



Mesa. Determinantes sociales de la Salud y la Desigualdad

EL GÉNERO. UN DETERMINANTE EN EL EJE DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

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



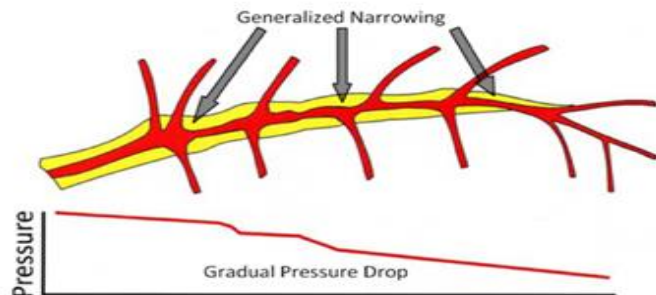
Diferencias uso de Angiografías coronarias y revascularización en pacientes hospitalizados por problemas cardíacos

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

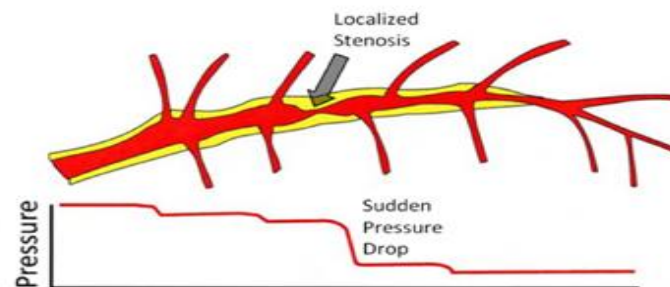
	Hombres (%)	Mujeres (%)
Blancos/as	18.8	9.4
No Blancos/as	14	8.6

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

Left: Diffuse atherosclerosis, most often seen in younger women with IHD.



Right: Obstructive atherosclerosis, most often seen in men and older women.



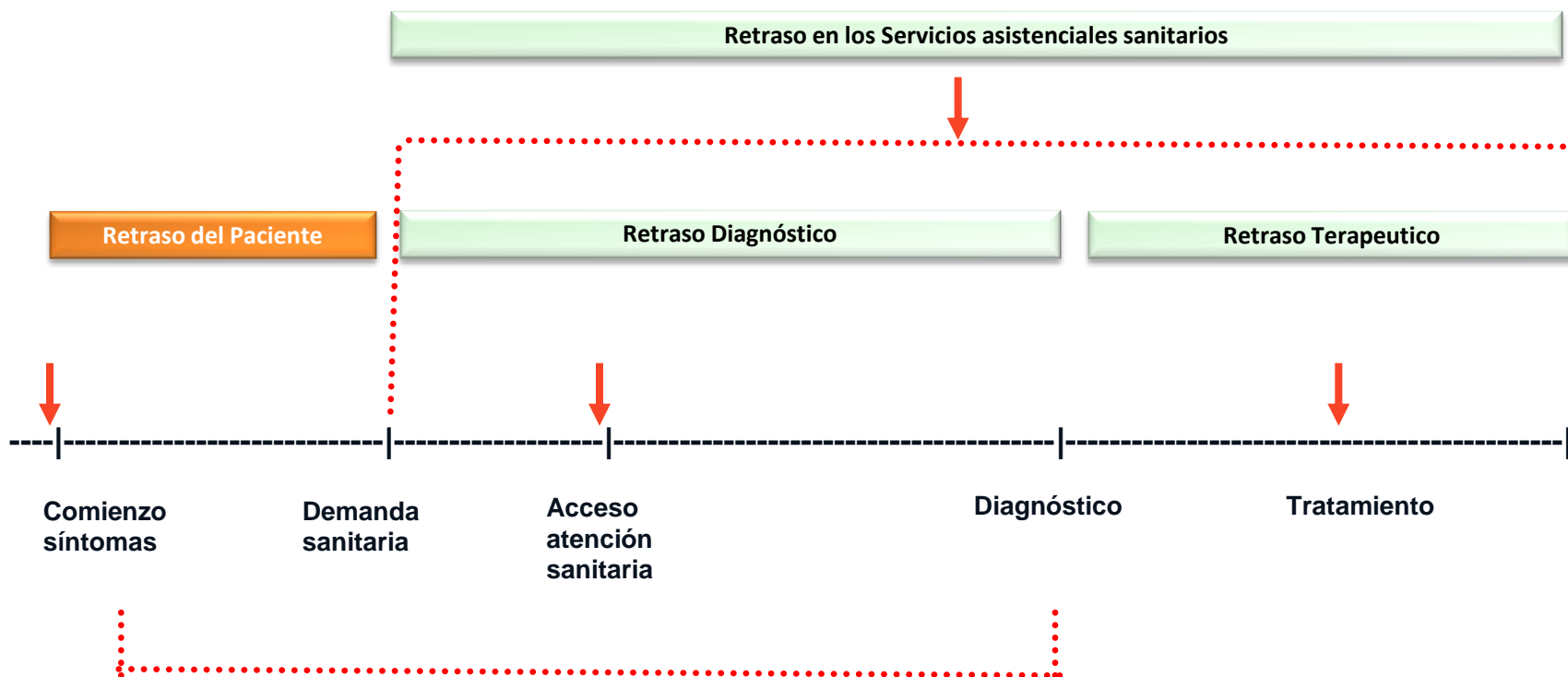
In age-matched groups of women and men with acute coronary syndrome, women are more likely than men to have minor or no obstruction as visualized through coronary angiography (image from Gould, 1999; reproduced with permission).



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

Línea del tiempo de retraso diagnóstico y tratamiento



Razones por las que los médicos no refieren a sus pacientes a cateterización en el síndrome coronario agudo.

Arch Intern Med. 2008;168:291-6. Cindy H. Lee et al. University of Toronto and the Canadian Heart Research. Toronto, Ontario.

Table 2. Primary Reason for Not Referring a Patient for Cardiac Catheterization

Reason	No. (%) of Patients (n = 754)
Patient not high risk enough or clinical trial evidence does not support use	516 (68.4)
Patient or family refusal	32 (4.2)
Renal insufficiency	12 (1.6)
Active bleeding or recent surgery or trauma	1 (0.1)
Other comorbid conditions	43 (5.7)
Other safety concerns	26 (3.4)
Anatomy already defined	
Unsuitable for intervention	93 (12.3)
Planned intervention	31 (4.1)

68,4% no tienen suficiente riesgo

Tasa de mortalidad al año para todos los pacientes y para los de alto riesgo según realización cateterización hospitalaria.

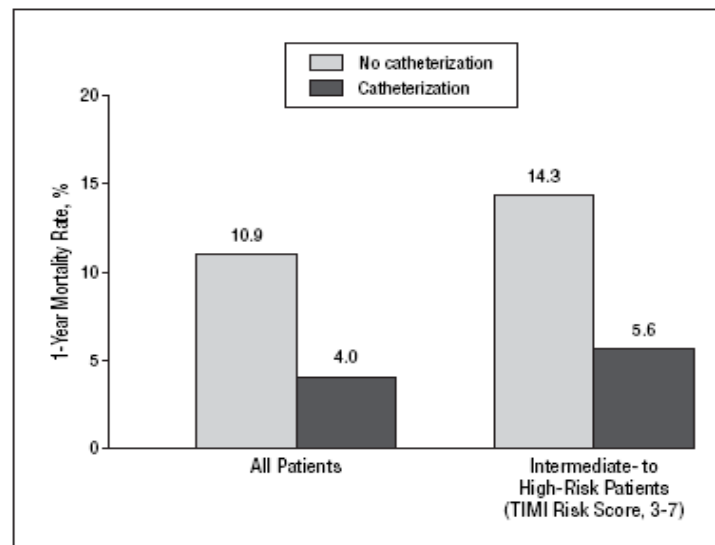


Figure 2. One-year mortality rate for all patients and higher-risk patients according to whether in-hospital cardiac catheterization was performed. TIMI indicates Thrombolysis in Myocardial Infarction.

La cateterización cardíaca no se utiliza de forma óptima en el síndrome coronario agudo.



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

Home | Contributors | Links | Translations | Contact Us

What is Gendered Innovations?

SEX & GENDER ANALYSIS

Methods
Terms
Checklists

CASE STUDIES

Science
Health & Medicine
Engineering
Environment

GIANT ROUNDTABLES

POLICY RECOMMENDATIONS

INSTITUTIONAL TRANSFORMATION


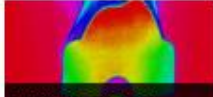


VIDEOS

Print
Tweet
Facebook

Health & Medicine Case Studies

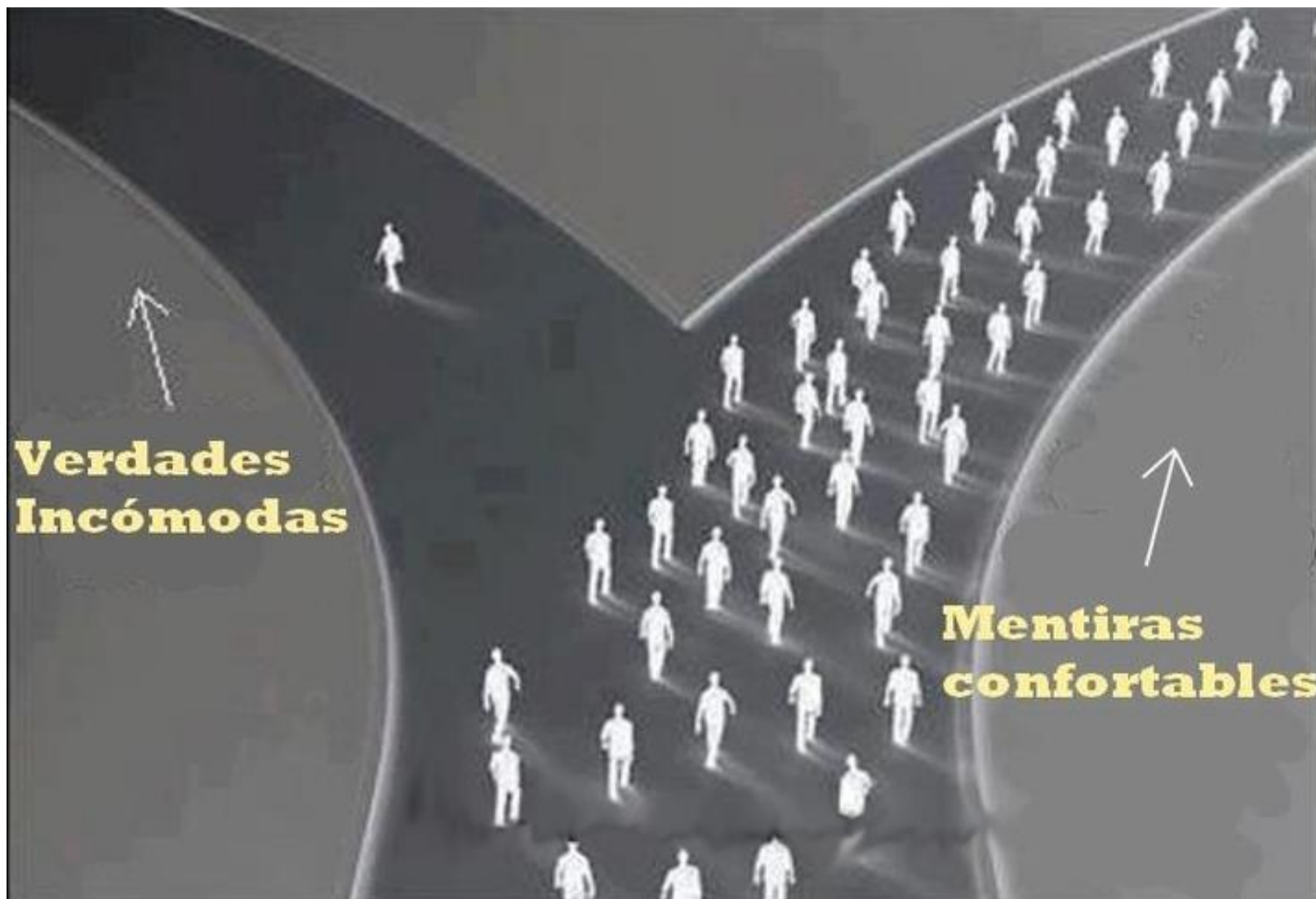
Demonstrate Gender Methods In Basic And Applied Research

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

- **Colorectal Cancer: Analyzing How Sex and Gender Interact**
- **De-Gendering the Knee: Overemphasizing Sex Differences as a Problem**
- **Dietary Assessment Method: Analyzing How Sex and Gender Interact**
- **Heart Disease in Women: Formulating Research Questions**
- **Nanotechnology-Based Screening for HPV: Rethinking Research Priorities**
- **Nutrigenomics**
- **Osteoporosis Research In Men: Rethinking Standards and Reference Models**



Desigualdades de Género





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



Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological Research J Epidemiol Comm Health 2007; 61: 46-53

Tipos de Sesgo de género

Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. J Epidem Commun Health 1997; 51: 106-9

1. Igualar a Hombres y Mujeres cuando no lo son.

Ejemplo: Ensayos clínicos

Síndrome de Yentl *B. Healy. The Yentl Sindrome. N Engl J Med 1991; 325: 274-6.*

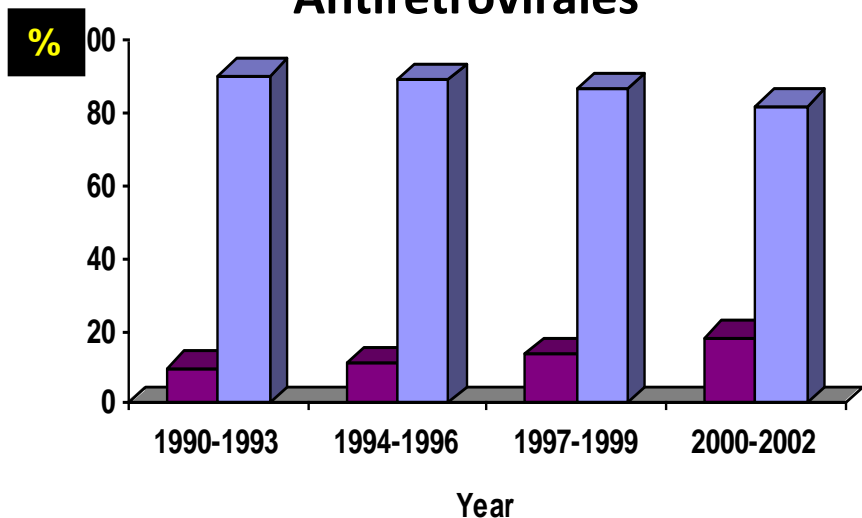
2. Valorar como diferentes a Hombres y Mujeres cuando son iguales.

Ejemplo: Diagnóstico de enfermedades psicosomáticas

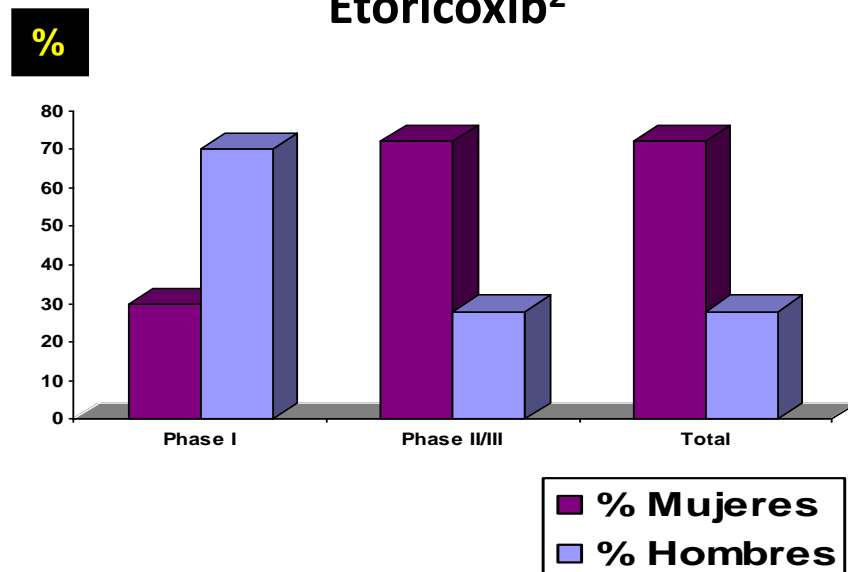


Distribución por sexo en los Ensayos Clínicos publicados de fármacos específicos

Antiretrovirales¹



Etoricoxib²



¹Ruiz Cantero MT, Pardo MA. "European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected". J Epidemiol Comm Health 2006;60:911-3.

²Chilet-Rosell E, Ruiz-Cantero MT, Horga JF. Women's health and gender-based clinical trials on etoricoxib:methodological gender bias. J Public Health (Oxf) 2009; 31: 434-45.



Addyi “la viagra femenina”

<http://www.sproutpharma.com/>

Gellad WF. Evaluation of Flibanserin.
Science and Advocacy at the FDA. JAMA
2015; Published online July 6

Suspenden estudio de anticonceptivo masculino
altamente efectivo por efectos secundarios

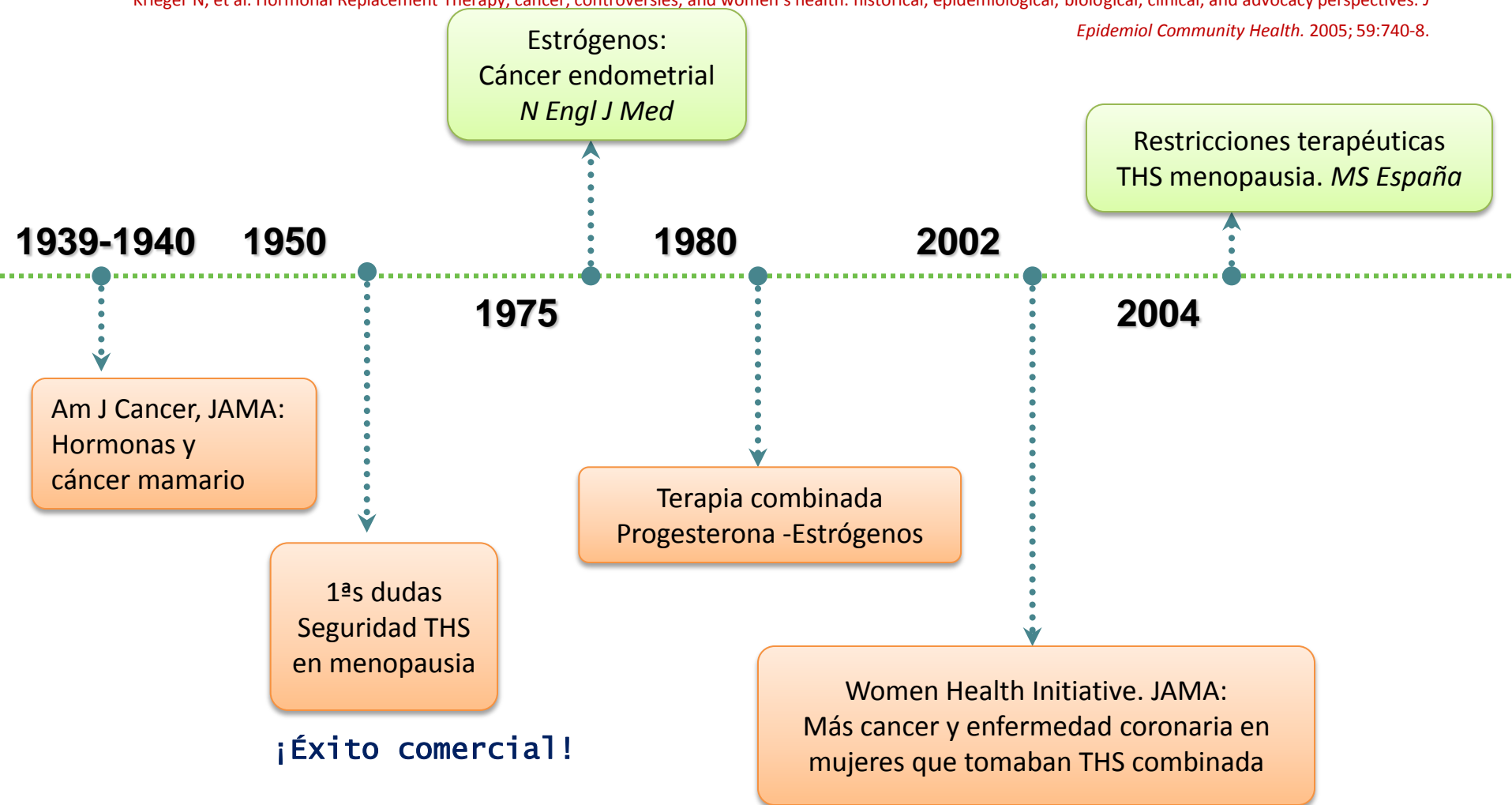


J Clin Endocrinol Metab, 2016
press.endocrine.org/journal/jcem



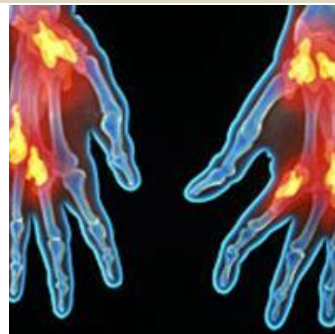
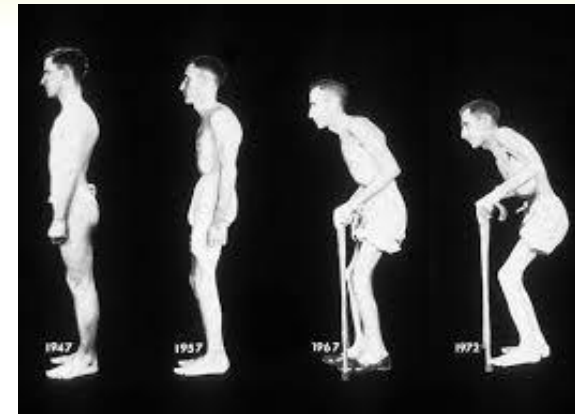
Riesgos de la Terapia Hormonal Sustitutiva

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.



Fuerte caída de ventas en países anglosajones

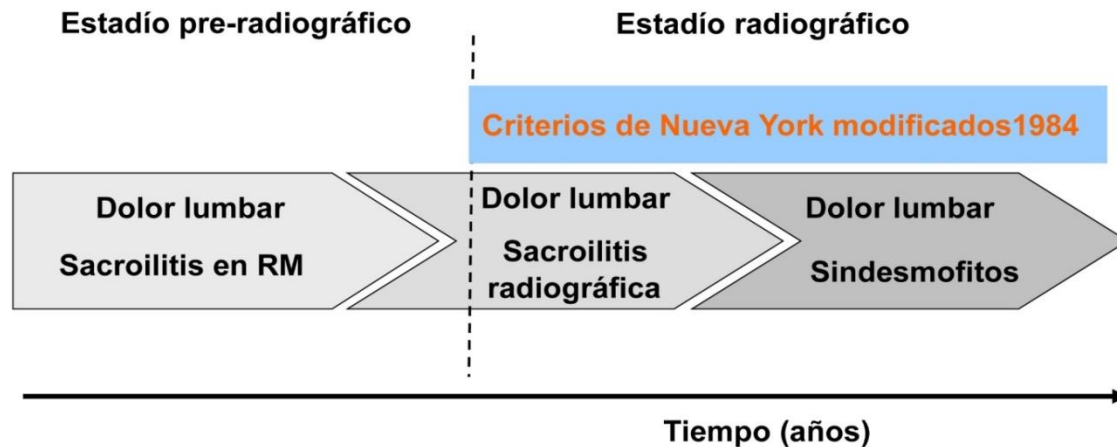
Innovaciones de género en las Espondiloartropatías: De como sexo y género interactúan *(Financiación: FIS PI11/00865)*



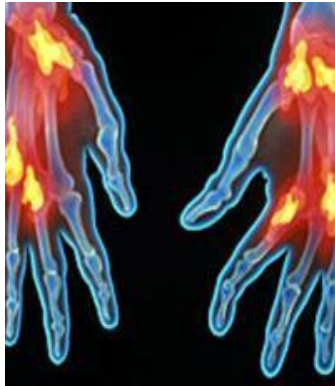


INNOVACIÓN DE GÉNERO 1: Reforzar las diferentes manifestaciones clínicas de las EA según sexo

Espondiloartritis Axial



DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LAS EspA



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

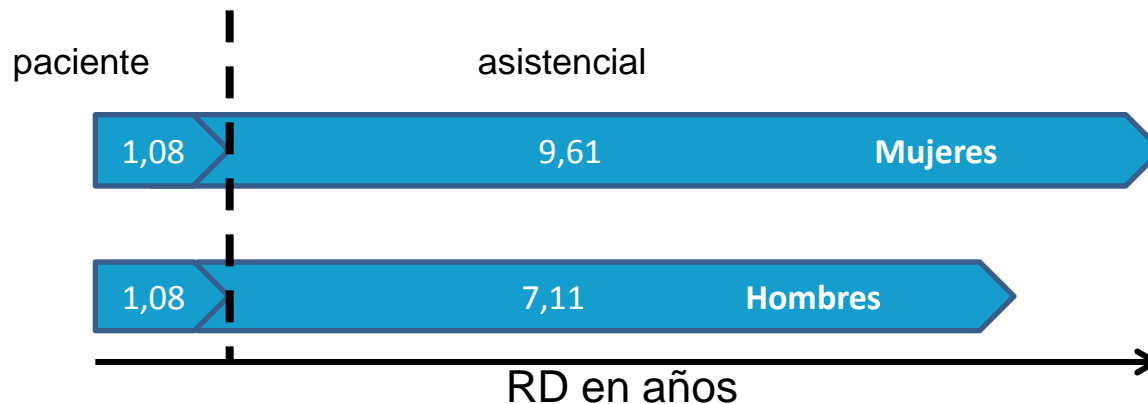


INNOVACIÓN DE GÉNERO 2: Explicar si el retraso en el diagnóstico de EA, en especial en mujeres, depende de los/las pacientes o de una menor sospecha diagnóstica de los médicos

RETRASO DIAGNÓSTICO (media de años)

	Mujeres (n=54)	Hombres (n=96)	p
Media (IC 95%)	10,69 (7,65 - 13,73)	8,19 (6,22 - 10,15)	0,05

Línea del tiempo de retraso en recibir diagnóstico de Espondiloartropatía



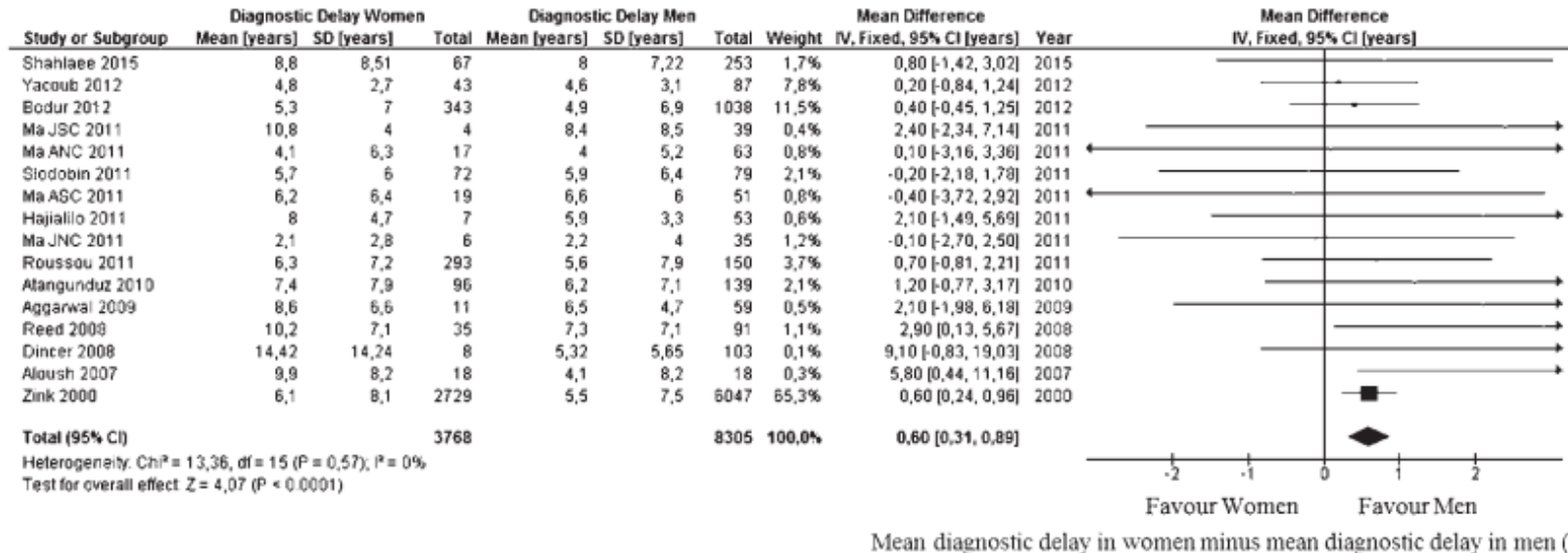


Figure 2. Forest plot of the differences between the mean diagnosis delay of spondyloarthritis in women versus men according to published papers. Method performed through inverse-variance by means of random-effect or fixed-effect, according to heterogeneity. A. Including 14 papers and 17 samples before the sensitivity analysis. B. Including 13 papers and 16 samples after the sensitivity analysis.

13 artículos (16 muestras): **12.073** participantes (3.768 mujeres y 8.305 hombres)
Media efecto global D = 0.6 años (0.31, 0.89) →

Los hombres son diagnosticados 7 meses y 6 días antes que las mujeres.

Jovaní V, Blasco M, Ruiz-Cantero MT, Pascual E. Understanding how the Diagnostic Delay of Spondyloarthritis differs between Women and Men: A Systematic Review and Metaanalysis. of Rheumatology 2017; 44: 174-183.

INNOVACIÓN DE GÉNERO 3: Explicar si la menor sospecha diagnóstica de EA en mujeres puede traducirse en una mayor dispersión de pre-diagnósticos de EA o diagnósticos erróneos, → Condiciona elección y momento de inicio del tratamiento

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



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

1. Semiótica médica

Los signos son producidos, compartidos e interpretados

Diferentes **interpretaciones** de los médicos → Diferentes versiones del mismo signo y/o síntoma.

Los profesionales **atribuyen diferentes significados** a los mismos signos/síntomas según sean presentados por pacientes **hombres o mujeres**

2. Análisis narrativo: Historia clínica

3. Análisis crítico

La capacidad de **observación** del médico:

- Experiencia personal/profesional.
- La perspectiva desde la que observa determina lo qué puede ver → “Enfermedad atípica”



AFRONTANDO ROLES CON LA VULNERABILIDAD (Pacientes con Espondiloartropatías)

Blasco M, Ruiz-Cantero MT, Juárez-Herrera LA, Jovaní V, Pascual E. Sex and Gender interactions in the lives of Spondyloarthritis patients in Spain: a quantitative-qualitative study. J Rheumatol (in press)

PRODUCTIVO REMUNERADO

- **Adaptación o cambio del puesto de trabajo**
- Miedo a la pérdida de trabajo y
- Afrontar limitaciones para no perder el puesto de trabajo (**presentismo**)
- **Absentismo**
- Medicalización antes/post
- Desempleo
- **Abandono**

REPRODUCTIVO

- Pérdida del proyecto de hacer familia
- Cambios en las relaciones familiares
- Problemas sexuales
- Separación de las parejas
- **Desentenderse vs. Tomando responsabilidades**



Estudio piloto de 50 pacientes de EII (50% de cada sexo) atendidos en el Hospital Universitario General de Alicante (HGUA). Registro ENEIDA

RETRASO DIAGNÓSTICO (Media de semanas):

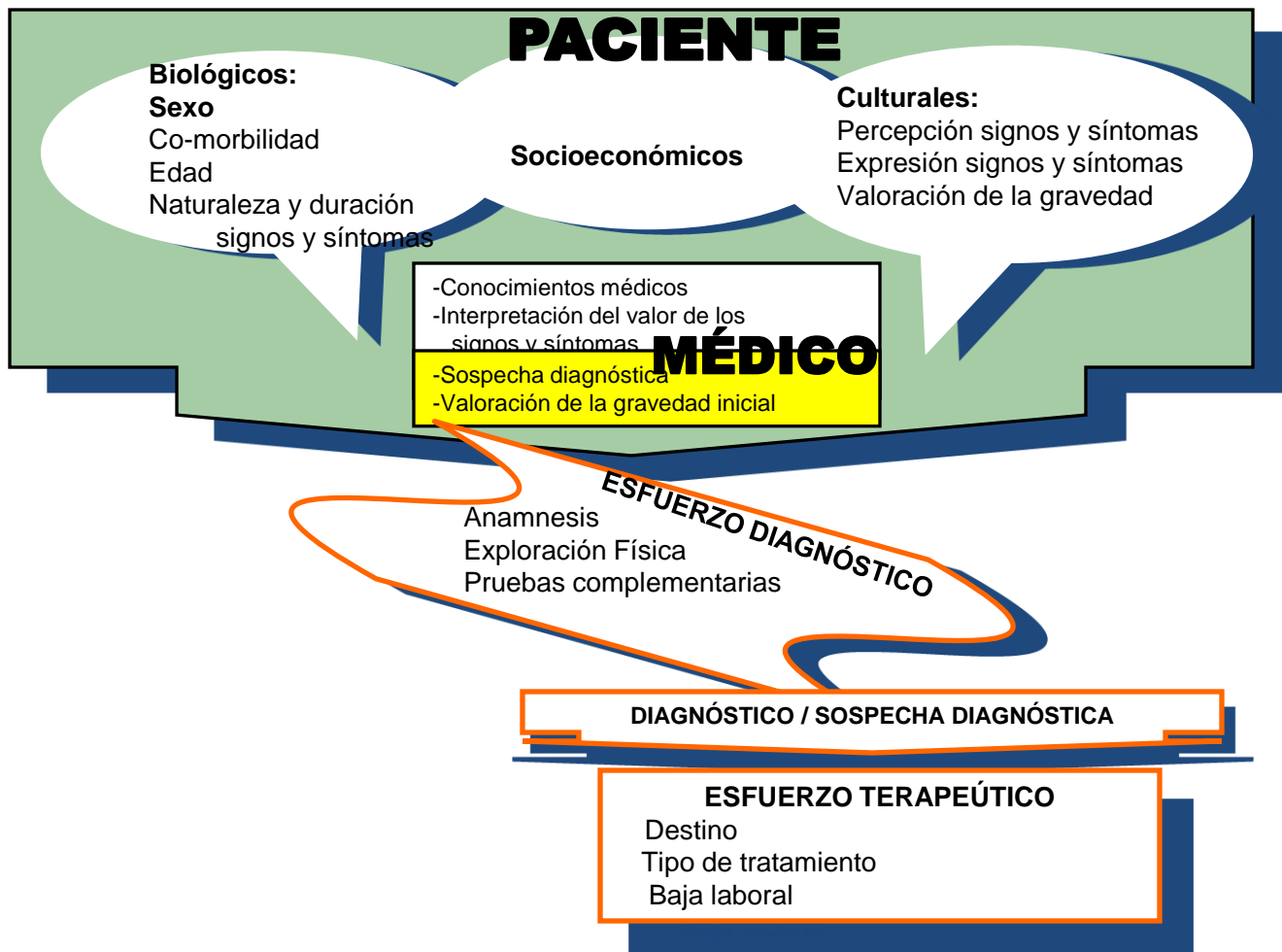
Mujeres **40,56** (8,18 - 72,94) vs. en hombres **33,44** (8,23 - 58,65).

ERRORES DIAGNÓSTICOS:

28% de los hombres y **48%** de las mujeres recibieron diagnósticos alternativos previos al diagnóstico de EII.



**ESQUEMA EXPLICATIVO DE LOS PRINCIPALES CONDICIONANTES DEL ESFUERZO
DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO**



Sesgo de género en la Terapia

Gac Sanit 2004; 18: 118-25

- Demora y espera de la asistencia sanitaria.
- Utilización hospitalaria.
- Aplicación de procedimientos terapéuticos.
- Prescripción de fármacos psicótrpos o inespecíficos.



Exceso de prescripción de fármacos psicotropos en Mujeres



1. Mayor prevalencia de depresión y ansiedad.
2. Las mujeres al quejarse inducen la prescripción mas que los hombres.
3. Los/Las médicos tienden a prescribir fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad a mujeres mas que a hombres.
4. Los/Las médicos atribuyan a factores psicológicos, mas fácilmente en mujeres que en hombres, lo que son síntomas físicos (o de presentación atípica).

**Estrategias terapéuticas sintomáticas
ciegas a las causas**

Diferencias en la readmisión hospitalaria entre pacientes con cáncer colorectal

González JR. JECH 2005; 59: 506-11

El Institut Catala d'Oncologia:

Las mujeres son menos readmitidas que los hombres cáncer colorectal (controlando por características del tumor, mortalidad y comorbilidad).



Probabilidad de ser atendido/a en APS según el IDG de la CCAA, en población con dolor y analgesia

	Attended by a general practitioner n (%)	OR (CI95%)	p	OR ^a (CI95%)	p
<i>Total</i>					
Women	1233 (57.6)	1.23 (1.04, 1.44)	0.01	1.06 (0.88, 1.26)	0.5
Men	443 (54.0)				
<i>Living in regions with GDI better than the Spanish average</i>					
Women	509 (56.0)	1.09 (0.85, 1.39)	0.5	1.80 (0.61, 1.06)	0.1
Men	193 (74.8)				
<i>Living in regions with GDI worse than the Spanish average</i>					
Women	720 (61.3)	1.36 (1.09, 1.69)	0.006	1.32 (1.04, 1.67)	0.02
Men	248 (53.9)				

Source of information: Spanish National Health Interview Sur

OR: odds ratio; CI95%: confidence interval of 95%.

^a Adjusted by age and social class.

Chilet-Rosell E, Ruiz-Cantero MT, Fernández Sáez J, Álvarez-Dardet C. Inequality in analgesic prescription in Spain. A gender development issue. Gac Sanit. 2013;27:135-142-



CUESTIONES A REMARCAR Y RECOMENDACIONES

Realizar revisiones.

Analizar limitaciones en las investigaciones/artículos publicados.

- Las explícitamente establecidas por los autores
- Otras limitaciones que podemos observar.

“Looking-twice” los resultados, estratificando por sexo. Meta-análisis

Cuestionar los puntos de corte de normalidad/anormalidad para las mujeres en los test diagnósticos.

Valorar la efectividad de protocolos diagnósticos (establecidos para EC), que pueden no incluir signos/síntomas tomados como atípicos.



XXXIII Congreso Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

IV Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

8, 9 y 10 de Junio de 2017

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

