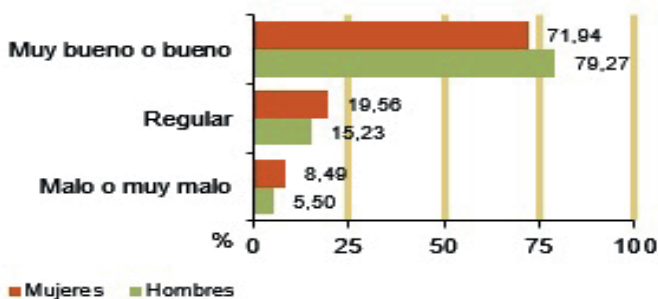


# CAPÍTULO 1. TRANSCENDENCIA DEL SEXO Y EL GÉNERO EN LA SALUD HUMANA

Dra. Ángela Durante  
Dra. Remedios Álvarez Terán  
Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández  
Dr. Iván Santolalla Arnedo

La evidencia científica constata de manera evidente las importantes diferencias en la morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres. ¿Sabías que en España las mujeres presentan una mayor esperanza de vida que los hombres pero refieren una peor percepción de su estado de salud, o que las mujeres presentan con mayor frecuencia problemas crónicos de salud y que estos son diferentes a los que padecen los hombres?

**Valoración del estado de salud percibido. 2020.**  
**Población de 15 y más años**



Fuente. Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS.

¿Conocemos en profundidad las causas de estas diferencias?  
¿Tenemos claro por qué se producen? La respuesta es NO. La investigación y los informes sobre las diferencias en la forma en que se manifiesta la enfermedad en hombres y mujeres, la mayor susceptibilidad a unas u otras enfermedades o como respondemos a los diferentes fármacos y terapias son aún insuficientes.

Sigamos reflexionando un poco más, ¿Sería razonable probar la eficacia de medicamentos contra el cáncer de próstata solo en muestras de células femeninas, diseñar campañas contra el alcoholismo solo para mujeres, o probar el efecto de un psicofármaco solo en hombres? Resulta evidente que no lo sería. Sin embargo, este grave error (sesgo de sexo y género) que no tiene en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres, o bien, que asume “a priori” una diferencias no demostradas, ha sido constante desde el inicio de la investigación científica biomédica y aún persiste en una parte sustancial de la investigación actual. No trabajar por minimizar este sesgo o erradicarlo tiene una importancia trascendental en la salud de las personas, porque, la investigación biomédica aporta el cuerpo de conocimiento científico que sustenta la llamada “medicina basada en la evidencia” y justifica las políticas sanitarias que deciden, que problemas de salud son importantes y como afrontarlos. De esta manera, el sesgo introducido en la investigación se translada a la práctica clínica y a la normativa sanitaria.

Hombres, mujeres, niñas y niños somos similares en muchos aspectos, pero cuando se trata de nuestra salud y bienestar, nuestras diferencias importan. Cada célula tiene sexo y cada persona tiene género. El sexo y el género influyen en nuestra salud. Cuanto más comprendamos cómo el sexo y el

género afectan la salud, más podremos mejorar la salud y el bienestar de todos.

El análisis de sexo y género en investigación importa:

1. Ofrece la oportunidad de explorar similitudes y diferencias en la epidemiología de las enfermedades y en la respuesta de las personas a las diferentes terapias
2. Evita o minimiza la posibilidad de dañar a las personas excluidas en la investigación, al asumir que los resultados obtenidos en la investigación de la que fueron excluidas son aplicables también a estas personas.
3. Se crean las condiciones para hallar diferencias entre las personas que ayudan a adaptar mejor las opciones terapéuticas o las intervenciones sanitarias para mujeres y hombres, niños y niñas y personas con diversidad de género.
4. Mejora la reproductividad y la eficiencia de la investigación. Cuando el sexo de células, tejidos, animales o humanos no está explícitamente registrado e informado en las publicaciones de la investigación es difícil reproducir la investigación en las mismas condiciones. Cuando el sexo y el género no se tienen en cuenta explícitamente en el diseño, en el análisis, en la publicación y en los planes de implementación del conocimiento, pueden producirse una falta de eficiencia.

### **La estandarización masculina de los parámetros de salud**

Las mujeres han sido durante muchos años excluidas de la investigación científica.

Las razones de la preferencia de los investigadores por es-

tudiar animales machos en la investigación preclínica o estudiar solo a hombres en la investigación clínica se sustentaba en varias supuestas errones:

- los parámetros biológicos en las hembras de los mamíferos son menos estables que en los machos,
- Había que excluir a las mujeres en los ensayos para “proteger” su fertilidad o un probable daño en el embarazo
- los resultados que se obtienen en los hombres puede generalizarse también a las mujeres.

La evidencia ha demostrado que para cualquier criterio de valoración la variabilidad no es mayor en las mujeres que en los hombres, que estudiar solo a hombres no solo no protege a las mujeres sino que pone en peligro su salud y que los resultados observados en los hombres no se pueden generalizar a las mujeres y viceversa.

La historia de la Dra. Kibbe ilustra el efecto del sesgo sexual en las investigaciones: cuando la Dra Kibbe encontró que la terapia cardiovascular que estaba estudiando daba resultados prometedores, lo comentó con un colega. “Eso es interesante”, respondió su colega, pero, «¿Existen diferencias en los resultados para hombres y mujeres?» Kibbe no pudo responder. Como era habitual en su campo, había realizado su investigación solo en ratas macho.

Posteriormente, ese mismo colega recibió financiación para repetir su estudio en ratas hembra, y descubrió que la terapia cardiovascular estudiada mostraba buenos resultados solo en ratas macho pero tuvo el efecto contrario en ratas hembra. La propia Dra Kibbe verificó posteriormente estos resultados.

Consciente del sesgo que ella misma había introducido en sus investigaciones actualmente lidera la lucha contra el sesgo sexual en la investigación en los Estados Unidos.

En 1993 se publicó una ley que cominaba a los investigadores estadounidenses a incluir a las mujeres en los proyectos de investigación, establecía que se incluyese a mujeres y hombres en los ensayos clínicos en función de la prevalencia de la enfermedad y que se proporcionase datos sobre la eficacia del tratamiento en cada sexo. En 2015, Para abordar la subrepresentación femenina en la investigación biomédica, el National Institutes of Health (NIH) publicó un informe titulado “consideración del sexo como variable biológica en la investigación biomédica financiada por los NIH” para que quienes solicitaran financiación trataran de explicar el posible efecto del sexo, incluido como variable biológica, en sus estudios.

## **Actividades capítulo 1**

1. Lee esta historia y analiza las causas de las diferencias entre mujeres y hombres.

Ana y Juan viven en la misma ciudad y ambos tienen 55 años. Al levantarse notan dolor en el pecho. Juan es fumador y tiene antecedentes familiares de IAM, su padre murió hace 3 años de IAM y teme que le pueda pasar a él, decide ir directamente a urgencias del hospital, donde lo internan para hacerle pruebas. Ana no va a urgencias, considera que en general no tiene mala salud, aunque últimamente se ha sentido más estresada, más cansada y se han incrementado sus molestias estomacales. Toma su medicamento para la acidez gástrica y como el dolor no cede decide concertar una cita telefónica con su médico de familia. En la conversación con su médico, Ana hace hincapié en su estrés y en su malestar gástrico, el médico le prescribe un ansiolítico suave y le propone una cita presencial para el día siguiente. Por la tarde, Ana colapsa y es llevada de urgencia al hospital. Ana y Juan reciben sus diagnósticos. Ambos han sufrido un IAM.

Consulta la revisión de la literatura sobre el infarto agudo de miocardio en las mujeres (Mehta et al., 2016) que te ayuda a responder a las siguientes cuestiones:

- Describe las diferencias en el comportamiento de los protagonistas de nuestra historia, Ana y Juan frente a la enfermedad y de los profesionales sanitarios con los que consultan. Cuáles pueden ser atribuibles al binomio sexo/género y porqué.

---

---

---

---

---

---

---

---

- El papel de los estilos de vida, en términos de consumo de sustancias tóxicas y que influyen en la aparición de un infarto prematuro, parece ser determinante. ¿Existen diferencia en la prevalencia de tabaquismo, HTA, dislipemia, diabetes, obesidad, entre mujeres y hombres? Describe las diferencias.

---

---

---

---

---

---

---

---

- En la revisión propuesta cuando realizaron el análisis de diferencias étnicas, encontraron que las mujeres negras, hispanas e indias americanas llegaban más tarde al hospital, recibían menos terapias de reperfusión y menos cirugía de revascularización que los hombres y que las mujeres blancas, así como menos esfuerzos en prevención secundaria, y menor adherencia al tratamiento post-alta. ¿Qué ha aportado la inclusión de la “transversalidad” a este estudio?

---

---

---

---

---

---

---

---