comfin
Coordinadora de Organizaciones de Mujeres y/o Feministas por la Igualdad en Navarra. Nafarroa osoko Emakume Elkarteen Federazio
Info: comfinavarra@gmail.com
Tel. 648711078

COLABORAN/LAGUNTZAILEA
Instituto Navarro para la Igualdad
Nafarroako Berdintasunerako Institutua
Gobierno de Navarra
Nafarroako Gobernua
AGENDA 2030

SESGOS E INNOVACIONES DE GENERO EN MEDICINA

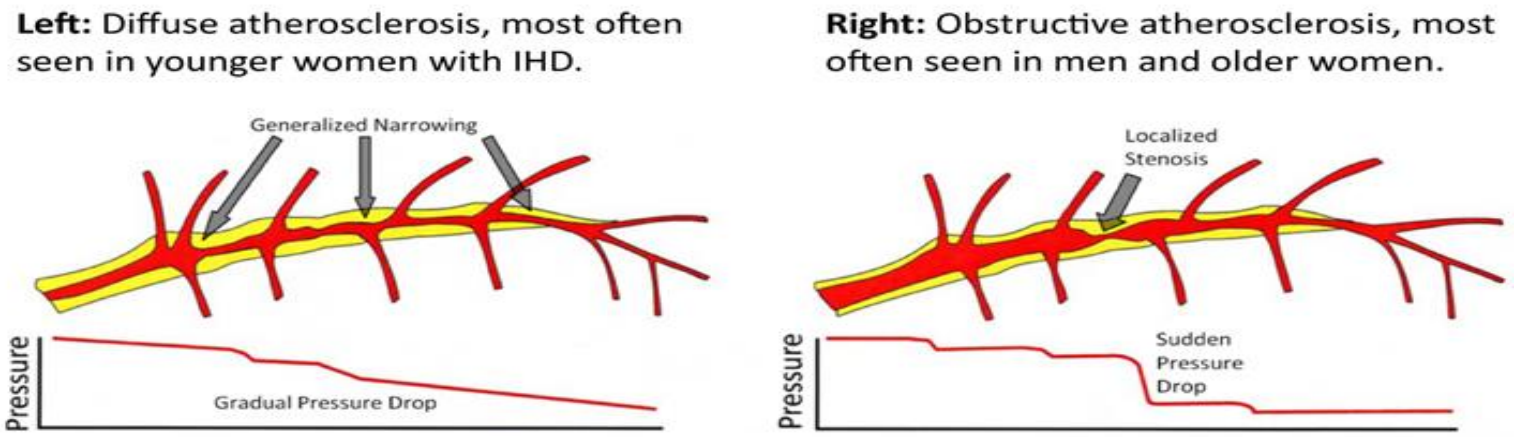
Ma. Teresa Ruiz Cantero
Universidad de Alicante
cantero@ua.es

Diferencias en el uso de Angiografías coronarias y revascularización en pacientes hospitalizados por problemas cardíacos

Ayanian IZ, Epstein AM. *N Engl J Med 1991; 325: 221-5*

Hospital de Harvard (30,000 patients) y New Haven (30,000 patients)

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Blancos/as	18.8	9.4
No Blancos/as	14	8.6



In age-matched groups of women and men with acute coronary syndrome, women are more likely than men to have minor or no obstruction as visualized through coronary angiography (image from Gould, 1999; reproduced with permission).

Sesgo de género en la Demora asistencia de atención sanitaria al Infarto de Miocardio

	Minutos de Espera	
	Hombres	Mujeres
Registro IAM Asturias	120	180
Estudio IBERICA	120	153
Estudio Castilla-La Mancha	150	175
Estudio Gipuzkoa	90	120

MT Ruiz-Cantero, M Verdú-Delgado. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1): 118-25

n=6022 pacientes con infarto, 41 hospitales

Similar retraso en la demanda en ambos sexos

Retraso desde comienzo de los síntomas a la atención en el hospital: Mujeres mediana: 4h 30' (2h 10' - 12h 56')
Hombres mediana: 4h (2h - 10h)

Mayor riesgo de muerte a los 30 días: 1,58 (95%IC 1,27-1,97) para > 1 h de demora.

Bugiardini R. Delayed care and mortality among women and men with myocardial infarction. J Am Heart Assoc 2017; 6: e005968.

Consecuencias:

Pronósticos inciertos en morbilidad, mortalidad, y desigualdades de género en salud

EL SÍNDROME DE YENTL

, 1991

The New England Journal of Medicine

THE YENTL SYNDROME

YENTL, the 19th-century heroine of Isaac Bashevis Singer's short story [1] had to disguise herself as a man

National Institutes of Health
Bethesda, MD 20892

BERNADINE HEALY, M.D.

REFERENCES

1. Yentl the yeshiva boy. In: Singer IB. An Isaac Bashevis Singer reader. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1971:135-66.
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.

Strictly embargoed until 23.00 UK time / 6pm New York time on Sunday 16th May 2021

The Lancet Commissions

The *Lancet* women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030

Birgit Vogel, Monica Acevedo, Yolande Appelman, C Noel Bairey Merz, Alaide Chieffo, Gemma A Figtree, Mayra Guerrero, Vijay Kunadian, Carolyn S P Lam, Angela H E M Maas, Anastasia S Mihailidou, Agnieszka Olszanecka, Jeanne E Poole, Clara Saldarriaga, Jacqueline Saw, Liesl Zühlke, Roxana Mehran

Cardiovascular disease is the leading cause of death in women. Decades of grassroots campaigns have helped to raise awareness about the impact of cardiovascular disease in women, and positive changes affecting women and their health have gained momentum. Despite these efforts, there has been stagnation in the overall reduction of cardiovascular disease burden for women in the past decade. Cardiovascular disease in women remains understudied, under-recognised, underdiagnosed, and undertreated. This Commission summarises existing evidence and identifies knowledge gaps in research, prevention, treatment, and access to care for women. Recommendations from an international team of experts and leaders in the field have been generated with a clear focus to reduce the global burden of cardiovascular disease in women by 2030. This Commission represents the first effort of its kind to connect stakeholders, to ignite global awareness of sex-related and gender-related disparities in cardiovascular disease, and to provide a springboard for future research.

Published Online
May 16, 2021
https://doi.org/10.1016/
S0140-6736(21)00684-X

See Online/Comment
https://doi.org/10.1016/
S0140-6736(21)01017-5

See Online/Perspectives
https://doi.org/10.1016/
S0140-6736(21)01100-4

Icahn School of Medicine at

Las enfermedades cardiovasculares permanecen menos estudiadas, reconocidas, diagnosticadas y tratadas en mujeres que en hombres.

nature COMMUNICATIONS

ARTICLE

https://doi.org/10.1038/s41467-019-08475-9 OPEN

Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women

David Westergaard[1], Pope Moseley[1], Freja Karuna Hemmingsen Sørup[1,2], Pierre Baldi[3] & Søren Brunak[1]

NATURE COMMUNICATIONS | (2019)10:666 | https://doi.org/10.1038/s41467-019-08475-9

Universidad de Copenhague

Datos de 7 millones de hombres y mujeres
Sistema de Salud Danés
Período: 21 años

Los diagnósticos se retrasan mucho más en las mujeres que en los hombres en al menos 700 enfermedades

Cáncer: las mujeres son diagnosticadas 2 años y ½ más tarde que los hombres

Diabetes: 4 años y ½

Excepción: osteoporosis.

Mensaje: Las estrategias nacionales deben considerar las diferencias entre ambos sexos en los síntomas y signos.

DEFINICIÓN DE SESGO DE GÉNERO

Práctica profesional de la medicina: "La diferencia en el tratamiento médico de hombres y mujeres, el impacto del cual puede ser positivo, negativo o neutro."

Lenhart Sh. Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians. J Am Med Women Assoc 1993; 48: 155–9.

.

INVESTIGACION → Docencia Universidad → PRÁCTICA PROFESIONAL

TIPOS DE SESGOS DE GÉNERO

1. Sesgo de género en la atención sanitaria relacionado con incorrecta asunción de:

Igualdad entre mujeres y hombres en el enfermar

- Exposición a factores de riesgo y consecuencias.
- Síntomas precoces (incluso tardíos).

Diferencias entre mujeres y hombres en el perfil de salud

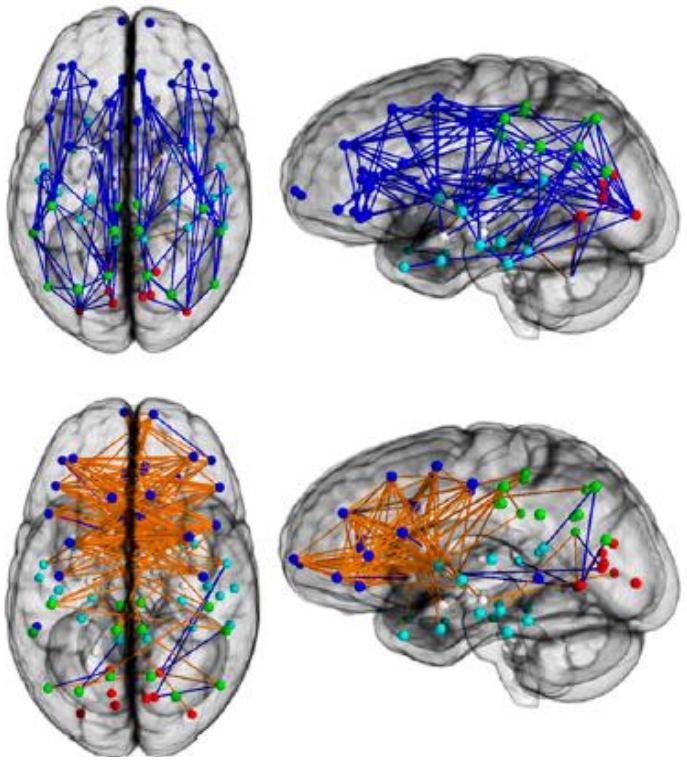
- Respuestas a los tratamientos.
- Resultados
- Pronóstico

2. Sesgos de género en la atención sanitaria relacionado con problemas de salud padecidos solo por mujeres/hombres.

MT Ruiz-Cantero, L Verbrugge. **A two way view of gender bias in Medicine.** *J Epidemiol Comm Health 1997; 51: 106-9*

MT Ruiz-Cantero y cols. **A framework to analyse gender bias in epidemiological research.** *J. Epidemiol Comm Health 2007; 61: 46-53*

Sex differences in the structural connectome of the Human brain



Conectividad en los hombres

Redes cerebrales:
Conexiones intra-hemisféricas en AZUL
Conexiones inter-hemisféricas en NARANJA

Conectividad en las mujeres

Ingalhalikar M, et al. Sex differences in the structural connectome of the human brain. Proc Natl Acad Sci 2014; 111: 823-8.

Addyi

“La viagra femenina”

sprout pharmaceuticals

Meet Sprout Our Mission Leadership News Contact Us

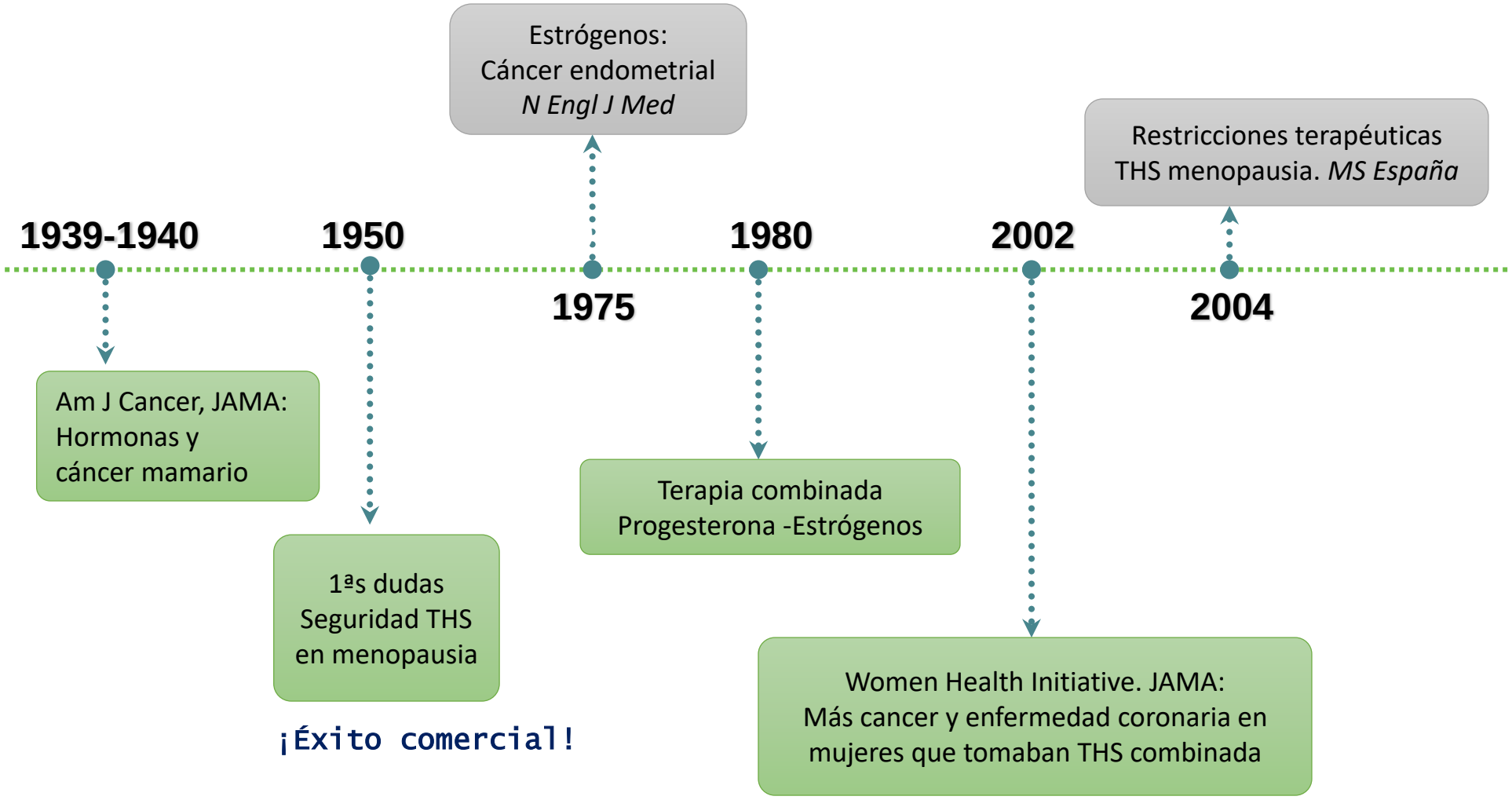
We're On A Mission

http://www.sproutpharma.com/

Gellad WF. Evaluation of Flibanserin. Science and Advocacy at the FDA. JAMA 2015; 2015; 314(9): 869-70.

Riesgos de la Terapia Hormonal Sustitutiva

Krieger N, et al. Hormonal Replacement Therapy, cancer, controversies, and women's health: historical, epidemiological, biological, clinical, and advocacy perspectives. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59: 740-8.



LA NORMALIDAD CONSISTE EN CREER QUE LO QUE PASA ES NORMAL
EL ROTO

Innovaciones de Género en la Atención Sanitaria

https://genderedinnovations.stanford.edu/case-studies-medicine.html

Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment

Universidad de Stanford

Home | Contributors | Links | Translations | Contact Us | Search The Site

What is **Gendered Innovations**?

SEX & GENDER ANALYSIS
- General Methods
- Specific Methods
- Terms
- Checklists

CASE STUDIES
- Science
- Health & Medicine
- Engineering
- Environment

INTERSECTIONAL DESIGN

POLICY RECOMMENDATIONS

VIDEOS

Print
Tweet
Facebook

Health & Medicine Case Studies

Demonstrate Gender Methods In Basic And Applied Research

This page provides practical examples of how sex and gender analysis leads to gendered innovations.

Chronic Pain: Analyzing How Sex and Gender Interact

Colorectal Cancer: Analyzing How Sex and Gender Interact

Covid-19: Analyzing Sex and Analyzing Gender

De-Gendering the Knee: Overemphasizing Sex Differences as a Problem

Dietary Assessment Method: Analyzing How Sex and Gender Interact

Heart Disease in Diverse Populations

PERSPECTIVA DE GENERO EN MEDICINA

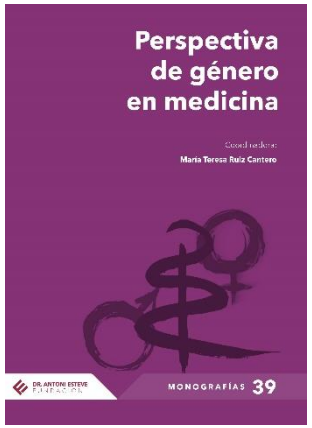
DR. ANTONI ESTEVE
FUNDACIÓ. FUNDACIÓN. FOUNDATION

https://www.esteve.org/capitulos/perspectiva-de-genero-en-medicina/

La perspectiva de género y derechos en el estudio de las enfermedades cardiovasculares
Lucero A. Juárez-Herrera y Cairo
Afiliación

Reumatología y género
Eliseo Pascual Gómez
Reumatología, Hospital Vithas, Alicante

Diferencias de género en el infarto cerebral
Joan Montaner
Servicio de Neurología, Hospital Macarena, Sevilla



Diferencias de género en enfermedades infecciosas
María Teresa Ruiz Cantero
Universidad de Alicante. CIBER Epidemiología y Salud Pública

Desigualdad de género en medicina. Enfermedades respiratorias
Tamara Alonso
Servicio de Neumología, Hospital Univ. La Princesa, Madrid

La nefrología desde una perspectiva de género
Mª Dolores Arenas Jiménez
Servicio de Nefrología, Hospital Vithas, Alicante

¿Existe desigualdad de género en la hipercolesterolemia familiar? La visión desde el manejo masivo de datos
Alberto Zamora
Dep. Ciencias Médicas, Fac. Medicina, Universidad de Girona

La práctica de la pediatría en clave de diversidad
Raúl Mercer
Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO, Buenos Aires, Argentina

Ginecología y obstetricia: ¿influye el género?
Ana Belén Espejo
Obstetricia y Ginecología, Andalucía

Estigma y salud mental en las personas mayores de 65 años desde la perspectiva de género
Berta Ausín Benito
Fac. Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Aspectos a considerar en la Atención Sanitaria

La toma de decisiones en la atención sanitaria y en la generación de conocimiento pueden ser sesgadas en las enfermedades:

1. De mayor prevalencia en un sexo:

La sospecha diagnóstica se reduce en el sexo que menos la padece: osteoporosis, lupus eritematoso o artritis reumatoide más prevalentes en mujeres, o espondiloartritis, cáncer de colon y recto, o de pulmón más prevalentes en hombres.

2. Con diferente edad de inicio, sintomatología (el infarto), **o respuesta al tratamiento:** menor tasa de retención en los programas de aplicación de fármacos anti-TNF en mujeres que en hombres con artritis psoriásica; y **diferentes pronósticos:** en traumatismos craneoencefálicos.

Posibles razones de los sesgos de género en la atención sanitaria*:

- **Distinta Interpretación** del mismo **síntoma o signo clínico** dependiendo de su presentación en un hombre o una mujer (*Semiótica médica*).
- La mayoría de las enfermedades solo requieren para su **diagnóstico de anamnesis y examen físico**, donde el conocimiento, la actitud y la experiencia personal y profesional, pueden malinterpretar los síntomas y signos (*Análisis crítico*).
- Registro de los síntomas y signos en la **historia clínica** no coincidente con lo que las/los pacientes cuentan (influencia de lo estudiado en los estudios de medicina, y de lo que la literatura científica evidencia según sexo) (*Narrativa médica*).

* Malterud Kirsti. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. Fam Med 2000; 32: 603-11

…yo les digo que yo no sentí, ¡yo nunca sentí dolor!, yo no… lo registré… yo decía ¡me tengo que sentar!, porque sentía como que iba… ¡como que iba a azotar!, decía yo –¡no, no!–, es que aquí yo creo… me empecé a sentir como desguanzada solamente… una hora (después) ya nomás dije –¿sabes qué, mi hijito?… que me chequen la presión. La médica intensivista me decía –¿dónde te duele?– o sea, ¡a fuerza quería que me doliera pues! –¿dónde te duele?– ¡es que no me duele nada! (Lorena, 56 años, infarto agudo al miocardio)

LA Juárez-Herrera, MC Castro-Vásquez, MT Ruiz-Cantero. Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México. S*alud Pública México 2016; 58: 428-36.*

their general practitioner, misdiagnose the women: 'A doctor looked and felt and he was like, he did not think it was the heart, but he believed it was the stomach, so he said I should just go home and be glad that it was nothing serious. But it was serious' (Isaksson *et al.* 2013, p. 364).

"Un médico miró … no creía que fuera el corazón, creía que era el estómago, por lo que dijo que debería irme a casa y alegrarme de que no fuera nada grave. Pero fue grave "

Rikke Madsen and Regner Birkelund. Women's experiences during myocardial infarction: systematic review and meta-ethnography. J Clinical Nursing, 2016; 25: 599–609,

Hindawi
Pain Research and Management
Volume 2018, Article ID 6358624, 14 pages
https://doi.org/10.1155/2018/6358624

Review Article

"Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain

Anke Samulowitz,[1] **Ida Gremyr**,[2] **Erik Eriksson**,[2] **and Gunnel Hensing**[1]

Scandinavian Journal of Caring Sciences
EMPIRICAL STUDIES
doi: 10.1111/scs.12312

Walking down 'Via Dolorosa' from primary health care to the specialty pain clinic – patient and professional perceptions of inequity in rehabilitation of chronic pain

Arja Lehti MD (Senior lecturer)[1], **Anncristine Fjellman-Wiklund** MD (Assistant professor)[2], **Britt-Marie Stålnacke** MD (Professor)[3], **Anne Hammarström** MD (Professor)[4] and **Maria Wiklund** MD (Senior lecturer)[2]

[1]Division for Professional Development, Department of Clinical Sciences, Umeå University, Umeå, Sweden, [2]Department of Community Medicine and Rehabilitation, Physiotherapy, Umeå University, Umeå, Sweden, [3]Department of Community Medicine and Rehabilitation, Rehabilitation Medicine, Umeå University, Umeå, Sweden and [4]Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University, Umeå, Sweden

Sesgos y Normas de género en pacientes con dolor crónico:

- **Normas de género sobre hombres y mujeres con dolor.**

1. Hombres estoicos
2. Mujeres sensibles
3. Mujeres histéricas
4. Inexplicable

- **Normas de género sobre como hombres y mujeres afrontan el dolor.**

1. Identidad de los hombres en peligro.
2. El cuerpo fuerte
3. Aproximación de los hombres: este no soy yo
4. El mosaico femenino
5. Aproximación de las mujeres: Tengo que aprender

- **Sesgos de género en el tratamiento del dolor.**

1. Esfuerzo por la legitimidad
2. ¿Cómo aparento?
3. Diferencias en la medicación

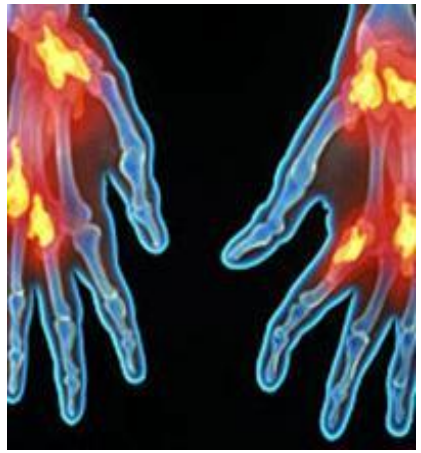
Pain Research and Management
Volume 2018, Article ID 6358624, 14 pages
https://doi.org/10.1155/2018/6358624

Review Article

"Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain

Anke Samulowitz,[1] Ida Gremyr,[2] Erik Eriksson,[2] and Gunnel Hensing[1]

DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LAS ESPONDILOARTRITIS

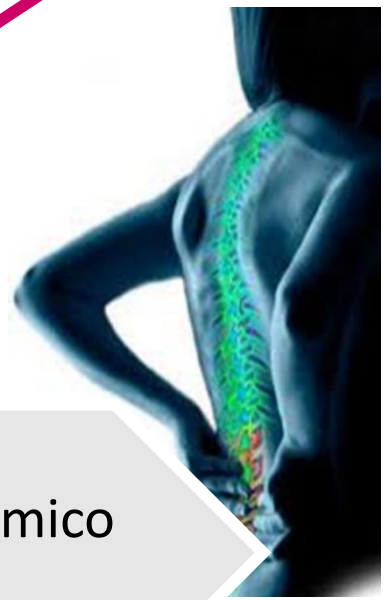


Retraso diagnóstico, mayor en mujeres

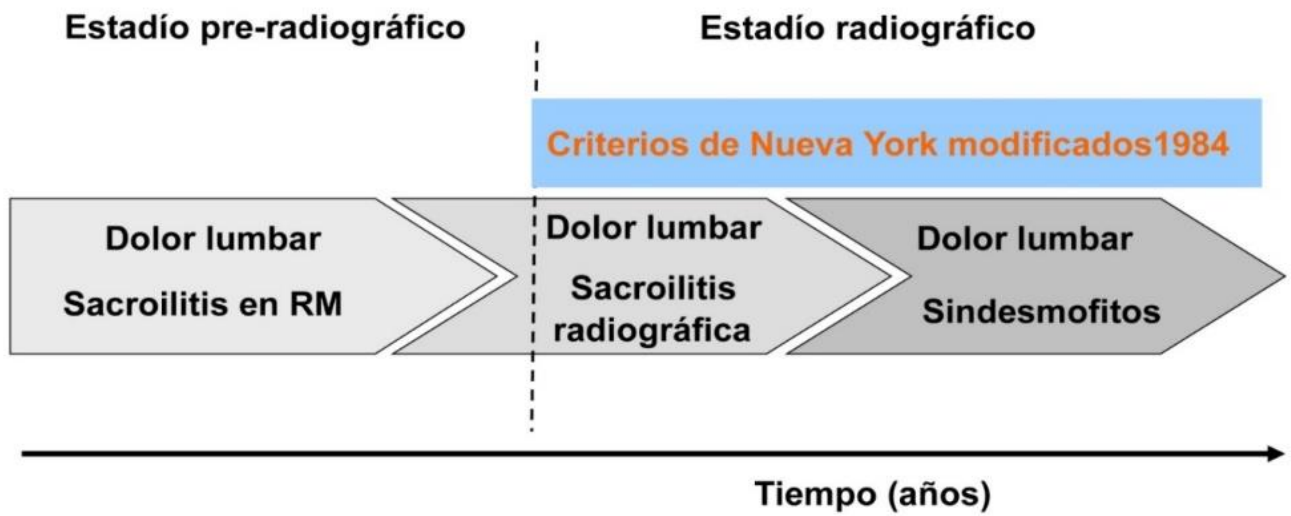
Acceso a la terapia biológica tardío, más en mujeres

Daño estructural e impacto socio-económico mayor del esperado en mujeres

Evitable

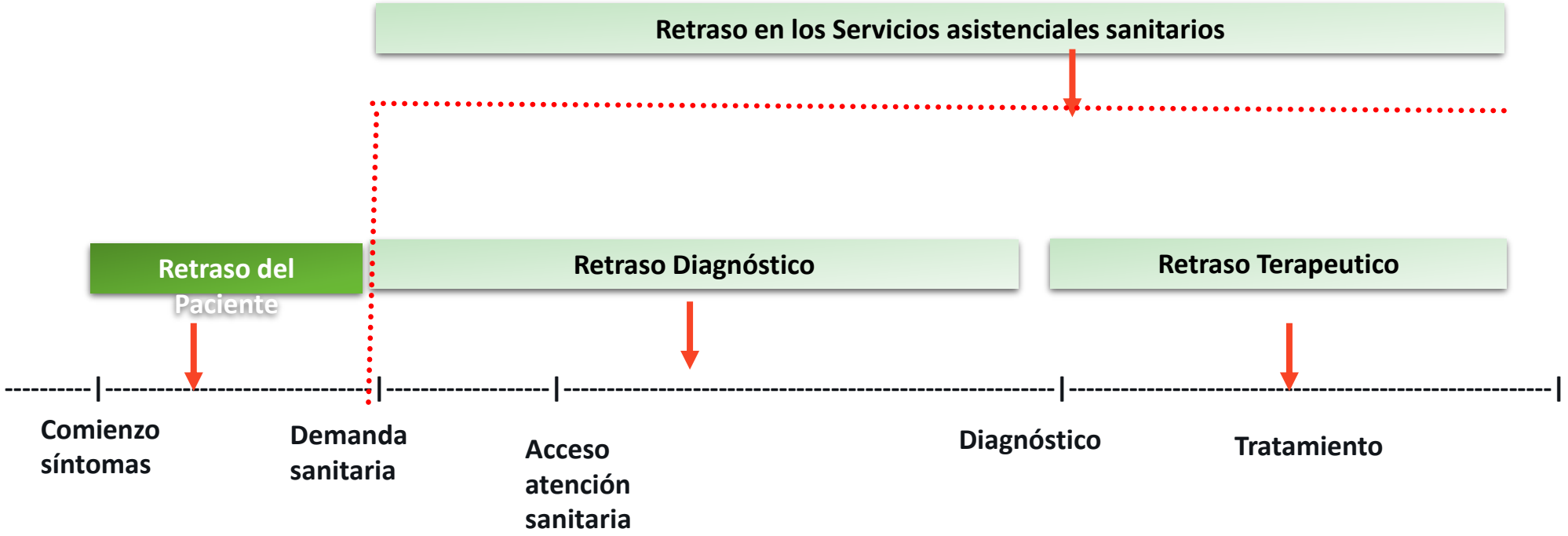


Espondiloartritis Axial



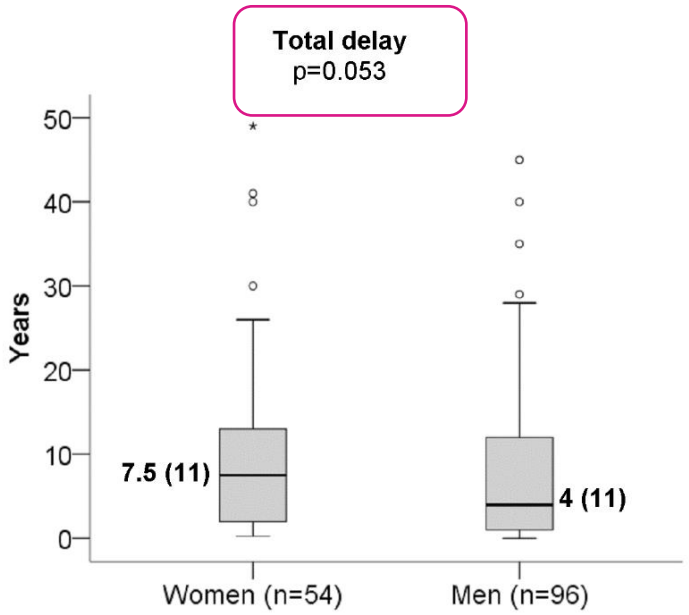
Rudwaleit M et al. Arthritis Rheum. 2005;52:1000-8 (con autorización).

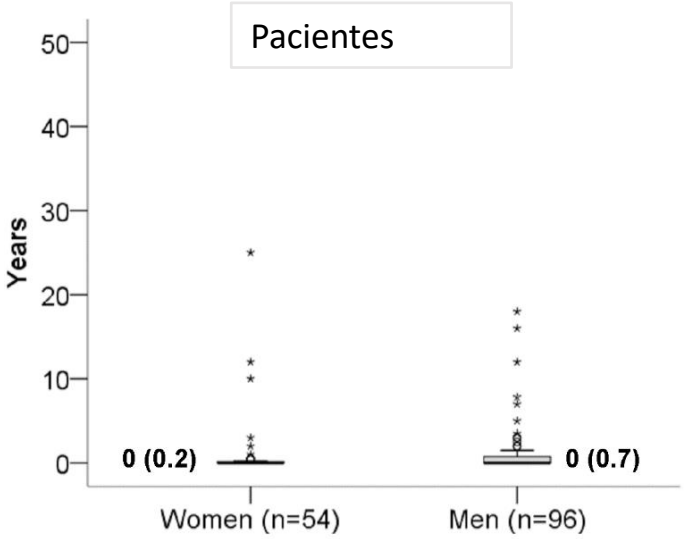
Ilustración lineal del tiempo de retraso en recibir diagnóstico y tratamiento

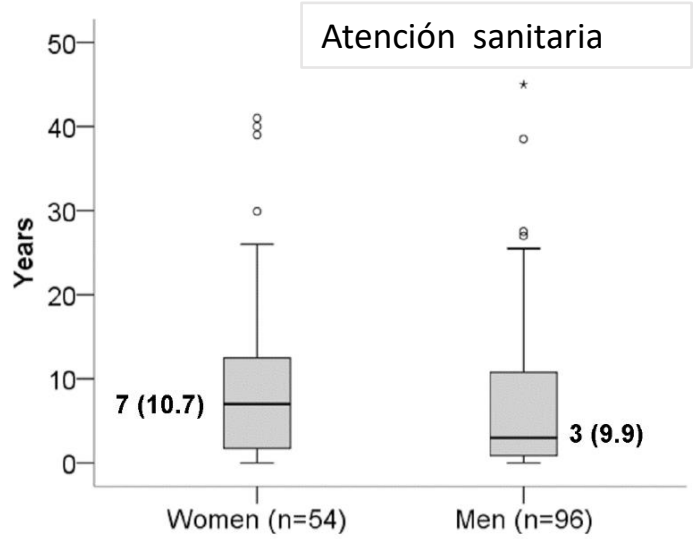


Retraso en el diagnóstico de Espondiloartritis desde el comienzo de los síntomas/signos

Jovaní V, Blasco-Blasco M, Pascual E, Ruiz-Cantero MT. PlosOne 2018;13 (10): e0205751







Las EA se han confundido con 56 opciones diagnósticas alternativas/erróneas

Número de diagnósticos previos diferentes a EA previo al diagnóstico definitivo de EA	Nº de diagnósticos			
	Hombre (n=96)		Mujer (n=54)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
EA 1er diagnóstico	29	30,2	6	11,1
1 diagnóstico	35	36,5	23	42,6
2 diagnósticos	16	16,7	15	27,8
3 diagnósticos	4	4,2	5	9,3
4 diagnósticos	___	___	2	3,7
5 diagnósticos	3	3,1	1	1,9
NS/NC	9	9,4	2	3,7

Table 6. Manifestations at onset. Back and peripheral symptoms and signs of patients with SpA in outpatient's clinic of the General Hospital of Alicante (Spain 2014).

Affectation	According with patients			According with medical records			Patients vs Records	
	Women (n = 52)[a]	Men (n = 94)[b]	*P* value*	Women (n = 54)	Men (n = 95)[c]	*P* value*	In women *P* value**	In men *P* value**
Dolor de espalda	32 (61.5)	70 (74.5)	0.10	24 (44.4)	78 (82.1)	**<0.001**	**0.02**	0.19
Lumbar	24 (46.2)	49 (52.1)	0.49	22 (40.7)	68 (71.6)	**<0.001**	0.63	**0.003**
Dorsal	2 (3.9)	5 (5.3)	1.00	2 (3.7)	5 (5.3)	1.00	1.00	1.00
Cervical	1 (1.9)	10 (10.6)	0.10	2 (3.7)	7 (7.4)	0.49	1.00	0.38
Costo-esternal	0	6 (6.4)	NA	0	1 (1.1)	NA	NA	0.22
Buttock	7 (13.5)	7 (7.5)	0.24	0	0	NA	NA	NA
Peripheral	30 (57.7)	33 (35.2)	**0.008**	30 (55.6)	17 (17.9)	**<0.001**	0.82	**<0.001**
Hands/ wrist	8 (15.4)	3 (3.2)	**0.02**	6 (11.1)	2 (2.1)	**0.03**	0.69	1.00
Ankles/ feet/ heel	17 (32.7)	15 (16.)	**0.02**	20 (37.)	11 (11.6)	**<0.001**	0.63	0.63
Hip	3 (5.8)	8 (8.5)	0.75	0	0	NA	NA	NA
Knee	5 (9.6)	7 (7.5)	0.65	6 (11.1)	3 (3.2)	0.07	1.	0.38
Shoulder	4 (7.7)							NA
Elbow	0							NA

Según los pacientes

Mujeres 61.5% | Hombres 74.5% p 0.10

Según historia clínica

Mujeres 44.4% | Hombres 82.1% p<0.001

Table 6. Manifestations at onset. Back and peripheral symptoms and signs of patients with SpA in outpatient's clinic of the General Hospital of Alicante (Spain 2014).

Affectation	According with patients			According with medical records			Patients vs Records	
	Women (n = 52)[a]	Men (n = 94)[b]	*P* value*	Women (n = 54)	Men (n = 95)[c]	*P* value*	In women *P* value**	In men *P* value**
Back pain	32 (61.5)	70 (74.5)	0.10	24 (44.4)	78 (82.1)	**<0.001**	**0.02**	0.19
Lumbar	24 (46.2)	49 (52.1)	0.49	22 (40.7)	68 (71.6)	**<0.001**	0.63	**0.003**
Dorsal	2 (3.9)	5 (5.3)	1.00	2 (3.7)	5 (5.3)	1.00	1.00	1.00
Cervical	1 (1.9)	10 (10.6)	0.10	2 (3.7)	7 (7.4)	0.49	1.00	0.38
Costo-esternal	0	6 (6.4)	NA	0	1 (1.1)	NA	NA	0.22
Buttock	7 (13.5)	7 (7.5)	0.24	0	0	NA	NA	NA
Periférico	30 (57.7)	33 (35.2)	**0.008**	30 (55.6)	17 (17.9)	**<0.001**	0.82	**<0.001**
Hands/ wrist	8 (15.4)	3 (3.2)	**0.02**	6 (11.1)	2 (2.1)	**0.03**	0.69	1.00
Ankles/ feet/ heel	17 (32.7)	15 (16.)	**0.02**	20 (37.)	11 (11.6)	**<0.001**	0.63	0.63
Hip	3 (5.8)	8 (8.5)	0.75	0	0	NA	NA	NA
Knee	5 (9.6)	7 (7.5)	0.65	6 (11.1)	3 (3.2)	0.07	1.	0.38
Shoulder	4							NA
Elbow	0							NA

Según los pacientes

Mujeres 57.7% | Hombres 35.2% p 0.008

Según historia clínica

Mujeres 55.6 % | Hombres 17.9% p<0.001

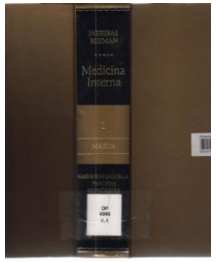
1978

80´ **Robin Warren y Barry Marshall**

Helicobacter pylori

2005 Premio Nobel de Medicina

ULCUS PEPTICO



Farreras 1978

Por último, respecto al *sexo*, todas las estadísticas ponen de relieve que la úlcera péptica es mucho más frecuente en el varón que en la mujer, siendo la proporción de 4 a 1, aproximadamente, en el caso del ulcus duodenal, y de 2 a 1 en la úlcera gástrica.

Farreras 1995

Epidemiología. Su prevalencia es elevada, pues afecta al 10% de la población en algún período de la vida, con una prevalencia de úlcera activa en un momento determinado del 1%. La úlcera gástrica era la forma más común de úlcera péptica en el siglo pasado. Sin embargo, en la actualidad su incidencia anual es muy inferior a la de la úlcera duodenal, oscilando entre 0,3 y 0,4 por 1.000 habitantes. En Europa y en EE.UU. su incidencia es la mitad de la de la úlcera duodenal, mientras que en Japón es 5-10 veces más frecuente. Raras veces se presenta antes de los 40 años de edad y su pico de incidencia se sitúa entre los 55 y los 65 años, siendo similar en ambos sexos. La úlcera duodenal alcanzó su máxima prevalencia en la década de los sesenta, descendiendo durante los últimos 30 años tanto en Europa como en EE.UU. Su pico de incidencia ocurre a los 45 años, y aunque en el pasado la úlcera duodenal era 2-3 veces más frecuente en los varones que en las mujeres, datos epidemiológicos más recientes indican que actualmente su incidencia es similar en ambos sexos. Esta tendencia refleja la reducción de su incidencia en varones jóvenes y su aumento en las mujeres. Estos cambios en la incidencia podrían estar relacionados con cambios en la exposición a factores de riesgo. La infección por *Helicobacter pylori* y el tratamiento con AINE aumentan con la edad, mientras que el hábito de fumar ha descendido en los varones jóvenes y ha aumentado en las mujeres.

Sesgo de género prescripción de fármacos psicotropos

Mayor prescripción y consumo de fármacos psicotropos en mujeres indicador de:

1. Los médicos tienden a prescribir fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad a **Mujeres** mas que a **Hombres**.

2. Mayor prevalencia de depresión y ansiedad en **Mujeres**.

3. Las mujeres al quejarse inducen la prescripción mas a **Mujeres** que a los **Hombres**.

4. Los médicos atribuyan a factores psicológicos, mas fácilmente en **Mujeres** que en **Hombres**, lo que son síntomas físicos (o de presentación atípica).

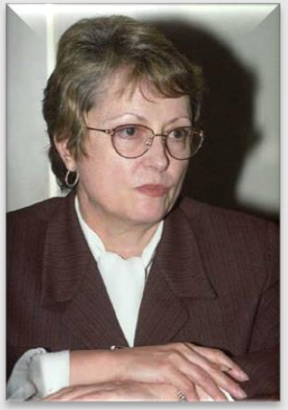
Sesgo de género prescripción de fármacos psicotropos

Mayor prescripción y consumo de fármacos psicotropos en mujeres

Mística de la Feminidad

Betty Friedan

Identidad hetero-designada de las Mujeres



Celia Amorós

Estrategias terapéuticas sintomáticas ciegas a las causas

PUNTOS CLAVE

- Casi 30 años después de las primeras evidencias científicas sobre sesgos de género en la atención sanitaria, éstos se mantienen pese al **abundante conocimiento existente**.

- Múltiples **enfermedades se expresan de forma diferente** en hombres y mujeres. No considerarlo produce sesgos de género asistenciales en perjuicio de las mujeres.

- Las **innovaciones de género** contribuyen a repensar por qué y cómo los sesgos de género inducen a conceptos erróneos de ciertas enfermedades.

GH5050 COVID-19 sex-disaggregated data tracker : GH5050 COVID-19 data tracker

Prepared by Global Health 50/50
Last updated: 01/04/2020. Data reported from last available date of sex-disaggregated reporting based on the 35 countries with the highest number of confirmed cases

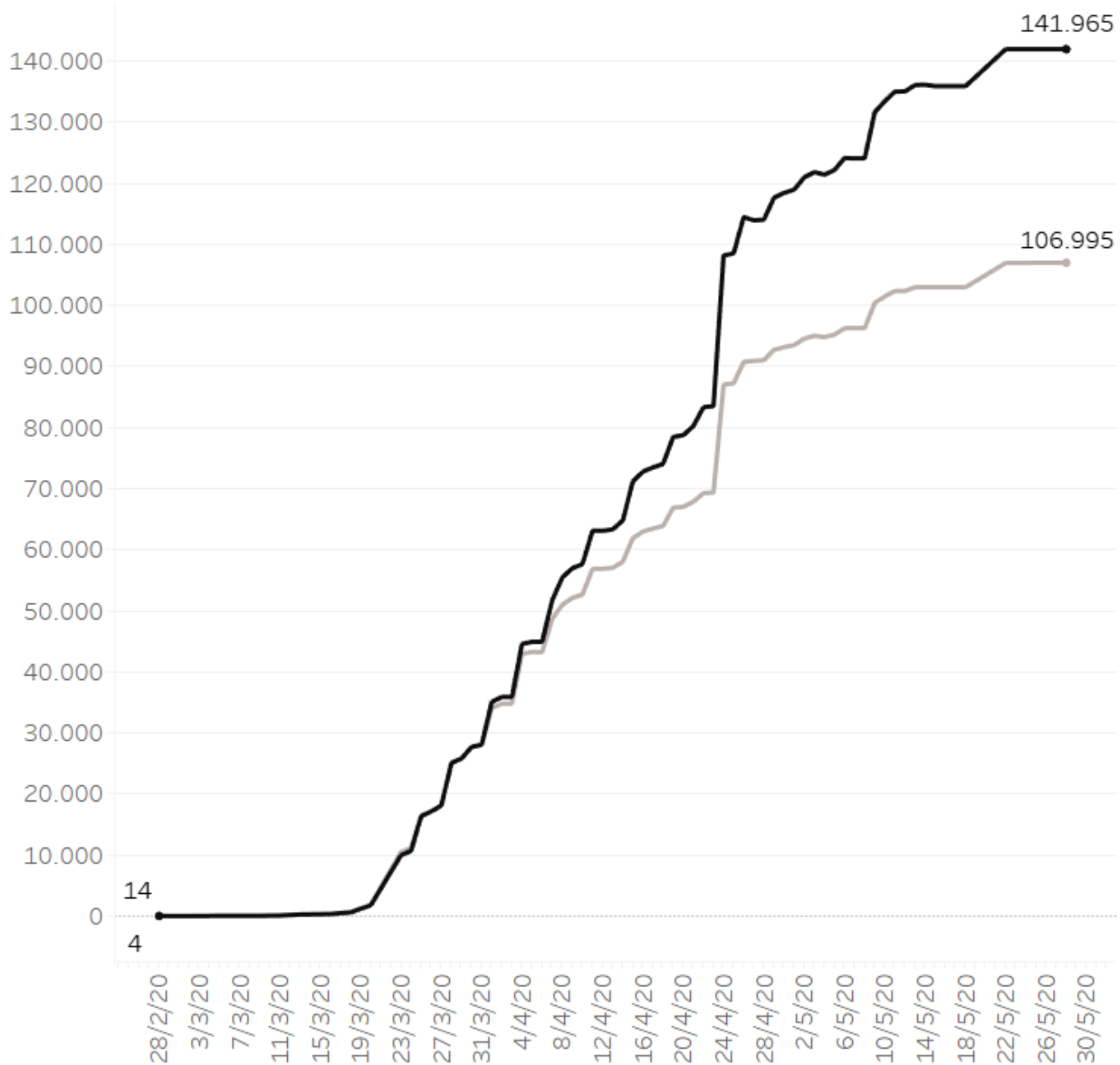
GLOBAL HEALTH 5050

COVID-19: Sex-disaggregated data tracker

Country	Date	Confirmed cases			Deaths			Proportion of deaths among confirmed cases			
		Total	% male	% female	Total	% male	% female	Total	Male	Female	Male:female ratio
USA	31/03	163,539	na	na	2860	na	na	1.7%	na	na	na
Italy	30/03	94,312	56%	44%	10026	69%	31%	10.6%	13.3%	7.4%	1.79
Germany	31/03	61,913	52%	48%	583	66%	34%	0.9%	1.2%	0.7%	1.77
China	28/02	55,924	51%	49%	2114	64%	36%	3.8%	4.7%	2.8%	1.68
Spain	30/03	46,885	50%	50%	2505	65%	35%	5.3%	6.9%	3.8%	1.82
UK	31/03	25,150	na	na	1789	na	na	7.1%	na	na	na
Switzerland	31/03	16,176	48%	52%	373	61%	39%	2.3%	2.9%	1.7%	1.70
Pakistan	31/03	15,709	na	na	25	na	na	0.2%	na	na	na
Iran	17/03	14,991	57%	43%	853	59%	41%	5.7%	5.9%	5.4%	1.09
Belgium	31/03	13,964	47%	52%	828	58%	41%	5.9%	7.2%	4.7%	1.53
The Netherlands	01/04	13,614	50%	50%	1173	61%	39%	8.6%	10.6%	6.6%	1.60
Turkey	31/03	13,531	na	na	214	na	na	1.6%	na	na	na
Austria	01/04	10,372	51%	49%	146	na	na	1.4%	na	na	na
South Korea	01/04	9,887	40%	60%	165	51%	49%	1.7%	2.1%	1.4%	1.56
Portugal	31/03	8,251	45%	54%	187	59%	41%	2.3%	3.0%	1.7%	1.79
Canada	31/03	7,708	51%	49%	89			1.2%	na	na	na
France	15/03	6,378	47%	53%	161	58%	42%	2.5%	3.1%	2.0%	1.55
Brazil	31/03	5,717	na	na	201	na	na	3.5%	na	na	na
Israel	01/04	5,591	na	na	21	na	na	0.4%	na	na	na
Norway	01/04	4,655	51.19%	49%	28	na	na	0.6%	na	na	na
Sweden	31/03	4,435	52.50%	48%	180	58%	42%	4.1%	4.5%	3.6%	1.27
Australia	01/04	4,325	51.40%	49%	20	na	na	0.5%	na	na	na

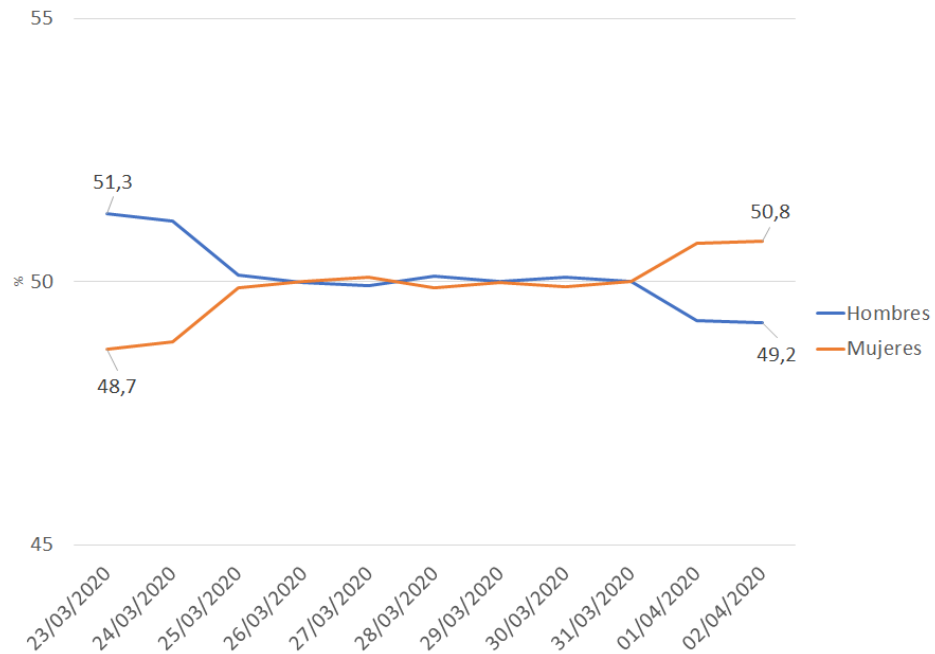
Fig. 1 Sex-disaggregated data of confirmed COVID-19 cases and deaths provided by Global Health 50%50 data tracker as of April 2, 2020 [16]

TENDENCIA DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 SEGÚN SEXO EN ESPAÑA (28/Febrero/2020 a 28/Mayo/2020)

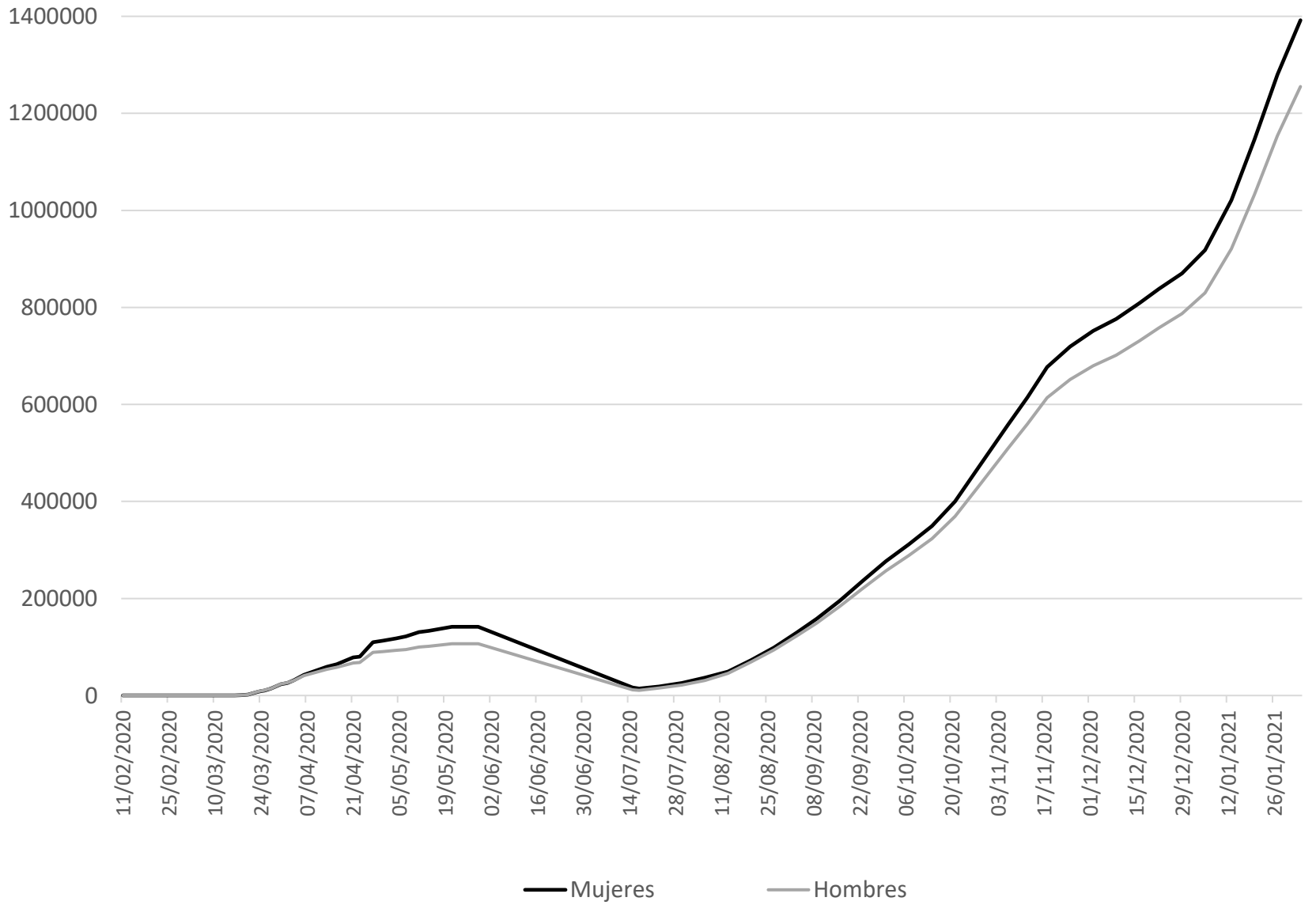


Mujeres

Hombres



TENDENCIA DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 SEGÚN SEXO EN ESPAÑA. 11.02.2020 - 26.01.2021



RAZONES PARA LA REFLEXIÓN

1. Trabajo productivo en el sector sanitario.
2. Trabajo y Reuniones en el ámbito privado. El trabajo de CUIDADOS.
3. Población en establecimientos colectivos: Centros sociosanitarios.

ENE-COVID

https://portalcne.isciii.es/enecovid19/informes/informe_cuarta_ronda.pdf

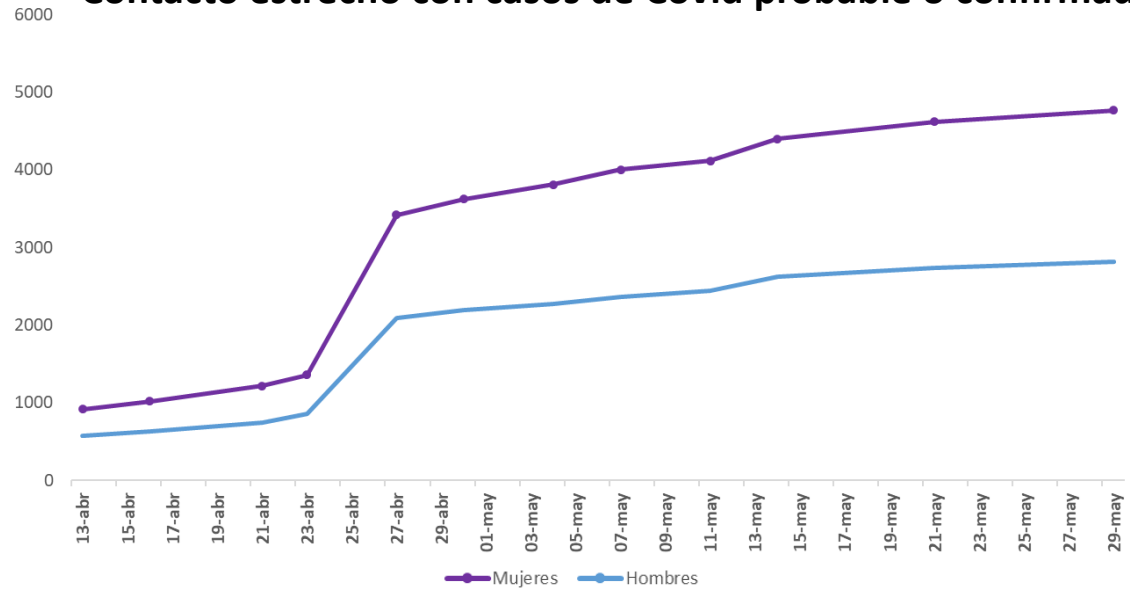
La prevalencia global (% de personas en la población con anticuerpos IgG frente a SARSCoV-2 desde el inicio del estudio) se sitúa en:

Mujeres (**10,1%**; IC95%: 9,5-10,7)
Hombres (**9,6%**; IC95%: 9,0-10,2)

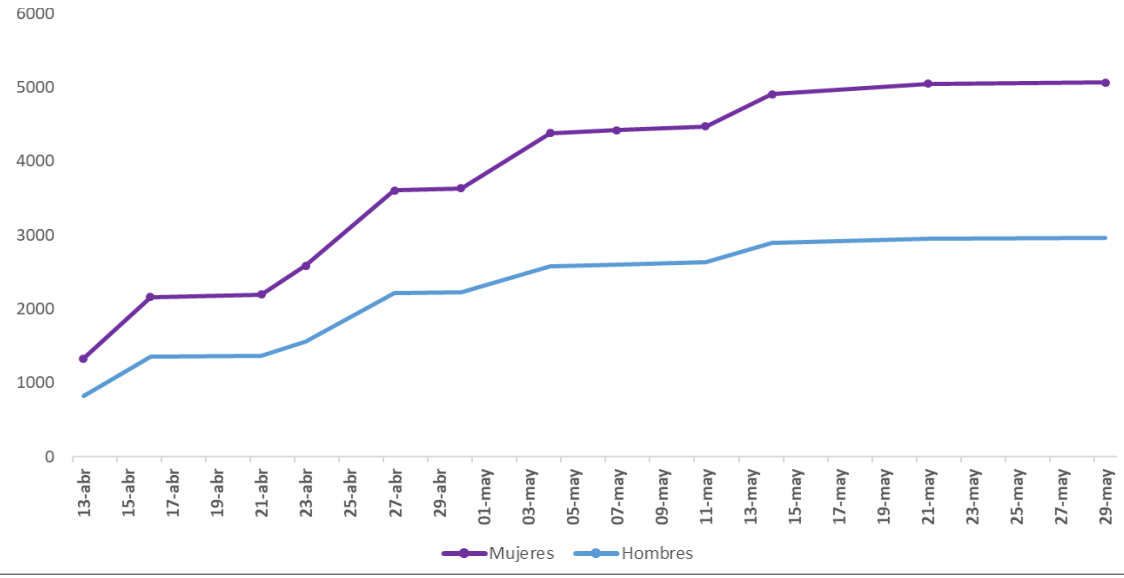
Cifras más altas en los trabajadores en activo:

Personal sanitario (16,8%)
Las mujeres que cuidan a personas dependientes en el domicilio (16,3%)

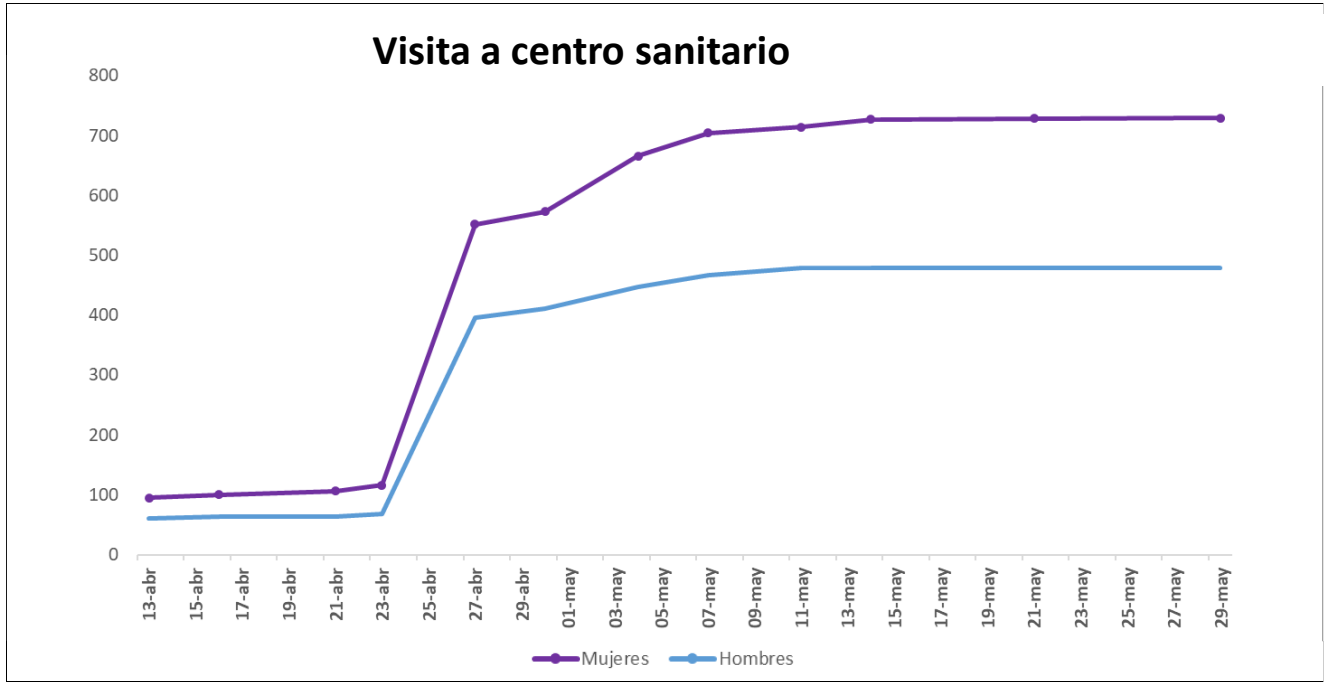
Contacto estrecho con casos de Covid probable o confirmado



Contacto con persona con infección respiratoria aguda



Visita a centro sanitario



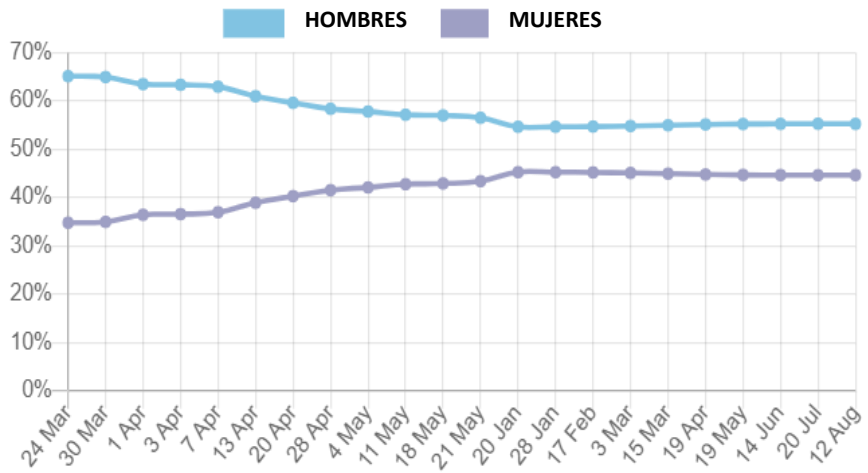
COVID-19

Fuente de información: Centro Nacional de Epidemiología (20 Febrero, 2020 a 27 Julio, 2021).

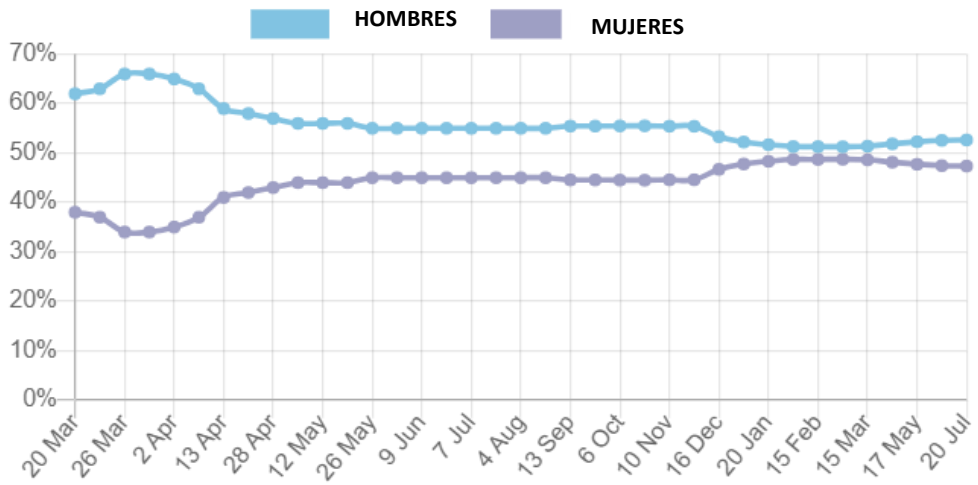
CASOS DE COVID-19:	Hombres: 1.771.543 (47,77%)	Mujeres: 1.936.299 **(52,23%)**
INGRESOS HOSPITALARIOS:	Hombres: 200.786 **(55%)**	Mujeres: 164.134 (45%)
INGRESOS EN U.C.I.:	Hombres: 23.878 **(68,7%)**	Mujeres: 10.856 (31,3%)
FALLECIMIENTOS:	Hombres: 44.299 **(55,35%)**	Mujeres: 35.732 (44,65%)

FALLECIMIENTOS POR COVID-19

España

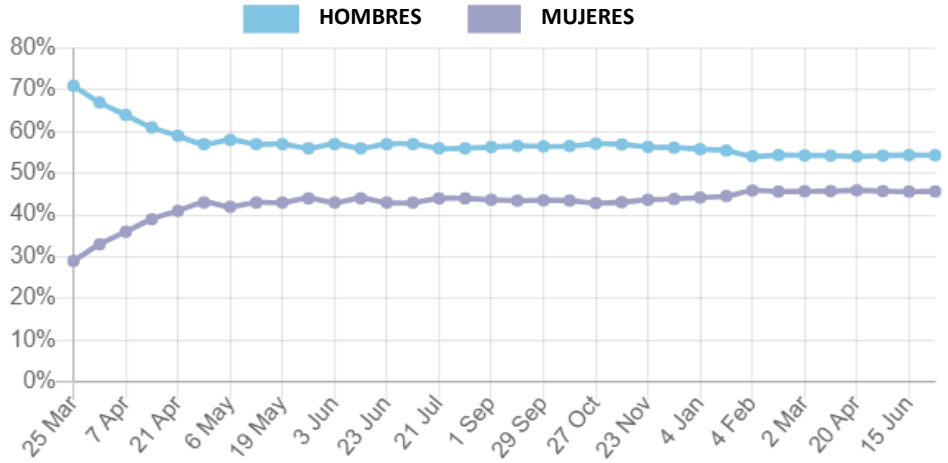


Alemania



Inglaterra, Suecia, US, Holanda, …

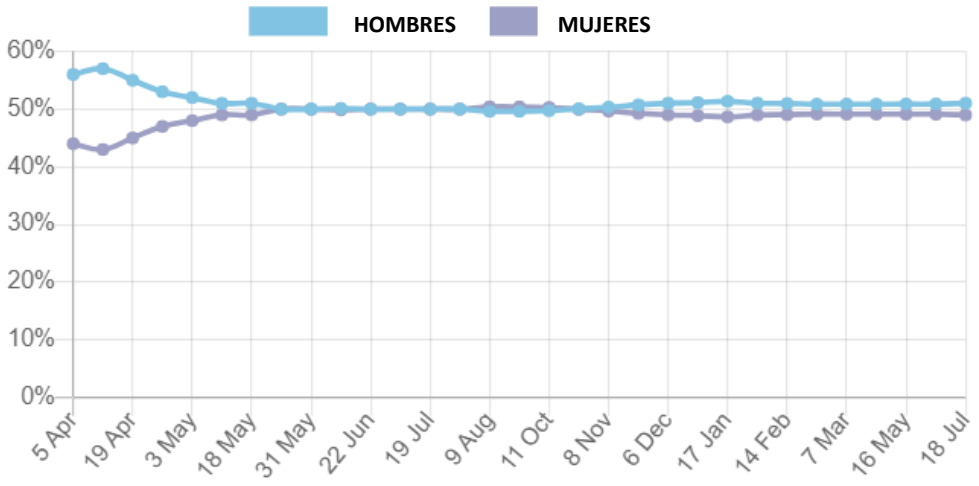
Dinamarca



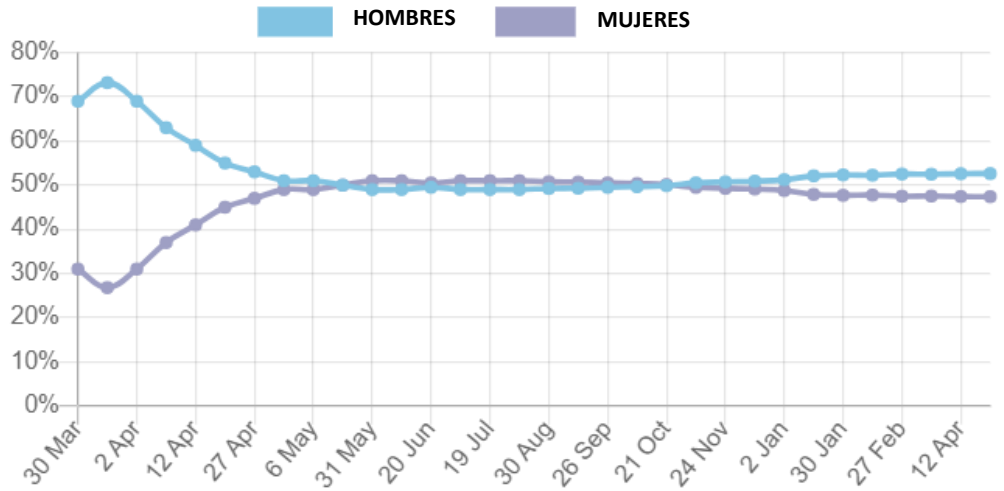
https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/?explore=country&country=Spain#search

FALLECIMIENTOS POR COVID-19

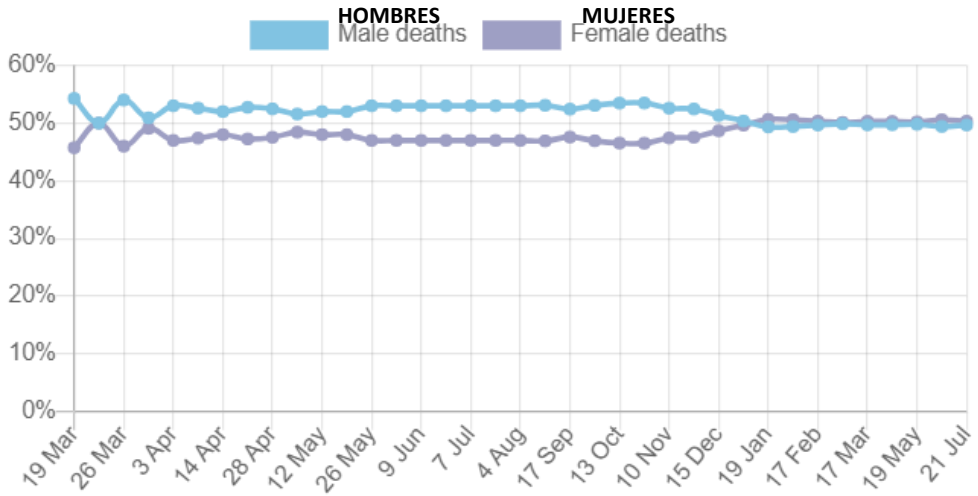
Escocia



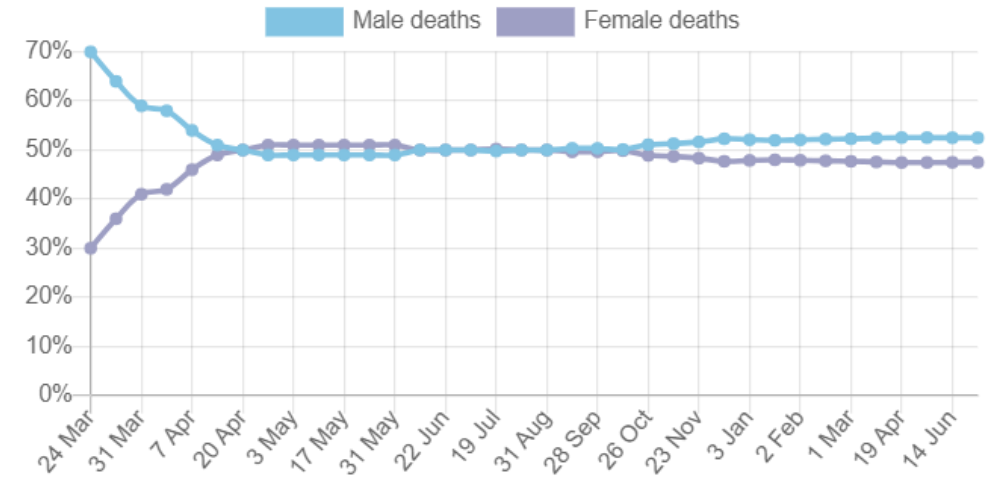
República de Irlanda



Corea del sur



Portugal

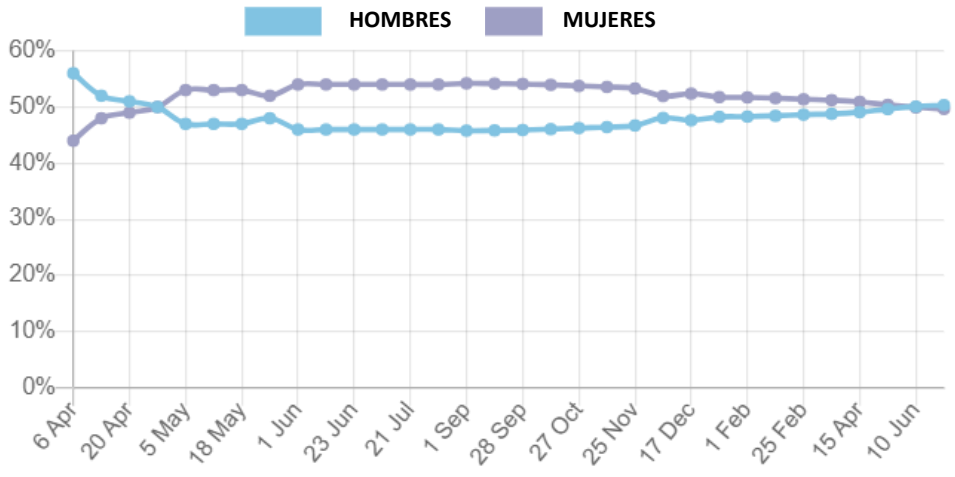


https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/?explore=country&country=Spain#search

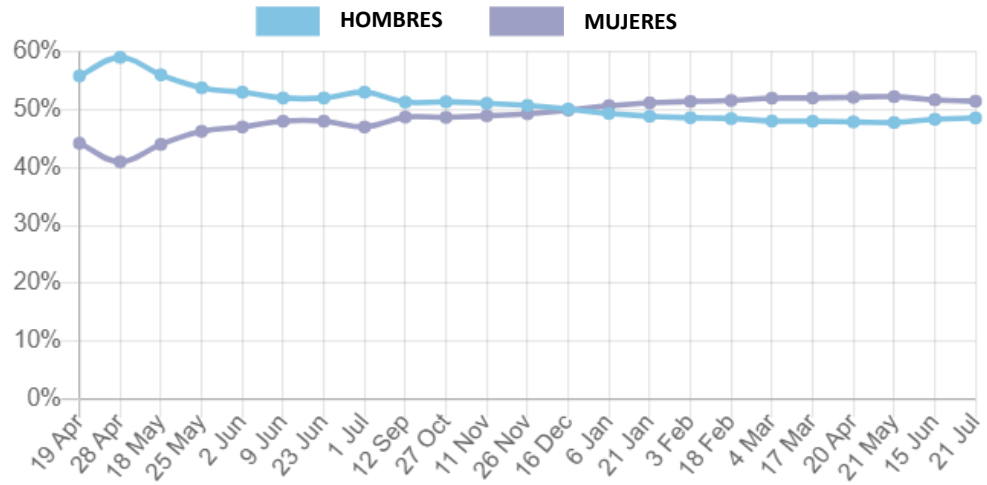
https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/?explore=country&country=Spain#search

FALLECIMIENTOS POR COVID-19

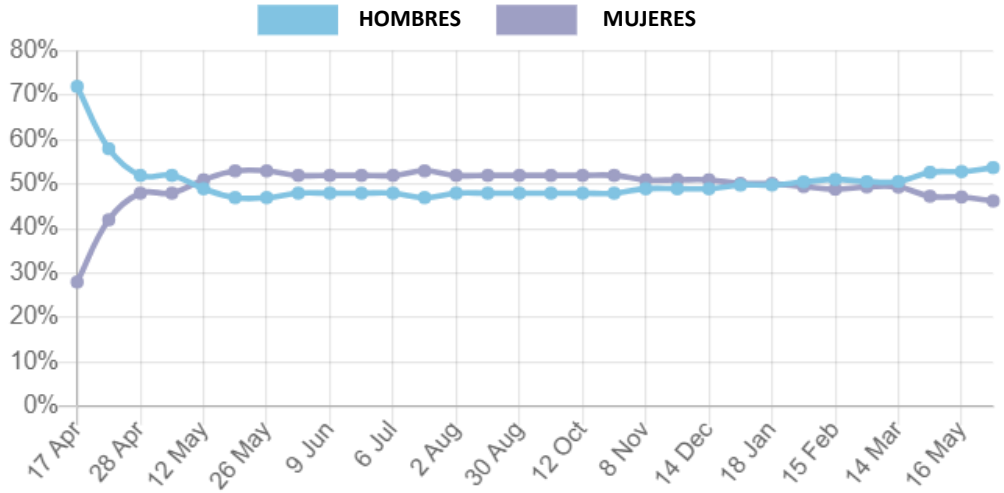
Canadá



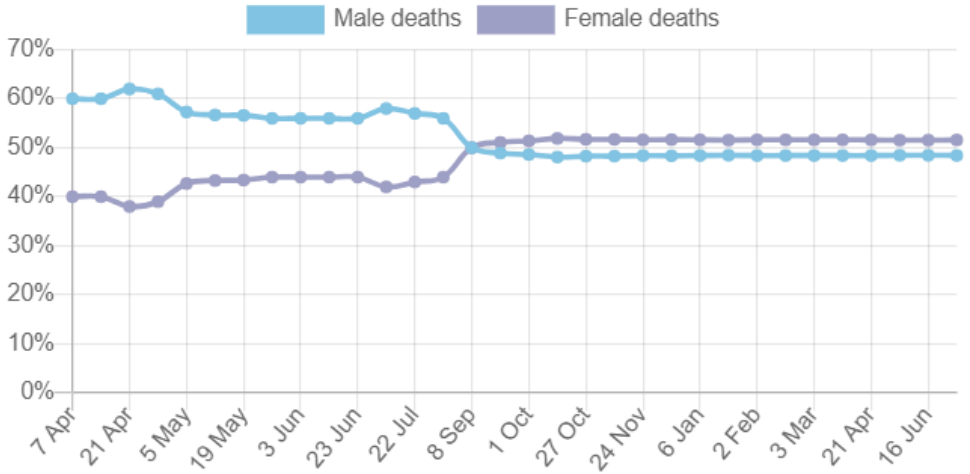
Sudáfrica

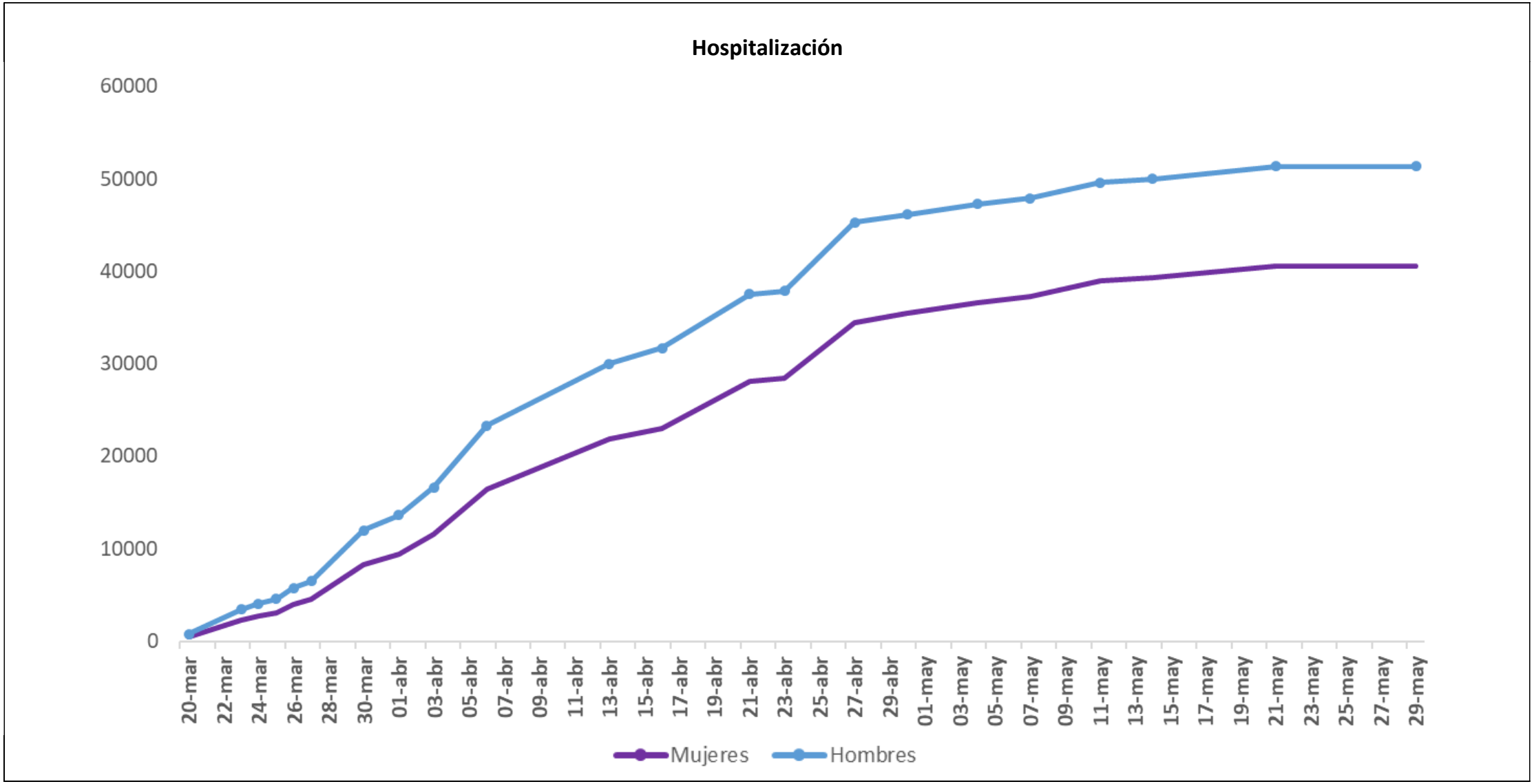


Finlandia

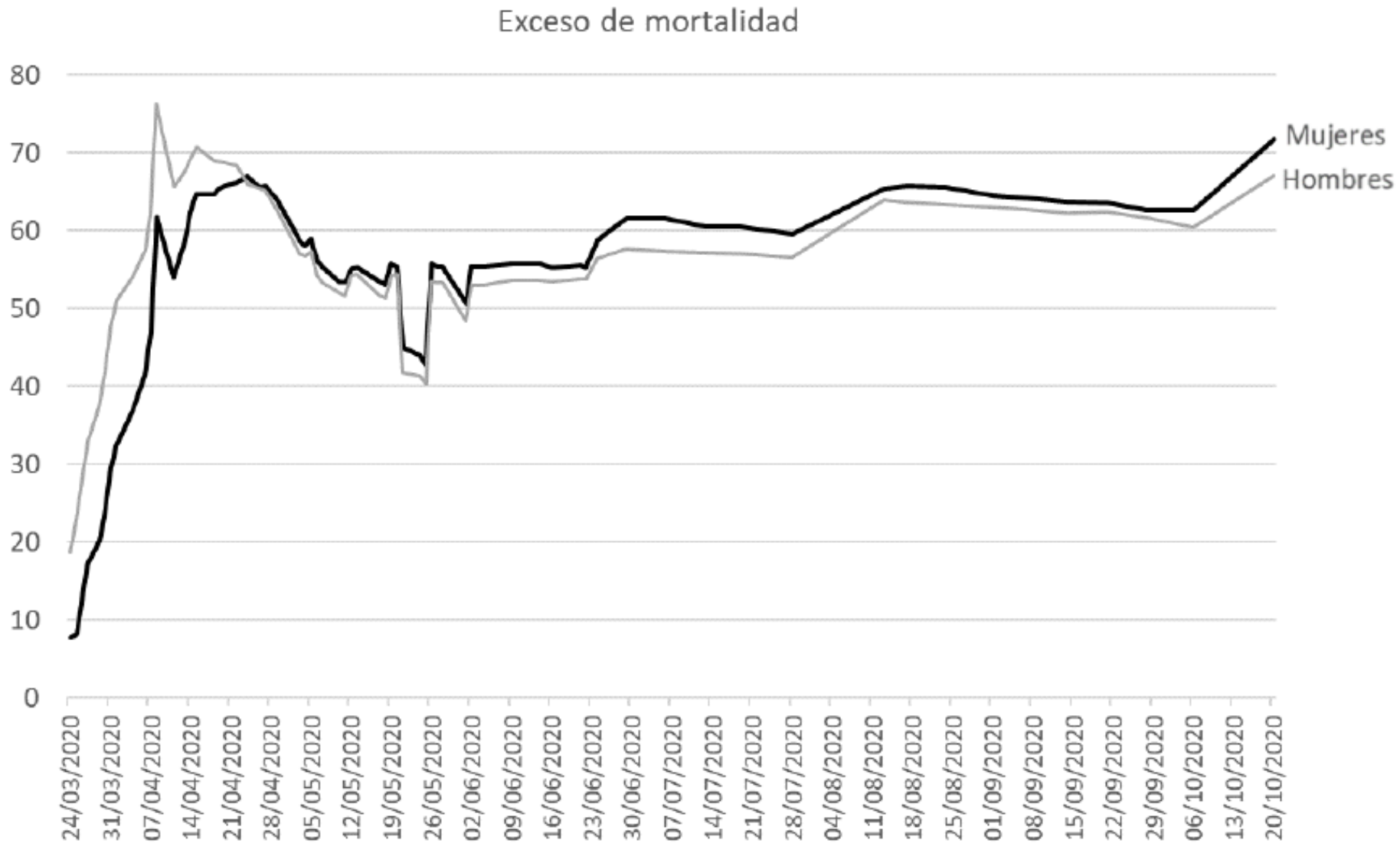


Australia




Hospitalización
60000
50000
40000
30000
20000
10000
0
20-mar
22-mar
24-mar
26-mar
28-mar
30-mar
01-abr
03-abr
05-abr
07-abr
09-abr
11-abr
13-abr
15-abr
17-abr
19-abr
21-abr
23-abr
25-abr
27-abr
29-abr
01-may
03-may
05-may
07-may
09-may
11-may
13-may
15-may
17-may
19-may
21-may
23-may
25-may
27-may
29-may
Mujeres
Hombres

EXCESO DE MORTALIDAD POR SEXO EN ESPAÑA DURANTE EL PERIODO DE LA PANDEMIA POR COVID-19. Programa MOMO



Instituto Nacional de Estadística

Defunciones según causa de muerte. Avance enero-mayo 2020

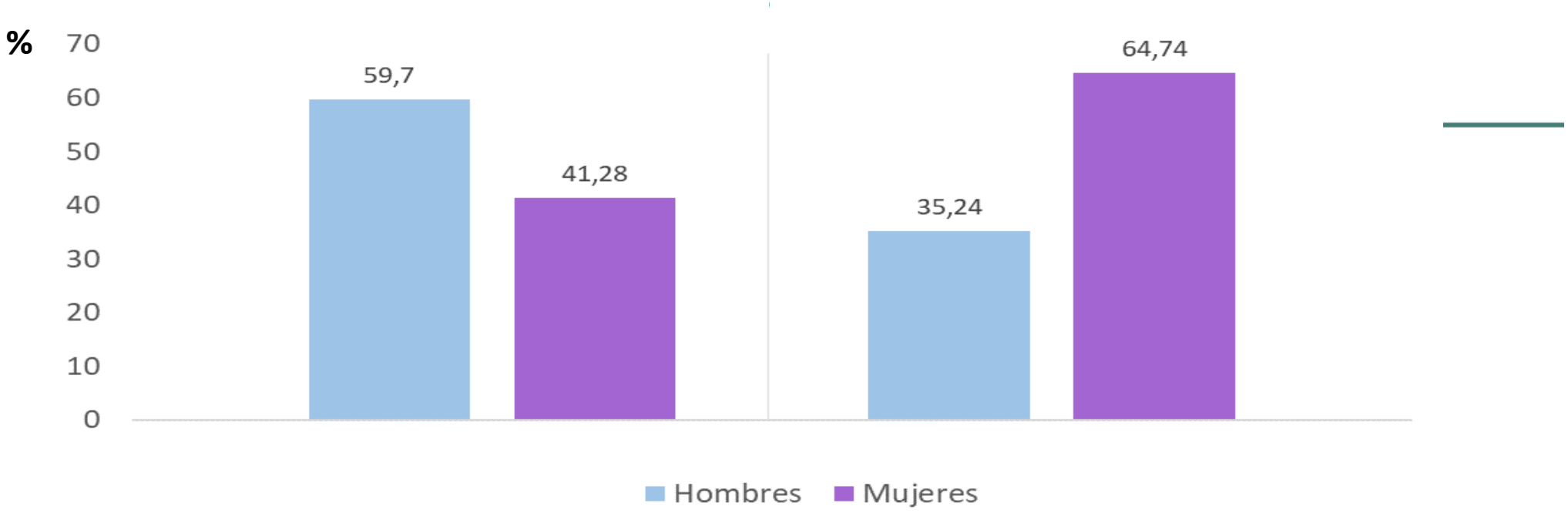
COVID 19

Hospital

Fallecimientos: 28.444

Centro sociosanitario

Fallecimientos: 13.746



INE

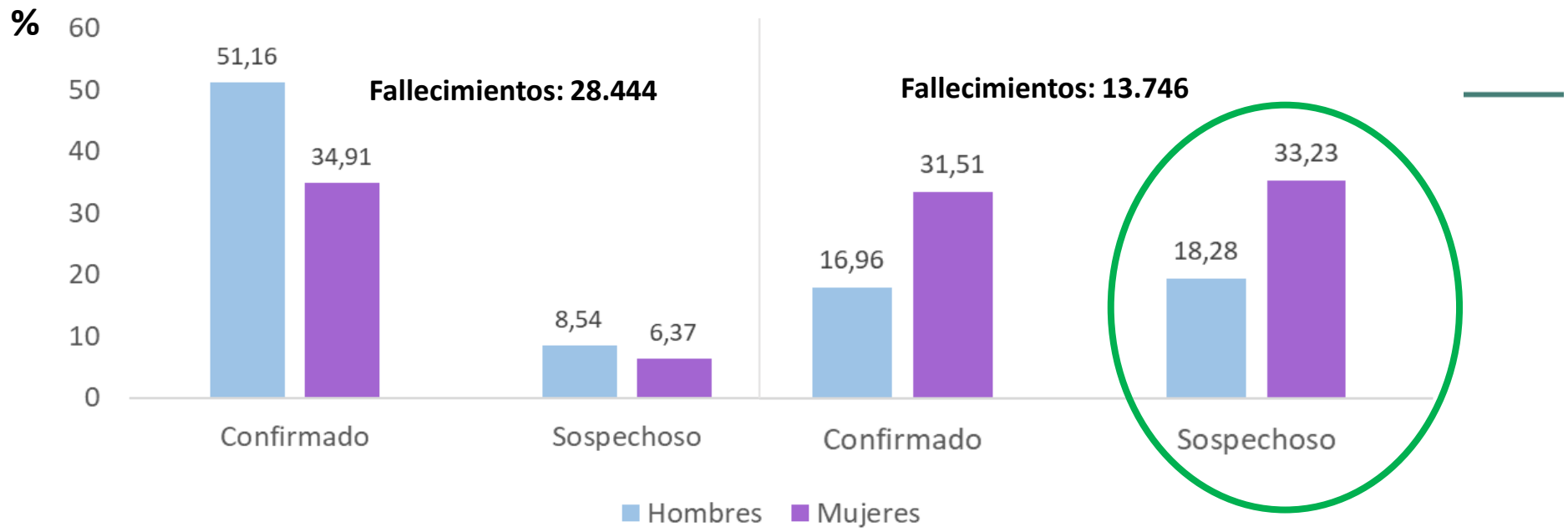
Instituto Nacional de Estadística

COVID 19

Defunciones según causa de muerte. Avance enero-mayo 2020

Principales series 2016-2020. Enero-mayo

Unidades: Número de defunciones



Gac Sanit. 2021 Jul 2; S0213-9111(21)00114-X

Carta al director

OR: 2,73 (IC 95%): 2,62-2,85

Ceguera de género en la información sobre la COVID-19. Los datos hablan

Gender blindness in reporting on COVID-19. Data speak

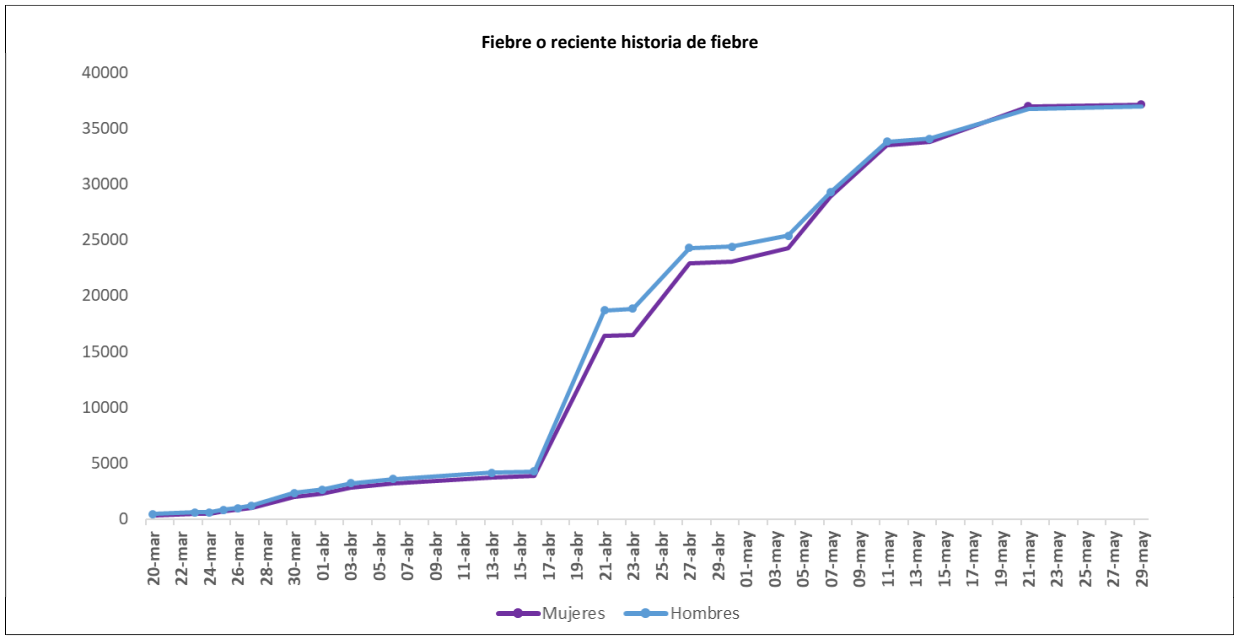
Sr. Director:

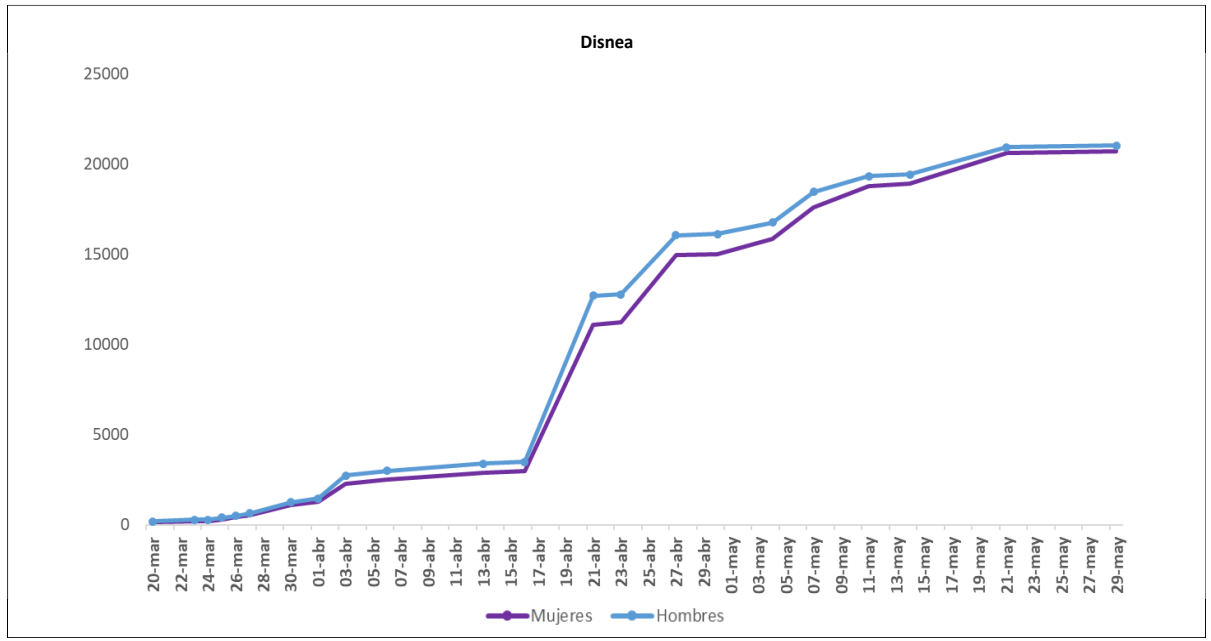
Tabla 1
Ingresos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en función del sexo de las personas fallecidas (2/1/2020 a 26/5/2021)

	Ingreso en UCI	No ingreso en UCI
Fallecidos	10.009	34.003
Fallecidas	3.463	32.137

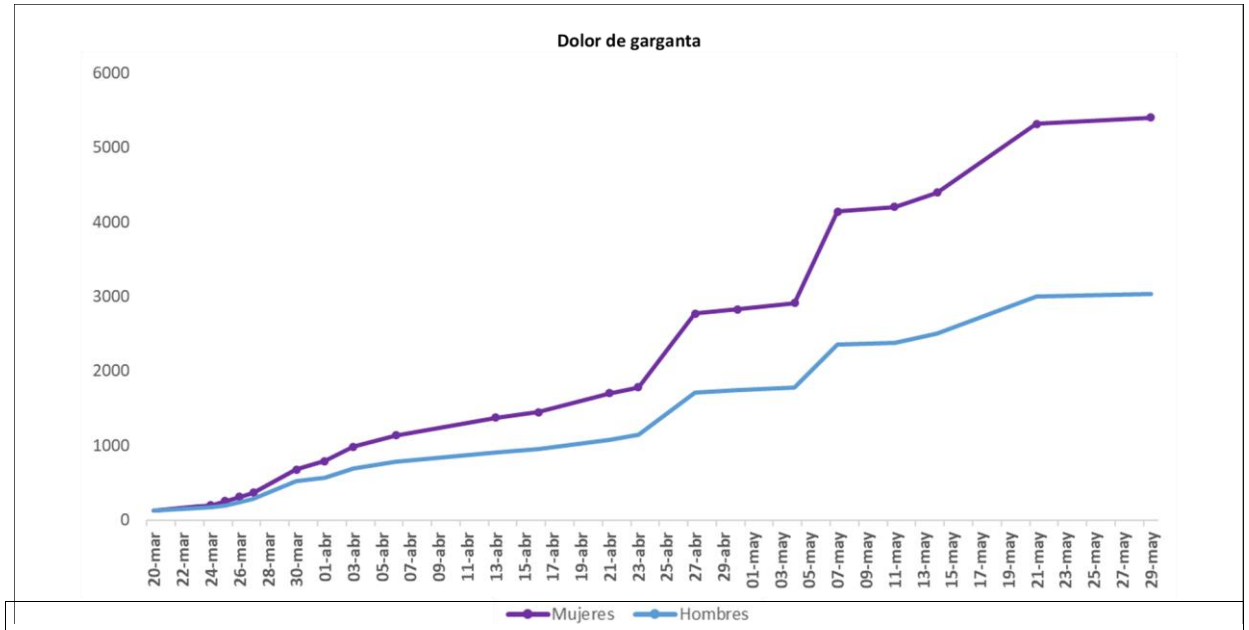
Fuente: casos de COVID-19 declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SiViE) a través de la plataforma informática del SiViE que gestiona el Centro Nacional de Epidemiología (https://cnecovid.isciii.es/covid19/#documentaci%C3%B3n-y-datos)

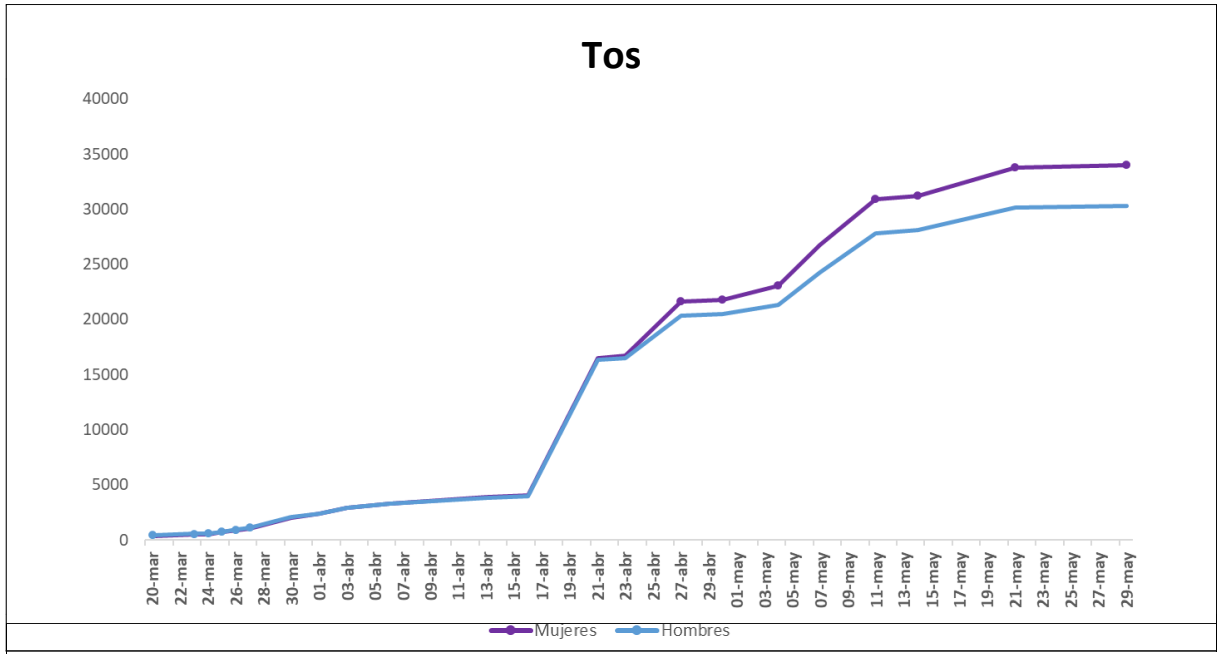
SINTOMAS DE SIMILAR FRECUENCIA POR SEXO

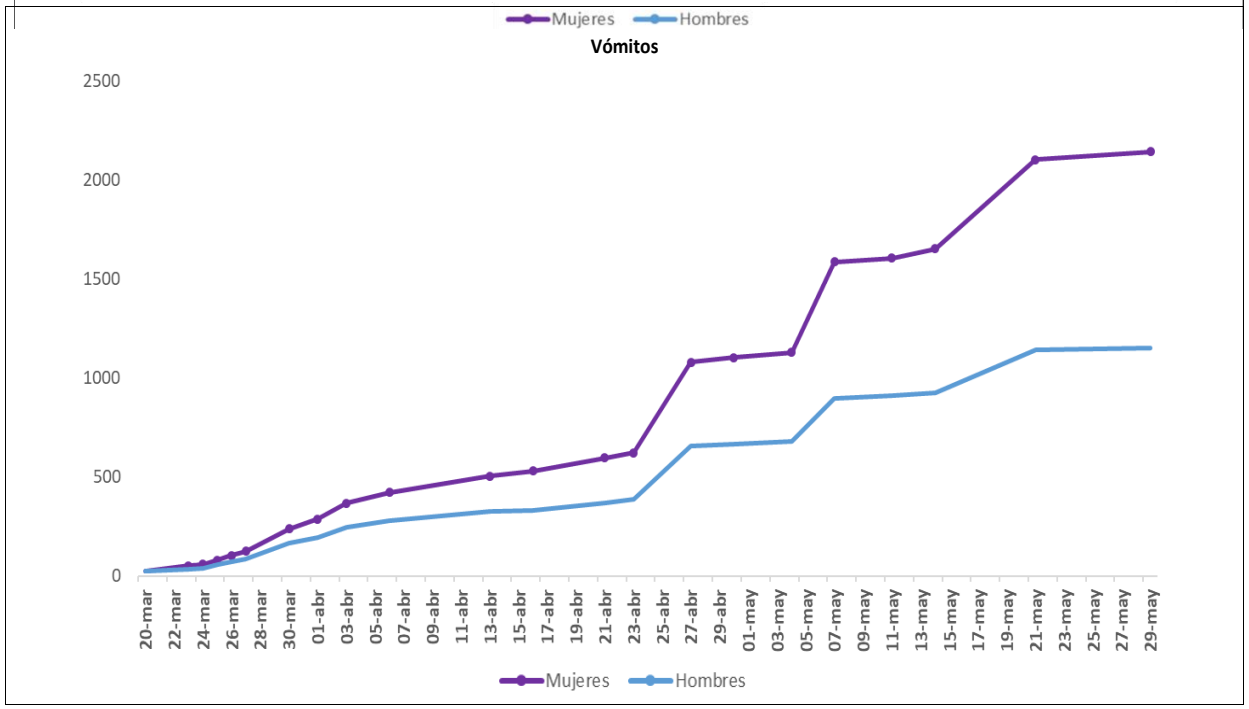


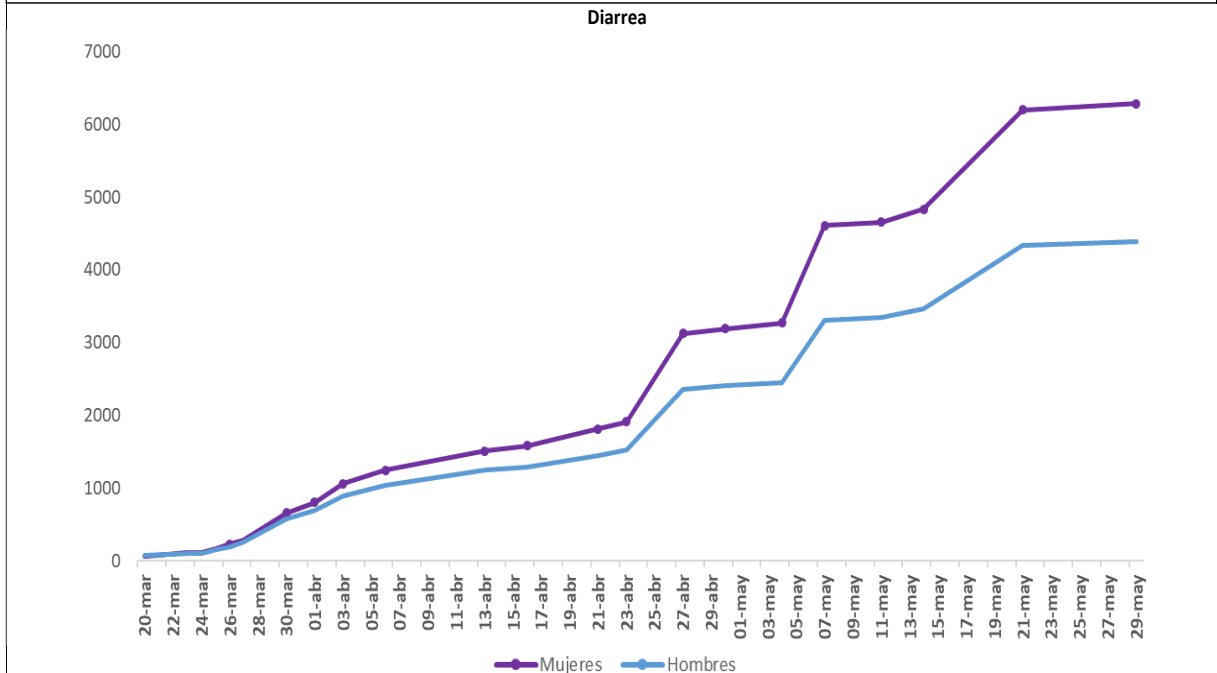


SINTOMAS MÁS FRECUENTES EN MUJERES QUE EN HOMBRES



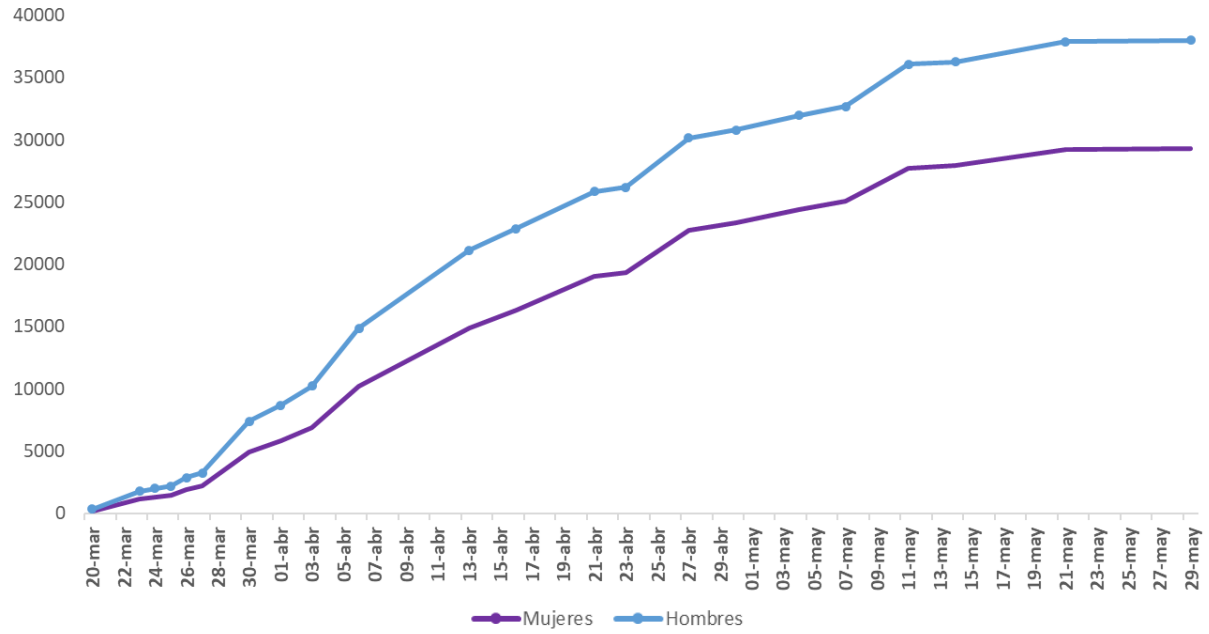




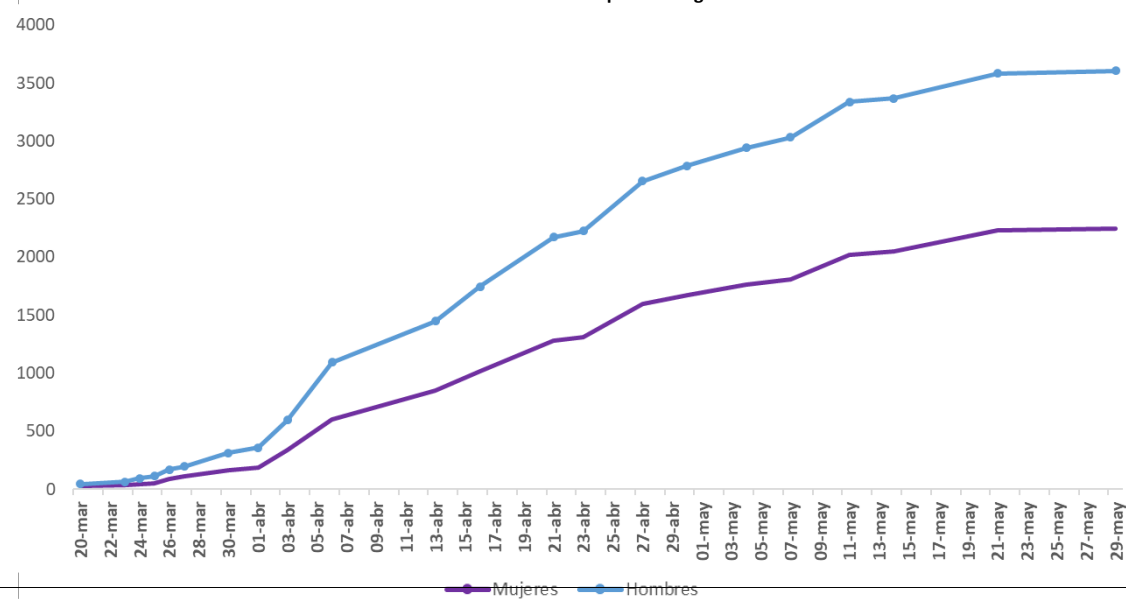


SINTOMAS MÁS FRECUENTES EN HOMBRES QUE EN MUJERES

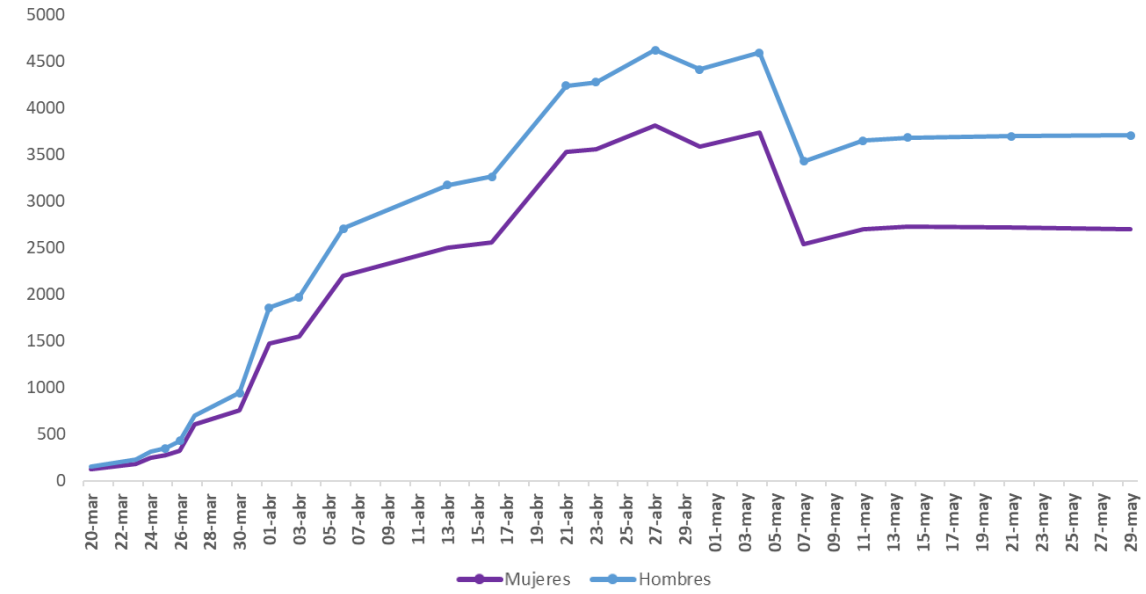
Neumonía



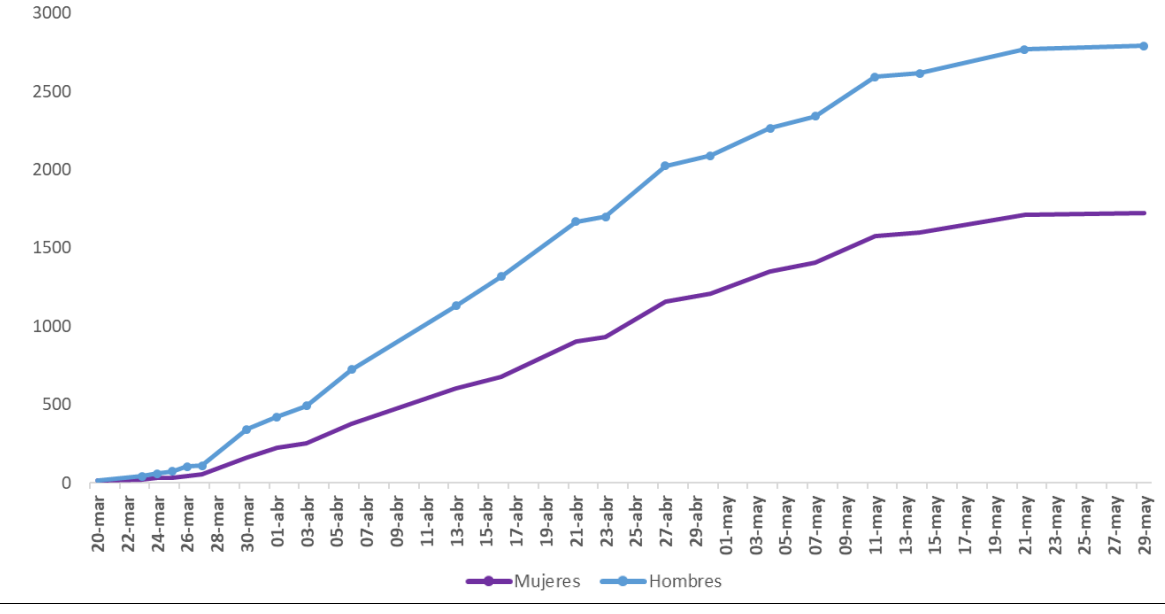
Síndrome de distrés respiratorio agudo



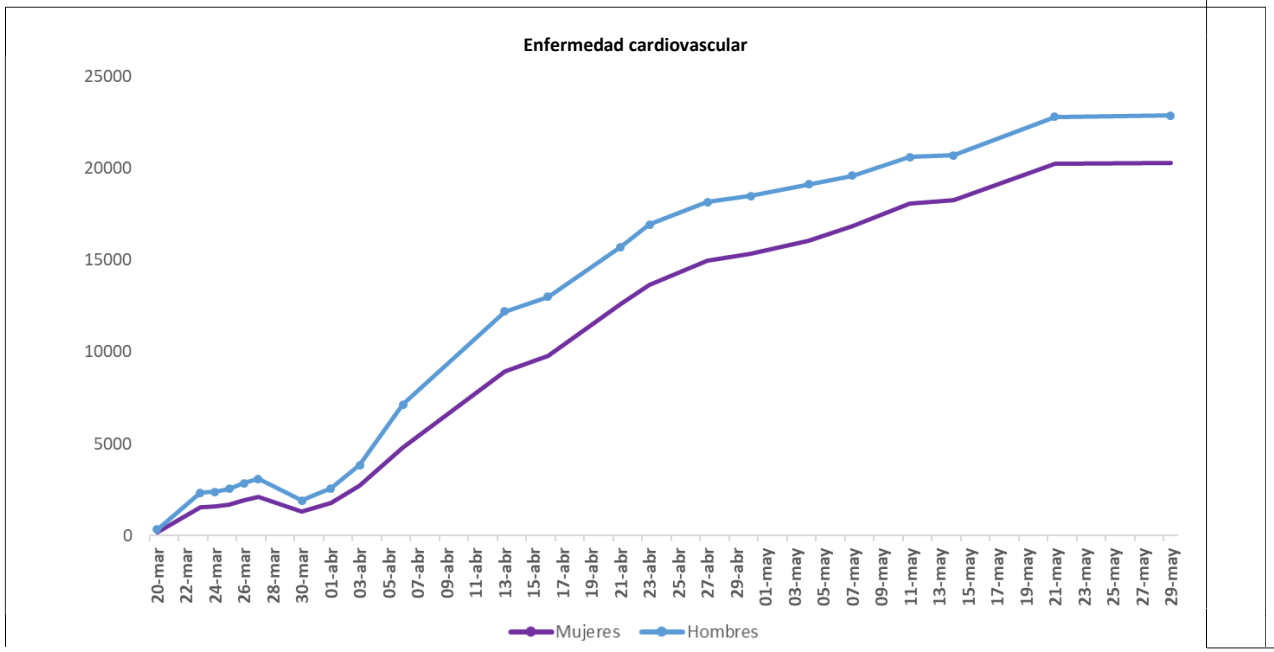
Otros síntomas resp.

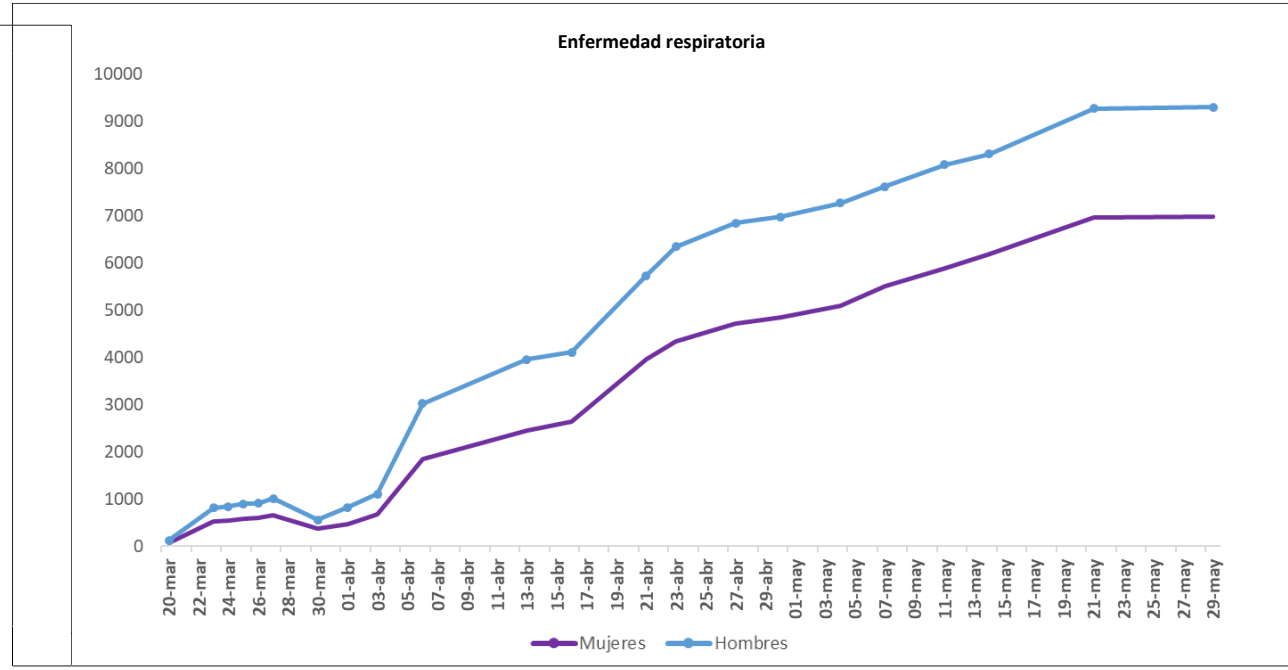


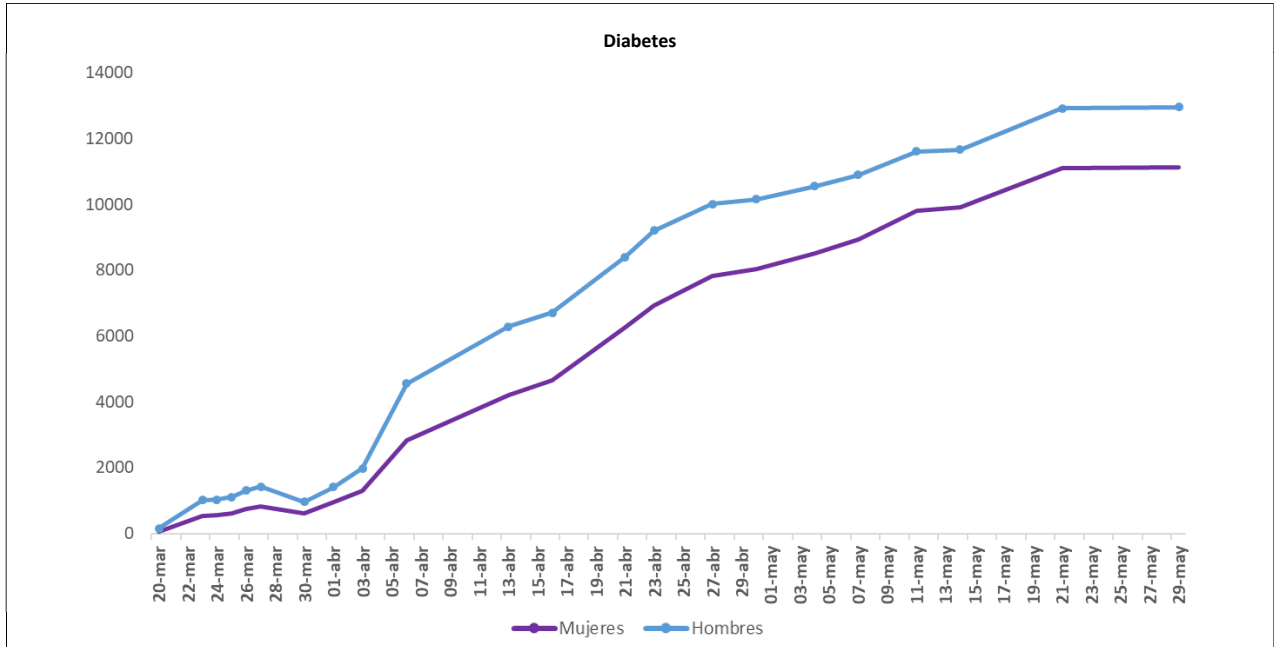
Fallo renal agudo



ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGO







Informe 33. Covid-19 hasta 10 de mayo. Publicado 29 mayo

Tabla 2. Características demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos de riesgo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE[1] (N=250.273)

Características	n*	Total N (%)	Mujeres N (%)	Hombres N (%)	p-valor
Sexo	248329		141571 (56,6)	106758 (42,7)	
Edad. Mediana (RIC)[2]	248068	60 (46-79)	59 (44-81)	62 (48-77)	<0,001
Grupo de edad (años)					
<2		381 (0,2)	165 (0,1)	216 (0,2)	
2-4		193 (0,1)	98 (0,1)	95 (0,1)	
5-14		835 (0,3)	394 (0,3)	441 (0,4)	
15-29		15481 (6,2)	10265 (7,3)	5216 (4,9)	
30-39		23570 (9,5)	14841 (10,5)	8729 (8,2)	
40-49		36175 (14,6)	21400 (15,1)	14775 (13,9)	
50-59		43869 (17,7)	25046 (17,7)	18822 (17,6)	
60-69		35197 (14,2)	16883 (11,9)	18311 (17,2)	
70-79		33411 (13,5)	15034 (10,6)	18377 (17,2)	
≥80		58956 (23,8)	37286 (26,4)	21669 (20,3)	<0,001
Síntomas[1]					
Fiebre o reciente historia de fiebre	101523	74057 (72,9)	37099 (68,3)	36949 (79,3)	<0,001
Tos	93105	64281 (69,0)	33961 (67,9)	30314 (71,3)	<0,001
Dolor de garganta	38299	8430 (22,0)	5401 (25,1)	3028 (18,7)	<0,001
Disnea	87744	41727 (47,6)	20708 (44,0)	21017 (52,4)	<0,001
Escalofríos	38003	8843 (23,3)	4855 (22,8)	3987 (24,7)	<0,001
Vómitos	37940	3297 (8,7)	2143 (10,1)	1154 (7,1)	<0,001
Diarrea	39799	10678 (26,8)	6284 (28,1)	4393 (26,0)	<0,001
Neumonía (radiológica o clínica)	125022	67293 (53,8)	29317 (44,7)	37973 (64,6)	<0,001
Síndrome de distrés respiratorio agudo	85864	5846 (6,8)	2242 (4,8)	3604 (9,4)	<0,001
Otros síntomas resp.	69923	6407 (9,2)	2699 (7,1)	3708 (11,8)	<0,001
Fallo renal agudo	86066	4515 (5,2)	1725 (3,6)	2790 (7,3)	<0,001
Enfermedades y factores de riesgo[1]					
Una o más	159343	103573 (65,0)	53867 (61,5)	48401 (68,7)	<0,001
Enfermedad cardiovascular	149636	43420 (29,0)	20309 (24,7)	22889 (34,3)	<0,001
Enfermedad respiratoria	149636	16454 (11,0)	6981 (8,5)	9300 (13,9)	<0,001
Diabetes	149636	24222 (16,2)	11120 (13,5)	12956 (19,4)	<0,001
Hipertensión arterial†	149636	31800 (21,3)	17176 (20,9)	14230 (21,3)	0,035
Hospitalización	239815	92113 (38,4)	40585 (30,0)	51363 (49,7)	<0,001
Ventilación mecánica	77414	5809 (7,5)	1900 (4,7)	3909 (10,6)	<0,001
Admisión UCI[3]	197163	7695 (3,9)	2340 (2,1)	5344 (6,2)	<0,001
Defunción	250273	20534 (8,2)	8913 (6,3)	11612 (10,9)	<0,001
Contacto estrecho con casos COVID-19 probable o confirmado	13954	7582 (54,3)	4767 (60,9)	2815 (45,9)	<0,001
Contacto con persona con infección respiratoria aguda	15461	8028 (51,9)	5064 (57,0)	2964 (45,1)	<0,001
Profesional sanitario	169694	40961 (24,1)	31351 (32,1)	9606 (13,3)	<0,001
Visita a centro sanitario	8480	1208 (14,2)	729 (16,2)	479 (12,0)	<0,001

[1]Los porcentajes se calculan sobre los casos de COVID-19 de los que se dispone de información de cada variable. [2]RIC: rango intercuartil. [3]UCI:

Tabla 5. Características demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos de riesgo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE* con inicio de síntomas y diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020

Características		Total	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	p-valor
Sexo			400007 (52,0)	369150 (48,0)	
Mediana de edad (rango)		39 (24-55)	40 (24-56)	39 (23-54)	<0,001
Grupo de edad (años)					
	<2	11706 (1,5)	5625 (1,4)	6080 (1,7)	
	2-4	16672 (2,2)	8259 (2,1)	8412 (2,3)	
	5-14	66478 (8,7)	32779 (8,2)	33679 (9,2)	
	15-29	169559 (22,2)	86729 (21,8)	82814 (22,6)	
	30-39	119187 (15,6)	62287 (15,7)	56890 (15,5)	
	40-49	129214 (16,9)	66702 (16,8)	62508 (17,0)	
	50-59	105711 (13,8)	54955 (13,8)	50751 (13,8)	
	60-69	63698 (8,3)	31958 (8,0)	31738 (8,7)	
	70-79	39248 (5,1)	20637 (5,2)	18607 (5,1)	
	≥80	42829 (5,6)	27580 (6,9)	15247 (4,2)	<0,001
Síntomas		366809 (51,6)	191801 (51,9)	174977 (51,3)	<0,001
Personal sanitario y sociosanitario		17501 (4,1)	13622 (6,2)	3875 (1,9)	<0,001
Personal sanitario que trabaja en					
	Centro sanitario	9883 (56,5)	7537 (55,3)	2343 (60,5)	
	Centro sociosanitario	5668 (32,4)	4728 (34,7)	939 (24,2)	
	Otros centros	1950 (11,1)	1357 (10,0)	593 (15,3)	<0,001
Número de contactos estrechos identificados		3 (1- 4)	3 (1- 4)	3 (1- 4)	0,157
Ámbito de posible exposición					
	Centro sociosanitario	16549 (3,7)	10731 (4,5)	5817 (2,7)	
	Laboral	29196 (6,4)	14701 (6,2)	14482 (6,7)	
	Centro sanitario	8977 (2,0)	5397 (2,3)	3579 (1,7)	
	Domicilio	150325 (33,2)	80533 (34,0)	69782 (32,2)	
	Escolar	5751 (1,3)	2961 (1,3)	2790 (1,3)	
	Otros	57056 (12,6)	28615 (12,1)	28437 (13,1)	
	Desconocido	185352 (40,9)	93643 (39,6)	91694 (42,3)	<0,001
Importado		3225 (0,6)	1404 (0,5)	1820 (0,7)	<0,001
Prueba de laboratorio*					
	Desconocida	213 (0,0)	110 (0,0)	100 (0,0)	
	PCR/Técnicas moleculares	738247 (96,0)	383529 (95,9)	354545 (96,0)	
	Test rápido de anticuerpos	27 (0,0)	12 (0,0)	15 (0,0)	
	Detección de antígeno	29078 (3,8)	15154 (3,8)	13906 (3,8)	
	ELISA	1786 (0,2)	1202 (0,3)	584 (0,2)	<0,001

n (%) calculado sobre el total de casos con información en esa variable

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

ENCUESTA

COVID-19 PERSISTENTE

¡Hazte oír!

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA (SEMG) & LONG COVID AUTONOMOUS COLLECTIVES TOGETHER SPAIN

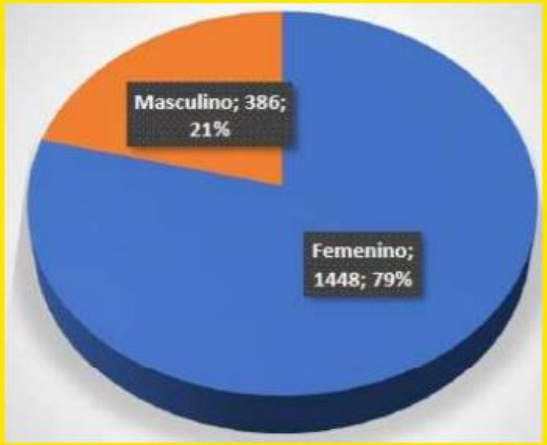
11 NOVIEMBRE 2020

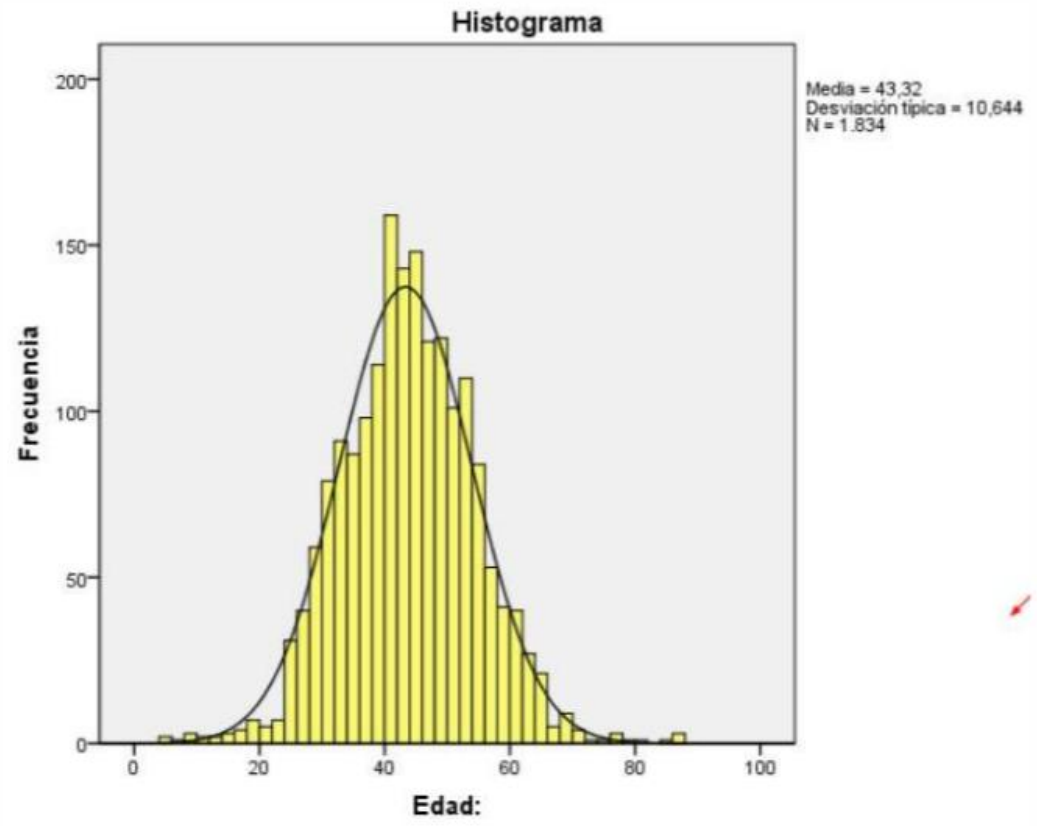
SEMG
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

LongCovidACTS
AUTONOMOUS COMMUNITIES TOGETHER SPAIN

Perfil de los afectados (I)

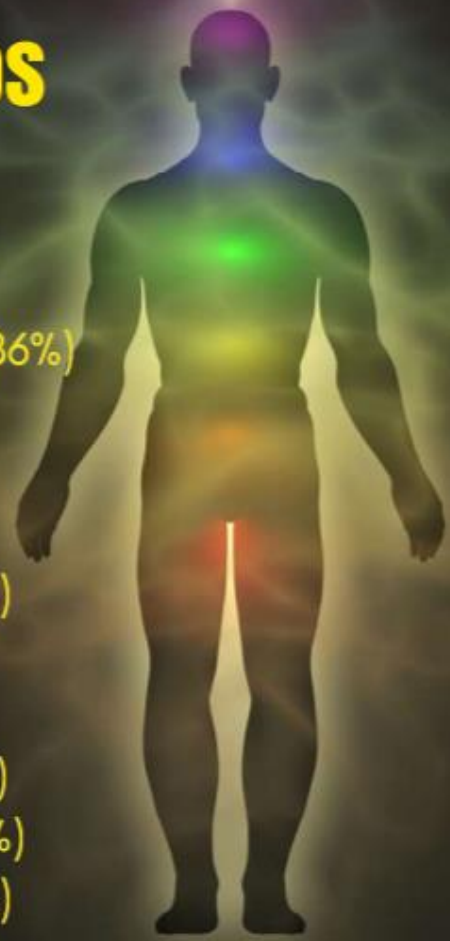
De los 1.834 afectados, el 79% son mujeres, con una media de edad de 43 años





La distribución de edades es similar en hombres y mujeres

Afectación de órganos



ÁREA AFECTADA

1. Síntomas generales (95%)
2. Alteraciones neurológicas (86%)
3. Problemas psicológicos/emocionales (86%)
4. Problemas ap. locomotor (82%)
5. Problemas respiratorios (79%)
6. Alteraciones digestivas (70%)
7. Alteraciones cardiovasculares (69%)
8. Alteraciones ORL (65%)
9. Alteraciones OFT (56%)
10. Alteraciones dermatológicas (56%)
11. Alteraciones de la coagulación (38%)
12. Alteraciones nefrourológicas (25%)

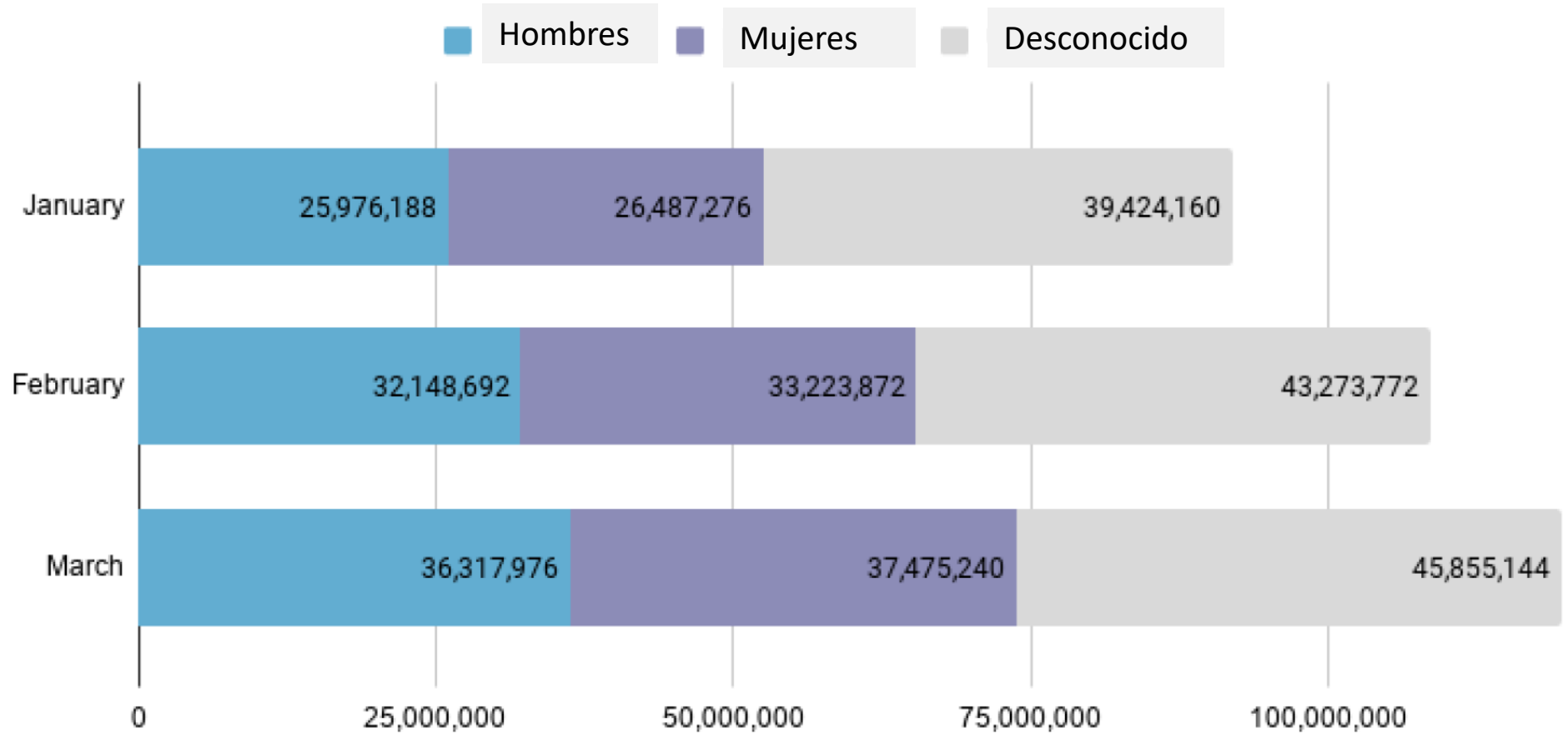
MEDIA DE ÁREAS AFECTADOS: 6 DE LAS 12 ÁREAS ANTERIORES, EL 50% TIENE 7 ÁREAS AFECTADAS

MEDIA DE SÍNTOMAS POR PERSONA: 36 SÍNTOMAS, EL 50% TIENE 58 SÍNTOMAS (TOTAL DETALLADOS 87 SÍNTOMAS)

HACER VISIBLE LO INVISIBLE. ESO ES EL ARTE !

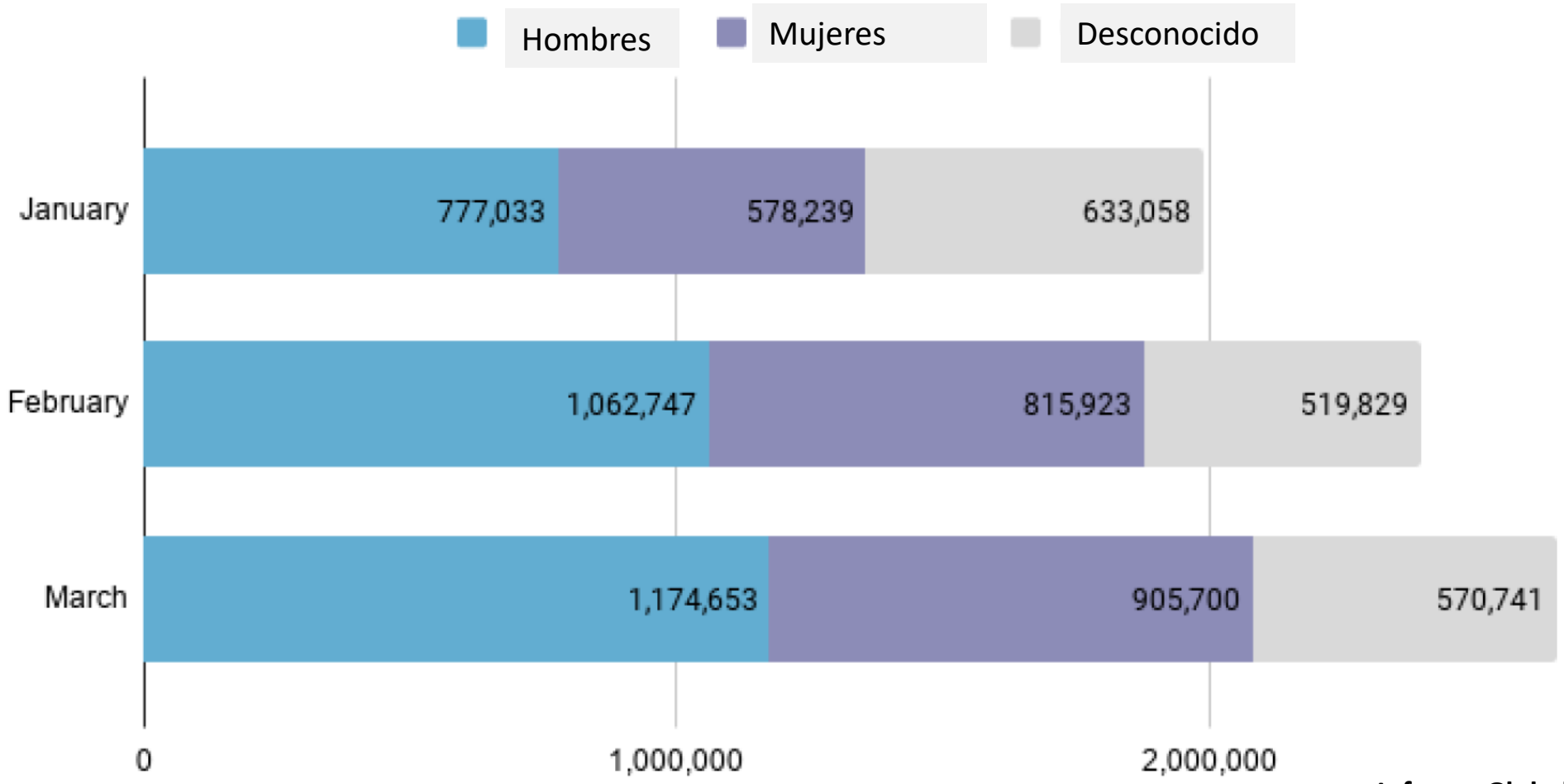
GRACIAS!!!

Número de Casos de COVID 19 a nivel global donde el sexo es conocido. Enero-Marzo 2021



Informe Global Health 50/50

Número de Fallecimientos por COVID 19 a nivel global donde el sexo es conocido. Enero-Marzo 2021



Informe Global Health 50/50