

CAPÍTULO 5. PRESENTE Y FUTURO DE LA INCLUSIÓN DEL ANÁLISIS SEXO/GÉNERO EN EL ABORDAJE DE LA SALUD HUMANA

Dra. Remedios Álvarez Terán

Dr. Raúl Juárez Vela

Dr. Iván Santolalla Arnedo

D. Nicolás Alonso Llorente

Al introducir la perspectiva de género en el análisis de la salud, reconocemos que existen diferencias en el estado de salud y de enfermedad entre mujeres y hombres. Diferencias atribuibles a los estilos de vida, a la economía, a la educación, a la edad y al género, y no solo a la biología. A las diferencias así generadas la OMS las denomina inequidades y les atribuye una dimensión moral y ética al ser innecesarias, evitables e injustas.

La salud es uno de los factores que más afectan a la calidad de vida de las personas, pero no podemos perder de vista que los determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para mujeres y hombres. Unas y otros acceden y controlan los recursos sanitarios de manera diferente, así que se producen situaciones no equitativas en los patrones de riesgo para enfermar, en la utilización de los servicios sanitarios y en los resultados de salud.

Al investigar en salud, es necesario introducir la perspectiva de sexo y género para que los resultados sean más precisos, sensibles y relevantes. Desde las instituciones sanitarias internacionales, europeas y nacionales se viene trabajando por promover la inclusión del análisis de sexo/género en la investigación que afecta a la vida humana y a la salud.

Perspectiva internacional

Para conocer las causas y las consecuencias de las desigualdades entre mujeres y hombres en el mundo, la ONU ha organizado foros internacionales desde 1975. En 2015 se establecieron 17 objetivos para conseguir un desarrollo sostenible que deben cumplirse antes de finalizar 2030. El tercero, Salud y bienestar, y el quinto, Igualdad de género, atraviesan todas las investigaciones relacionadas con ambos campos del conocimiento.

También la ONU, en 1990, creó el Índice de Desarrollo Humano. Una herramienta para relacionar longevidad, conocimientos o logros educativos y nivel de vida de las poblaciones. Finalmente, para profundizar en el análisis de las diferencias entre mujeres y hombres, se implementó el Índice de Desigualdad de Género, que refleja la desigualdad entre mujeres y hombres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado de trabajo.

Perspectiva en España

La legislación española reconoce que el género es un determinante para la salud y, en consecuencia, viene incorporando

normativa para hacer efectivos los diversos compromisos internacionales alcanzados.

La Declaración de Madrid de 2001 asumió la necesidad de avanzar en la igualdad a partir de las siguientes premisas:

- Todas las personas tienen el mismo derecho a la salud. Pero, para conseguir los mejores niveles, es necesario que las políticas sanitarias reconozcan que mujeres y hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes.
- El género es uno de los determinantes de un estado de salud no equitativo.

En 2003, la Ley 16/2003 de Calidad del Sistema Nacional de Salud previó la elaboración de planes integrales sobre las patologías más prevalentes, relevantes o las que incrementan la carga sociofamiliar. Así como la necesidad de prestar una atención integral: prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar (Ley 16/2003).

La Ley 1/2004 de Medidas contra la Violencia de Género reconoció que esta lacra es el problema que más brutalmente muestra la desigualdad de las sociedades occidentales. Una violencia que se dirige a las mujeres por el hecho mismo de serlo, y que afecta radicalmente a su salud. La norma determinó las medidas de sensibilización, prevención y detección e intervención en la sanidad (Ley 1/2004):

1. El SNS debe impulsar actuaciones sanitarias para la detección precoz de esta violencia.
2. Desarrollar programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario para mejorar e impul-

- sar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de las mujeres víctimas de esta violencia.
3. Incorporar en los currículos de las profesiones socio sanitarias contenidos dirigidos a la investigación, prevención, detección, intervención y apoyo a estas mujeres.
 4. Contemplar en todos los Planes Nacionales de Salud la prevención e intervención integral en violencia de género.

Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad de género, incorporó pautas transversales en salud:

1. Adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas para favorecer la promoción de la salud de las mujeres y prevenir su discriminación.
2. Fomento de la investigación científica sobre las diferencias entre mujeres y hombres, para proteger su salud, especialmente en el diagnóstico y tratamiento, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.
3. Consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.
4. Integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.
5. La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del SNS.

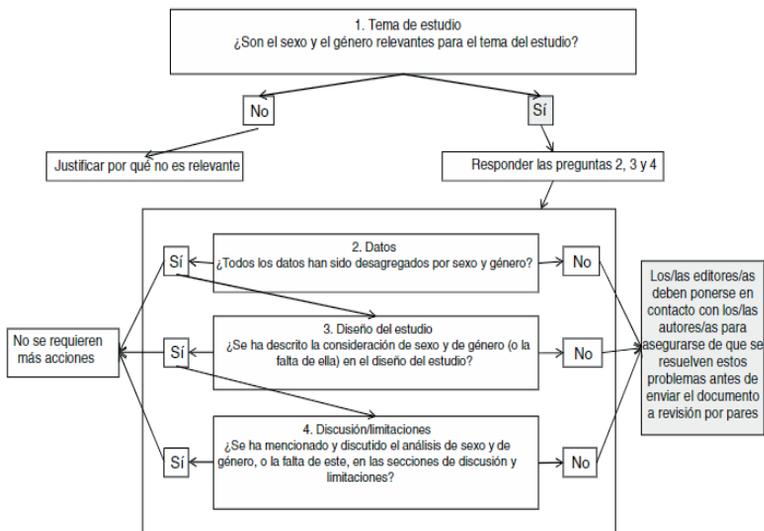
6. La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

Siguiendo el mandato legal, en 2004 se creó el Observatorio de Salud de las Mujeres, que tenía entre sus objetivos generar, difundir y promover el análisis de género y la equidad y su inclusión en las políticas y sistemas sanitarios. Fue suprimido en 2014 y puesto nuevamente en marcha en abril de 2019.

En marzo de 2005, se adoptaron 45 medidas para favorecer la igualdad. Así, se determinó elaborar un Informe anual sobre Salud y Género. El primero data de ese mismo año, posteriormente se publican en 2006, 2007, 2008 y 2009. En este último, ya no analiza la salud en general, sino que está dedicado exclusivamente a la violencia de género, que, si bien, es un elemento de primera magnitud para generar enfermedad, no es el único. En 2020, se reinicia este análisis.

En nuestro entorno tenemos ejemplos similares de apuestas por una ciencia más inclusiva. El Institute of Gender and Health canadiense estableció en 2010 el requisito de que todas las solicitudes de subvenciones para proyectos de investigación tenían que responder a preguntas obligatorias sobre si sus diseños de investigación incluían o no la perspectiva de género y el sexo.

Figura 1. Diagrama de flujo SAGER sobre el primer cribado editorial de los manuscritos recibidos.



Fuente: S. Heidari et al. Gaceta Sanitaria. 2019; 33 (2)

Descriptorios por género

Las diferencias en la salud entre mujeres y hombres están científicamente constadas. La OMS publicaba en 2009 el informe *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana* y en 2015 *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*.

Entre otras muchas conclusiones, ambos documentos dejan en evidencia que, pese a los progresos realizados, las sociedades siguen fallando a las mujeres en momentos claves de sus vidas. Así como que, mientras ellas dispensan la mejor parte

de la atención sanitaria, pocas veces reciben la que necesitan. También se constata que, aunque viven más, los años suplementarios no siempre se acompañan de buena salud. Y que, a pesar de algunas ventajas biológicas, se ven afectadas en su salud por una situación socioeconómica peor. En resumen, que se necesitan cambios y medidas políticas en la salud y fuera de ella para atajar las desigualdades.

Se podían extraer algunos datos cuantitativos:

- De media, las mujeres viven entre seis y ocho años más que los hombres.
- La esperanza de vida femenina al nacer es mayor de 80 años en 35 países, pero tan solo de 54 años en África.
- Las tasas de morbi-mortalidad comienzan a diferenciarse después de la infancia: los accidentes al desplazarse de un lugar a otro son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes en los países de ingresos medio-altos.
- Las niñas tienen muchas más probabilidades de sufrir violencia sexual -cualquier tipo de delito-: un 8,7% de niños frente a un 25,3% de niñas.
- Ellas están más expuestas a tener relaciones sexuales poco seguras, no deseadas y/o forzadas, que pueden hacerles contraer el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Se estima que en 2016 se produjeron 376 millones de nuevos casos en todo el mundo de las cuatro infecciones de transmisión sexual curables más comunes (clamidiasis, blenorragia, sífilis y tricomoniasis).
- Los embarazos no deseados y los abortos peligrosos son una importante causa de mortalidad entre las jóvenes

de 15 a 19 años de los países en desarrollo. Lo abortos practicados por no profesionales contribuyen en gran medida a esas muertes. Cada año, 14 millones de adolescentes se convierten en madres. El 90% de ellas vive en países en desarrollo.

- Más de 10.000 recién nacidos mueren de complicaciones durante el embarazo y el parto prevenibles y, el 90% de esta mortalidad neonatal se produce en el mundo en desarrollo. Los partos prematuros, la asfixia neonatal y las infecciones son las principales causas de mortalidad durante el primer mes de vida, que es cuando las tasas de mortalidad son más elevadas.
- Diariamente, 1600 mujeres mueren de complicaciones durante el embarazo prevenibles. Anualmente, se producen medio millón de muertes maternas, de las que el 99% suceden en países en desarrollo. Pese al incremento del uso de anticonceptivos en los últimos 30 años, siguen siendo muchas las necesidades sin atender en todas las regiones. Por ejemplo, en el África subsahariana, una de cada cuatro mujeres no utiliza ningún método de planificación familiar, aunque quiera hacerlo.
- A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares, a menudo consideradas un problema ‘masculino’, son la principal causa de mortalidad femenina.

En España, las encuestas nacionales de salud ponen en evidencia la relación directa entre bajos ingresos y mala salud. También hay una clara relación entre la salud y la edad. Las españolas tienen peor estado de salud en todos los tramos de

edad, cumplen la estadística de vivir más, pero, más enfermas, y ello es atribuible a causas biológicas, económicas y sociales (Durán, 2012, 237-243).

En conjunto, ellas acuden a más consultas médicas, al dentista y a otros profesionales sanitarios y se realizan más pruebas diagnósticas, especialmente análisis de sangre. Hay un porcentaje del 3,3%, de entre 50 y 69 años, que nunca se ha realizado una mamografía. Las mujeres donan menos órganos, supone un 43% en el conjunto, y también reciben menos, el 32,6% de los mismos (Instituto de la mujer, 2021).

En 2020, estaban gravemente limitadas para las actividades de la vida cotidiana el 5,53%, y el 3,87% entre ellos; no podía moverse el 2,6% y el 1,1% respectivamente; no podía ver el 0,5% de las mujeres y el 0,1% de los hombres; y no podía oír el 0,5% en ambos sexos. Así que, percibían un estado de salud muy malo un 2% de las mujeres y un 1,13% de ellos. Efectivamente, ellas estaban y se sentían peor.

Las mujeres mostraban, entre sus afecciones, un 7,1% de cuadros depresivos, frente al 3,4% de los hombres. De hecho, entre la medicación consumida, los tranquilizantes, relajantes y somníferos suponían el 14,2%, prácticamente el doble que el consumo reflejado por los hombres. Sin embargo, respecto al consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, automedicación y adicciones, las mujeres estaban por debajo. Por ejemplo, un 64,8% nunca había consumido tabaco, porcentaje que se reduce al 46,4% entre los hombres. También mostraban menor prevalencia en la adicción al juego con dinero, el 61,5%, frente al 66,8% de los hombres. Destacaba el dato de la prevalencia del uso compulsivo de Internet entre las estudiantes de 14-18 años, que era del 23,4% frente al 16,4% de ellos.

En 2020, 73 mujeres fallecieron por SIDA, en tanto que lo hicieron 292 hombres. Otras 53.602 por enfermedades de prevalencia femenina, mientras los fallecidos por causa masculina fueron 18.890. Finalmente, el Sars-CoV-2 acabó con la vida de 35.922 mujeres, entre casos confirmados y sospechosos, casi un número similar de hombres 38.917.

Uno de los retos más importantes de la investigación en salud es trasladar el conocimiento acumulado sobre la influencia del sexo y el género de las personas a nuevas investigaciones y a la toma de decisiones en salud. La consecuencia de olvidar esta parte trascendental de las investigaciones puede variar desde intervenciones sanitarias menos efectivas a mayor morbilidad y mortalidad.

El conocimiento sobre sexo, género y salud debe impactar en todos los ámbitos sanitarios: la docencia, la investigación, la práctica clínica, los servicios y las políticas de salud, la población y la salud pública. Porque, sabemos que tener en cuenta el sistema sexo/género conduce a mejoras en las intervenciones, en las políticas y en los resultados sanitarios.

Otra piedra angular es seguir formando a quienes investigan en las herramientas que les faciliten la integración del análisis sexo/género y que les ayuden a tener siempre presentes: el sexo, el género y la diversidad en relación con la salud.

Tenemos el reto de explorar los avances y los desafíos relacionados con la bioética y con la traslación del conocimiento sobre género, sexo y salud a las intervenciones para mejorar la vida de las personas:

- Abrir nuevas vías de conocimiento sobre las diferencias de sexo/género en la salud y sus mecanismos subyacentes.

- Disminuir las lagunas en los conocimientos actuales para comprender las causas de la inequidad sanitaria por razones de género.
- Poner en marcha programas de intervención sanitaria (promoción, prevención y rehabilitación) que utilicen conocimientos actualizados sobre sexo, género y salud.

Las desigualdades de género en salud solo pueden desaparecer con la voluntad política de hacerlo, son necesarios recursos económicos para investigarlas, analizarlas y eliminarlas mediante los planes y proyectos adecuados.

Actividades Capítulo 5

Johnson J.L., 2009, refiere que, al revisar los datos desglosado por sexo de tres estudios sobre los desgarros de ligamento cruzado anterior, se observó que las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de sufrir esta lesión, de informar más dolor cuando la sufren y de sufrir posteriormente con más frecuencia osteoartritis.

¿Qué ha aportado la desagregación de los datos por sexo en estos estudios?

Una vez observadas estas diferencias ¿Cómo podrían los autores tratar de entender estas diferencias?

- a. Estudios prospectivos que examinaran los factores de riesgo de lesión LCA en hombres y mujeres
- b. Estudios retrospectivos casos/control para aislar factores de riesgo específico de las mujeres
- c. Con estudios experimentales o cuasiexperimentales que modifiquen en los grupos de hombres y mujeres alguna variable que pueda estar asociada con el riesgo de

desgarro del ligamento cruzado. Por ejemplo, el uso de un calzado diseñado para evitar la LCA en una actividad deportiva concreta y su eficacia entre los hombres y mujeres que la practican.

d. Con todos ellos.

Hay estudios que han confirmado que existen diferencias biológicas en la laxitud de la rodilla, la alineación de las extremidades, en las dimensiones de la muesca de la rodilla y en el tamaño de los ligamentos, y que estas diferencias podrían explicar la diferencias en las lesiones.

¿Para qué podría utilizarse el conocimiento de estas diferencias anatómicas entre hombres y mujeres?

a. Para orientar a hombres y mujeres hacia un tipo u otro de actividad laboral.

b. Para orientar a mujeres y hombres hacia un tipo de actividad física u otra.

c. Para diseñar prótesis de rodilla teniendo en cuenta las diferencias anatómicas entre unas y otros.

d. Para estimar el precio que hombres y mujeres deben pagar por los servicios de las aseguradoras.

¿Podría haber otras diferencias biológicas, además de las anatómicas, entre hombres y mujeres que pudiesen estar relacionadas con la lesión de LCA??

a. Diferencias hormonales

b. Diferencias neuromusculares

c. Diferencias biomecánicas

d. Todas ellas

¿Qué aspectos de la vida diaria de las personas relacionados con el género podrían investigarse para prevenir la lesión y mejorar su evolución posterior?

Borkhoff CM, 2008, halló que, en Ontario (Canadá), fueron remitidos para una ortoplastia total de rodilla el doble de hombres que de mujeres, teniendo similares síntomas y nivel de discapacidad.

¿Cómo se explica este hallazgo?
