etapa en que esta diferencia es mayor[7]. Tras la menopausia, las diferencias entre hombres y mujeres tienden a desaparecer[8].
- Patología ulcerosa gastroduodenal: aunque de forma clásica la patología ulcerosa gastroduodenal se ha considerado que es más incidente y complicada en los hombres, los estudios epidemiológicos a gran escala demuestran que esta relación no es tan fuerte como se pensaba y que se trata solo de un ligero incremento de incidencia en los hombres respecto a las mujeres[9,10].
- EII: la enfermedad de Crohn parece ser más frecuente en las mujeres en las zonas de alta incidencia, mientras que en las zonas de baja incidencia tiende a ser más frecuente en los hombres[11]. La colitis ulcerosa tiene una distribución similar en ambos sexos.
- Cáncer gástrico: este tipo de cáncer tiene una mayor incidencia en los hombres. Según datos de la provincia de Zaragoza, el cáncer gástrico tiene una incidencia, por cada 100.000 habitantes/año, de 25,6 casos en los hombres y 17,3 casos en las mujeres[12].
- Cáncer colorrectal: aunque la incidencia del cáncer colorrectal parece similar entre hombres y mujeres, si se evalúa en función de su localización, el cáncer de colon derecho es más frecuente en las mujeres y el cáncer de colon izquierdo es más frecuente en los hombres[13].

Representación de la mujer en los ensayos clínicos de patología digestiva funcional

Los ensayos clínicos realizados en la dispepsia funcional, tanto con fármacos inhibidores de la bomba de protones como con procinéticos y pautas de erradicación de *Helicobacter pylori,* tienden a incluir más mujeres que hombres[14-16]. La representación de la mujer en la mayoría de los estudios supone el 60% del global de los participantes.

En el SII y en el estreñimiento funcional, la población participante en los estudios es totalmente diferente a la de los estudios de la dispepsia funcional. Tres ejemplos son los estudios realizados con linaclotida, rifaximina y probióticos:

- La linaclotida es un fármaco utilizado en el SII con predominio de estreñimiento y en el estreñimiento funcional. Su uso en la práctica clínica se basa en ensayos clínicos en los que más del 87% de las personas participantes eran mujeres[17-19].
- Los ensayos clínicos de la rifaximina, fármaco utilizado en el SII sin estreñimiento, incluyen poblaciones en las que más del 67% eran mujeres[20,21].
- Los probióticos son agentes muy empleados en el SII de forma global. Aunque existen estudios con una proporción similar entre hombres y mujeres, la mayoría están realizados con una proporción de mujeres superior al 83%[22-24].

Discusión

La evidencia presentada muestra que el dogma establecido sobre sexo y patología funcional digestiva no tiene una base científica.

La dispepsia, afección con una incidencia similar entre hombres y mujeres, suele presentarse como dolor o malestar epigástrico. El cuadro clínico puede plantear el diagnostico diferencial con la patología biliar, la patología ulcerosa gastroduodenal y el cáncer gástrico. Los estudios epidemiológicos apoyan que el manejo debe ser individualizado, atendiendo a los síntomas y signos, y no dejarse llevar por las creencias médicas clásicas, si bien puede estar justificada una mayor sospecha clínica de patología biliar en la mujer y de cáncer gástrico en el hombre.

Las patologías funcionales intestinales, tanto el SII y como el estreñimiento funcional, se manifiestan con alteraciones del ritmo deposicional (estreñimiento o diarrea) que pueden plantear el diagnóstico diferencial con la EII y el cáncer colorrectal. Aunque hay una mayor incidencia de patología funcional intestinal en la mujer, sobre todo del estreñimiento funcional, esta no es tan marcada como para no plantear un diagnóstico diferencial con patologías orgánicas. Por este motivo se recomienda realizar un estudio clínico exhaustivo para descartar síntomas o signos de alarma que orienten a patología orgánica, independientemente del sexo del paciente.

Los análisis de los ensayos clínicos muestran la infrarrepresentación de los hombres en los ensayos clínicos realizados para valorar la eficacia de los fármacos en la patología funcional digestiva. Esta pequeña representación lleva a dudar del beneficio real de estos fármacos en los hombres. Sería conveniente, pues, plantear nuevos estudios que incluyan una proporción de pacientes en función del sexo similar a las verdaderas incidencia y prevalencia en la patología funcional digestiva.

Conclusiones

- No existe evidencia sólida que confirme una mayor prevalencia de la dispepsia funcional en la mujer respecto al hombre. Sí hay una mayor prevalencia del SII y del estreñimiento funcional en la mujer, pero mucho más modesta de lo que se pensaba.
- Los clínicos no debemos cambiar el enfoque diagnóstico según el sexo cuando se valora a una persona con síntomas dispépticos, diarrea o estreñimiento, si bien es conveniente saber que la incidencia de patología biliar es mayor en las mujeres y que la de cáncer gástrico es mayor en los hombres.
- Estos conocimientos deben ser transmitidos a las sociedades médicas y universitarias, para que no sigan divulgando falsos dogmas.
- Los fármacos con uso en patología funcional digestiva deben ser sometidos a ensayos clínicos que representen de forma real las verdaderas incidencia y prevalencia de la patología funcional digestiva en función del sexo.

Bibliografía

1. Chang L, Toner BB, Fukudo S, Guthrie E, Locke GR, Norton NJ, et al. Gender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology. 2006;130:1435-46.
2. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. Gastroenterology. 2016;150:1257-61.
3. Ahlawat SK, Cuddihy MT, Locke GR 3rd. Gender-related differences in dyspepsia: a qualitative systematic review. Gend Med. 2006;3:31-42.
4. Flier SN, Rose S. Is functional dyspepsia of particular concern in women? A review of gender differences in epidemiology, pathophysiologic mechanisms, clinical presentation, and management. Am J Gastroenterol. 2006;101:S644-53.
5. Lovell RM, Ford AC. Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2012;107:991-1000.
6. McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Varma MG. A review of the literature on gender and age differences in the prevalence and characteristics of constipation in North America. J Pain Symptom Manage. 2009;37:737-45.
7. Shaffer EA. Gallstone disease: epidemiology of gallbladder stone disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006;20:981-96.

8. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver. 2012;6:172-87.
9. Everhart JE, Byrd-Holt D, Sonnenberg A. Incidence and risk factors for self-reported peptic ulcer disease in the United States. Am J Epidemiol. 1998;147:529-36.
10. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Farkkila N, Koskenpato J, Farkkila MA. Incidence and complications of peptic ulcer disease requiring hospitalisation have markedly decreased in Finland. Aliment Pharmacol Ther. 2014;39:496-506.
11. Burisch J, Munkholm P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. Scand J Gastroenterol. 2015;50:942-51.
12. Aguilar I, Compes L, Feja C, Rabanaque MJ, Martos C. Gastric cancer incidence and geographical variations: the influence of gender and rural and socioeconomic factors, Zaragoza (Spain). Gastric Cancer. 2013;16:245-53.
13. Benedix F, Kube R, Meyer F, Schmidt U, Gastinger I, Lippert H. Comparison of 17,641 patients with right- and left-sided colon cancer: differences in epidemiology, perioperative course, histology, and survival. Dis Colon Rectum. 2010;53:57-64.
14. Talley NJ, Meineche-Schmidt V, Paré P, Duckworth M, Räisänen P, Pap A, et al. Efficacy of omeprazole in functional dyspepsia: double-blind, randomized, placebo-controlled trials (the Bond and Opera studies). Aliment Pharmacol Ther. 1998;12:1055-65.
15. Mansi C, Borro P, Giacomini M, Biagini R, Mele MR, Pandolfo N, et al. Comparative effects of levosulpiride and cisapride on gastric emptying and symptoms in patients with functional dyspepsia and gastroparesis. Aliment Pharmacol Ther. 2000;14:561-9.
16. Jarbol DE, Kragstrup J, Stovring H, Havelund T, Schaffalitzky de Muckadell OB. Proton pump inhibitor or testing for Helicobacter pylori as the first step for patients presenting with dyspepsia? A cluster-randomized trial. Am J Gastroenterol. 2006;101:1200-8.
17. Lembo AJ, Kurtz CB, Macdougall JE, Lavins BJ, Currie MG, Fitch DA, et al. Efficacy of linaclotide for patients with chronic constipation. Gastroenterology. 2010;138:886-95e1.
18. Lembo AJ, Schneier HA, Shiff SJ, Kurtz CB, MacDougall JE, Jia XD, et al. Two randomized trials of linaclotide for chronic constipation. N Engl J Med 2011;365:527-36.
19. Chey WD, Lembo AJ, Lavins BJ, Shiff SJ, Kurtz CB, Currie MG, et al. Linaclotide for irritable bowel syndrome with constipation: a 26-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate efficacy and safety. Am J Gastroenterol. 2012;107:1702-12.
20. Pimentel M, Lembo A, Chey WD, Zakko S, Ringel Y, Yu J, et al. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. N Engl J Med. 2011;364:22-32.
21. Lembo A, Pimentel M, Rao SS, Schoenfeld P, Cash B, Weinstock LB, et al. Repeat treatment with rifaximin is safe and effective in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. Gastroenterology. 2016;151:1113-21.
22. Pineton de Chambrun G, Neut C, Chau A, Cazaubiel M, Pelerin F, Justen P, et al. A randomized clinical trial of Saccharomyces cerevisiae versus placebo in the irritable bowel syndrome. Dig Liver Dis. 2015;47:119-24.
23. Spiller R, Pelerin F, Cayzeele Decherf A, Maudet C, Housez B, Cazaubiel M, et al. Randomized double blind placebo-controlled trial of Saccharomyces cerevisiae CNCM I-3856 in irritable bowel syndrome: improvement in abdominal pain and bloating in those with predominant constipation. United European Gastroenterol J. 2016;4:353-62.
24. Sun YY, Li M, Li YY, Li LX, Zhai WZ, Wang P, et al. The effect of Clostridium butyricum on symptoms and fecal microbiota in diarrhea-dominant irritable bowel syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Sci Rep. 2018;8:2964.

Debate general (II)

Marta Aymerich: Me ha encantado esta jornada, y como pequeño indicador he hecho unos pocos *twits* y la gente los está «retuiteando» mucho, lo que significa que este tema despierta mucho interés en general. Ojalá construyáis más evidencias y que esto sirva para concienciarse y tomar decisiones al respecto.

Raúl Mercer: Me sumo al agradecimiento. No he tenido otras experiencias de este tipo, en las que todos estemos dispuestos a escuchar cuestiones que no son de nuestras respectivas disciplinas. Quería destacar que, desde el punto de vista pediátrico, deberíamos saber más sobre género y salud de la mujer, porque toda la atención se centra en el bebé y la mujer ocupa un segundo lugar, y sin embargo el puerperio es un momento de muchísimo riesgo, tanto biológico como de salud mental para la mujer, y las sociedades de pediatría no lo están teniendo en cuenta. Como comentario final, creo que contar con comunicadores profesionales durante esta jornada ha sido una idea brillante. Los comunicadores no solo explican la realidad, sino que también la crean, por lo que es fundamental contar con comunicadores que puedan investigar en profundidad los contenidos y traducir los mensajes que se deben transmitir.

Eugenia Gil: Me gustaría agradecer a la organización la sensibilidad para llevar a cabo una jornada como esta, y a María Teresa Ruiz Cantero por hacernos partícipes.

Ana Belén Espejo: Al hilo del comentario de Raúl, creo que el parto es un momento clave para incidir en la población, y sobre todo en los modelos de familia. Nosotros implementamos el baño y el cuidado del recién nacido por parte del padre cuando la madre estaba recién intervenida, o simplemente por ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando era su primer/a hijo/a. Estas iniciativas o cambios, aunque pequeños, no suponen un coste adicional, ni monetario ni en tiempo; solo se necesitan imaginación y ganas. Al principio hubo hostilidad por parte de muchos profesionales (pediatras, auxiliares, etc.) porque había que redefinir los roles profesionales, pero se dieron cuenta de que estos cambios no afectaban a su trabajo diario.

Fèlix Bosch: Me gustaría manifestar, desde la Fundación Dr. Antoni Esteve, nuestra satisfacción con la reunión de hoy. Todos hemos abierto más los ojos; «nos hemos puesto las gafas», algunos más que otros. Estoy muy contento con la participación de todos y todas.

María Teresa Ruiz Cantero: Muchas gracias. Creo que este será el primer documento que saldrá con el valiente nombre de *Perspectiva de género en medicina,* y espero que haya una segunda oportunidad para ampliarlo. Para concienciar a un colectivo es muy difícil ponerse en la perspectiva de género, ponerse esas gafas para ver, y mirar la realidad de otra manera. Lo más importante es que he quedado impresionada de cómo confluye la información en el mismo sentido en las diferentes especialidades. Agradezco mucho vuestra presencia.

Monografías*
Fundación Dr. Antoni Esteve

1. Erill S, Estapé J, coord. El hospital de día y su repercusión en terapéutica (1985)
2. Verger G, Carbó Ll, coord. Problemas que se plantean en el tratamiento de infecciones graves por *S. aureus* (1986)
3. Erill S, Camprubí P, coord. Contribución del biólogo a la farmacología en España (1987)
4. Laurence DR, Shaw IC, coord. Un glosario para farmacólogos (1987)
5. García Sevilla JA, coord. Aspectos biológicos de los síndromes depresivos (1988)
6. Munné P. Bases del tratamiento de las intoxicaciones agudas (1988)
7. Erill S, Castell JV, coord. Investigación básica y medicina clínica (1988)
8. Badía A, Domínguez-Gil A, Garzón J, coord. Tratamiento de datos en farmacología (1989)
9. Matías-Guiu J, Bigorra J, coord. Perspectivas terapéuticas en la esclerosis múltiple (1989)
10. González-Duarte R, coord. Biotecnología de aplicación farmacéutica (1991)
11. García Alonso F, Bakke OM, coord. Metodología del ensayo clínico (1991)
12. Periodismo científico. Un simposio internacional (Barcelona, 30 de mayo, 1990) (1991)
13. Barlett A, Serrano MA, Torrent J, coord. El ensayo clínico como tarea cooperativa (1992)
14. Camps MV, Pérez-Oliva M, coord. Terapéutica y calidad de vida (1993)
15. Capellá G, Hernández Bronchud M, Lluís F, coord. Investigación sobre cáncer en España: de la biología molecular a la clínica (1994).
16. Carlos R, Baños JE, coord. El tratamiento del dolor: del laboratorio a la clínica (1994)
17. García AG, coord. Farmacología de los canales iónicos (1995)
18. Elguero J, Pérez Gutthann S, coord. Bases de datos en farmacología y terapéutica (1996)
19. Álvarez FJ, coord. Fármacos y conducción de vehículos (1996)
20. Navarro FA. Traducción y lenguaje en medicina (1997)
21. Medicina y medios de comunicación. Traducción al español de una serie publicada en la revista *The Lancet* (1997)
22. Carné X, Costa J, coord. Problemas y controversias en torno al ensayo clínico (1998)
23. Baños JE, Brotons C, Farré. Glosario de investigación clínica y epidemiológica (1998)
24. Baeyens JM, Zorzano A, coord. Transducción de señales como diana farmacológica (1999)
25. Investigación médico-farmacéutica en atención primaria. Una visión a través de las publicaciones de la REAP (1999)
26. Miró JM, Gatell JM, coord. Modelos experimentales de patología infecciosa (2000)
27. Laurence DR, Carpenter JR. Diccionario de farmacología y temas afines (2000)
28. Codina C. Educación sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos (2000)
29. Bosch F, coord. Aspectos conceptuales del ensayo clínico. Una revisión a través de artículos publicados en *Medicina Clínica* (1990-1999) (2000)
30. Bonfill X, coord. Ensayos clínicos en intervenciones no farmacológicas (2001)
31. De Felipe, coord. Aspectos básicos y clínicos sobre la neurobiología de la adicción (2003)
32. Videla S, Bosch F, coord. La investigación en un entorno asistencial. Algunas reflexiones y ejemplos (2005)
33. Baños JE, Bigorra J, coord. La proyección social del medicamento (2007)
34. Badia A, coord. Aportaciones de los estudios funcionales a la investigación farmacológica básica (2008)
35. Torrens RM, coord. Atención al paciente oncológico desde la perspectiva de enfermería (2010)
36. Juan M, coord. Nuevas perspectivas en inmunoterapia (2012)
37. Gutiérrez Rodilla BM, Navarro FA, coord. La importancia del lenguaje en el entorno biosanitario (2014)
38. Orefice C, Baños JE, coord. The role of humanities in the teaching of medical students (2018)

---

*Referencias en formato abreviado de la serie. La cita correcta debería seguir el formato: Ruiz Cantero MT, coord. Perspectivas de género en medicina. Monografías Dr. Antoni Esteve, Nº 39. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2019.

Todas las monografías de la Fundación Dr. Antoni Esteve están disponibles gratuitamente en www.esteve.org

El conocimiento de sesgos de género en medicina es crucial para abordar las desigualdades evitables en la recuperación de la salud de las mujeres.

Esta monografía recoge en cada uno de sus capítulos los sesgos de género que existen en once áreas terapéuticas distintas.

9 788494 720451