



MEMORIA DEL PROYECTO

TITULO: SUPERAR LA “TIRANIA DE LO URGENTE”. APRENDIENDO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 PARA INTERGRAR EL GÉNERO EN LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE BROTE EPIDÉMICOS

SUBTITULO:

SESGOS DE GÉNERO EN LA INFORMACIÓN Y ATENCION SANITARIA A LA COVID 19. INDICADORES DE OTRAS VIOLENCIAS

María Teresa Ruiz Cantero
Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública
Miembro del Instituto Universitario de Investigación en Estudios de Género
Universidad de Alicante



Introducción.

El Secretario General de las Naciones Unidas (NU), tras la epidemia del ébola, SIDA y zika (1-3), creó un Panel de expertos en abril de 2015, con el objetivo de reunir las lecciones aprendidas para dar respuesta global a la amenaza de futuras epidemias. Las recomendaciones son destinadas a fortalecer los sistemas nacionales e internacionales para prevenir y responder eficazmente a futuras crisis de salud. El informe final del Panel incluyó la recomendación de "Centrar la atención en las dimensiones de género de las crisis de salud globales" (4). Esto es, señalaba la necesaria consideración de la transversalidad de la *perspectiva de género* en la gestión de crisis de salud globales, entendido este como un principio de actuación de todos los poderes públicos que implica la consideración de las diferencias entre mujeres y hombres en el análisis, la planificación, el diseño y la ejecución de las políticas, y que contempla la forma en que las distintas actuaciones, situaciones y necesidades afectan a las mujeres y a los hombres. Asimismo, el informe final reconoce el papel fundamental que desempeñan las mujeres en la respuesta a emergencias de salud.

La pandemia requiere una mirada que no deje a nadie atrás, considerando situaciones de especial vulnerabilidad, como la de las personas de edad avanzada, con discapacidad, y que sufren violencia de género. Desde la perspectiva de género son varios los factores a considerar para el manejo de la Covid-19 (5), en dos contextos:

1. El confinamiento en el hogar y la re-familiarización de los cuidados producida durante él, ha influido en el desigual reparto de los clásicos roles de género; y exponen a las mujeres a un mayor riesgo de contagio al SARS-CoV-2, lo que obliga a poner el foco de atención en las necesidades de salud de las mujeres.
2. Al igual que se ha evidenciado en otras enfermedades, puede existir un potencial sesgo de género en la atención sanitaria a la Covid-19, en perjuicio de las mujeres.

Y todo tanto requiere de,

3. Una recolección, análisis e interpretación de los datos sobre la pandemia desde la perspectiva de género para que faciliten las mejores prácticas profesionales posibles, más eficientes y equitativas en la atención sanitaria y en la toma de decisiones en el ámbito político.

En el amplio espectro de problemas devenidos de la epidemia de Covid 19, este proyecto se planteó el objetivo de: Analizar la información sobre factores sanitarios de la epidemia de la Covid-19 desde la perspectiva de género; ya que, pese al esfuerzo realizado por la Instituciones Sanitarias, resulta insuficiente. La finalidad es ampliar el conocimiento existente para responder a potenciales sesgos de género en la atención



sanitaria en perjuicio de las mujeres, que es básico para las mejores prácticas profesionales y decisiones políticas, y para la equidad y la eficiencia de las mismas.

El Contexto de la Atención Sanitaria desde la Perspectiva de Género

A comienzos del año 2020 en la revista Nature Communications se evidenció lo que ya se sabía desde 1991 respecto al infarto de miocardio; y es que en al menos 700 enfermedades los diagnósticos se retrasan mucho más en las mujeres que en los hombres (6). El estudio realizado por la Universidad de Copenhague realizado en más de 7 millones de pacientes de ambos sexos atendidos durante 21 años por su Sistema Nacional de Salud lanza el mensaje de que las estrategias nacionales establecidas deben considerar las diferencias entre ambos sexos en los síntomas y signos.

Los datos de los informes sobre la situación del Covid-19 del Ministerio de Sanidad en España siendo valiosos, han sido inconsistentes e incompletos a lo largo de la pandemia de Covid 19; mucho más en lo que se refiere al aporte de información desagregada según sexo. Lo que se ha venido a denominar la “tiranía de lo urgente” ha influido en la escasez de información por sexo de la mayoría de los importantes indicadores suministrados, lo que ha tenido el efecto perverso de que esté poco clara la relación entre el sexo y la susceptibilidad a la Covid-19. Lo mismo sucedió en el resto de las estadísticas mundiales (7,8).

En China se notificaron más casos en hombres que en mujeres (9). Por el contrario, Corea del Sur notificó mayor frecuencia de casos en mujeres que en hombres (10). De estas diferencias internacionales según sexo emergió la hipótesis de que no se podía descartar que las diferencias según sexo fueran artefactuales. El patrón de infección por sexo de la Covid 19 en España ha sido desigual según las actualizaciones diarias del Ministerio de Sanidad, inicialmente menos frecuente en mujeres, la magnitud de las cifras se fue elevando progresivamente en las mujeres como se observa en la gráfica del siguiente recuadro.

En la parte baja del recuadro se muestra un detalle interesante desde la perspectiva de género, y es que, en el período pre epidémico, la frecuencia de casos de la Covid 19 era superior en hombres, hasta el 24 de marzo que se igualan en ambos sexos, y el 31 de marzo, justo 2 semanas después del comienzo del confinamiento, las cifras de las mujeres comienzan a superar a las de los hombres, condición que se ha mantenido hasta la actualidad.

Nota metodológica

Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19



María Teresa Ruiz Cantero^{a,b}

^a Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España
^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

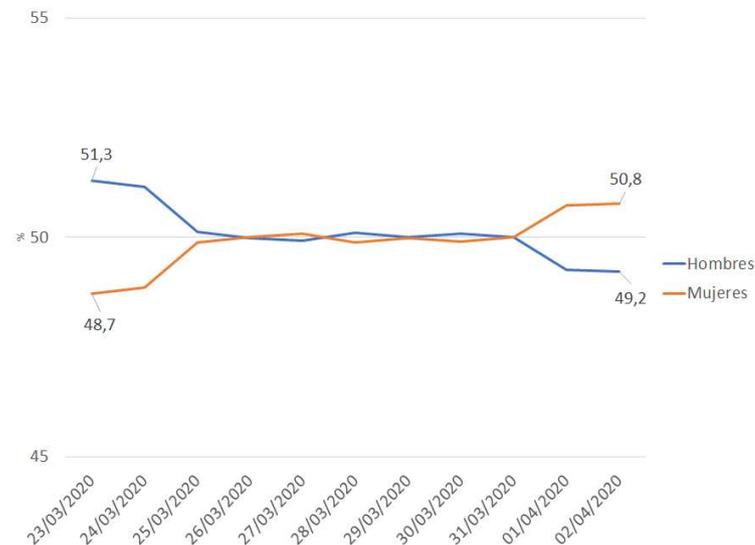
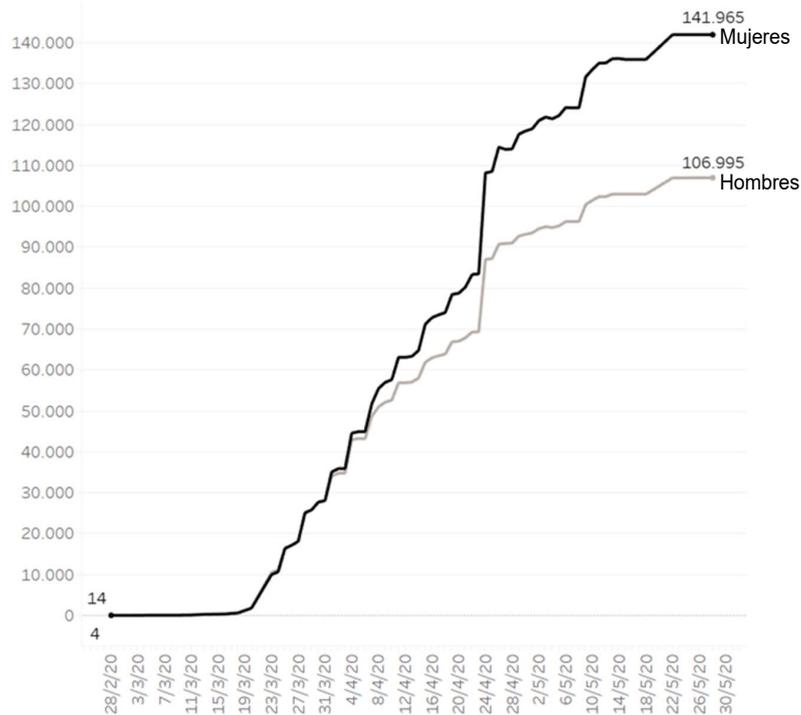
Historia del artículo:
Recibido el 15 de abril de 2020
Aceptado el 27 de abril de 2020
On-line el 4 de mayo de 2020

Palabras clave:
COVID-19
Sexo
Género
Análisis de brotes de enfermedades
Estadísticas de brotes de enfermedades y datos numéricos

RESUMEN

Los informes sobre la COVID-19 del Ministerio de Sanidad en España son valiosos, pero incompletos, con el efecto perverso de que la susceptibilidad al virus según el sexo está poco clara. La prevalencia de COVID-19 por sexo difiere entre países. España muestra un patrón desigual: inicialmente más frecuente en los hombres, las mujeres los superaron a partir del 31 de marzo, tras 2 semanas de confinamiento, con contagios más frecuentes en las mujeres en contacto con casos de COVID-19. Concordando con los fallecimientos, los hombres son hospitalizados con mayor frecuencia. Las diferencias significativas por sexo en signos/síntomas pueden conducir a este patrón, observado también en otras enfermedades. A finales de abril, el exceso de mortalidad es el mismo en las mujeres (67%) que en los hombres (66%). No obstante, la falta de información exhaustiva sobre las muertes por COVID-19 en no hospitalizados/as puede contribuir a la menor notificación de fallecimientos en las mujeres. La invisibilidad de los datos por sexo y de género probablemente está afectando de manera negativa más a las mujeres que a los hombres.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).





Hoy, con la 4ª ronda ENECOVID (Encuesta Seroepidemiológica) sabemos que en España, la prevalencia en mujeres con anticuerpos IgG frente a SARS-CoV-2 se sitúa en el 10,1% (IC95%: 9,5-10,7) y el 9,6% (IC95%: 9,0-10,2) en hombres (<https://portalcne.isciii.es/enecovid19/>).

Respecto a las diferencias por sexo en los factores de riesgo, Chen y colaboradores propusieron explicaciones genéticas y hormonales para las diferencias en la prevalencia por sexo de los casos de Covid-19, como que las mujeres son menos susceptibles a las infecciones virales debido a sus cromosomas X y hormonas sexuales (9). La teoría de los estrógenos como factor protector que es posible, y suele estar presente cuando se desconocen los factores de riesgo sociales, económicos y ambientales; como, por ejemplo, propone Li et al. cuando señala que los pacientes descritos por Chen et al. expuestos al mercado mayorista de mariscos de Wuhan, eran, mayoritariamente, trabajadores hombres (11).

Otros autores han descrito la relación entre algunos comportamientos de riesgo con peor pronóstico en pacientes con Covid-19, como una mayor expresión de ACE2 - un receptor para el coronavirus-2 del síndrome respiratorio agudo grave- en personas que fuman, conducta más frecuente en hombres que en mujeres. Así, la mayor tasa de fumadores en hombres que en mujeres en China se relacionó con las diferencias en la distribución por sexo de los efectos de Covid-19 (12).

La perspectiva de interacción sexo-género se refiere al impacto en la salud de la tensión entre las prácticas individuales y las establecidas por las estructuras sociales, incluidas las que generan información y producen nuevo conocimiento. Por un lado, reconoce los determinantes biológicos de la infección por Covid-19, y la exposición a un factor de riesgo individual, como el hábito de fumar tabaco, ya comentadas. Pero, por otro lado, además pone el foco de atención en la interacción entre la perspectiva de género y la de los derechos humanos, por lo que también le interesa la falta de cumplimiento equitativo de los servicios de salud con respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y relevancia de quienes sufren; y la capacidad de agencia de las mujeres y su grado de libertad en la toma de decisiones y prácticas relacionadas con la epidemia de la Covid-19. Relevante es aceptar que las acciones se ejercen en un contexto de normas y valores dentro de la relación entre hombres y mujeres; y que como revela un informe comisionado por la Fundación Bill y Melinda Gates, existe un sesgo hacia las perspectivas de los hombres tanto en la recopilación de noticias como en la cobertura de noticias de la pandemia, que abarca todas las regiones. Este sesgo opera en un contexto de subrepresentación profesional y política de las mujeres en la respuesta a la Covid-19, así como indica los desafíos socioeconómicos, de salud y psicológicos que enfrentan las mujeres a nivel mundial



<https://www.iwfm.org/wp-content/uploads/2020/09/2020.09.23-The-Missing-Perspectives-of-Women-in-COVID-19-News.pdf>).

Relevancia de las estadísticas sanitarias desagregadas por sexo para analizar las desigualdades de género en la Covid 19.

*En patologías que pueden ser padecidas por ambos sexos,
el primer sesgo de género
es la falta de datos desagregados por sexo.*

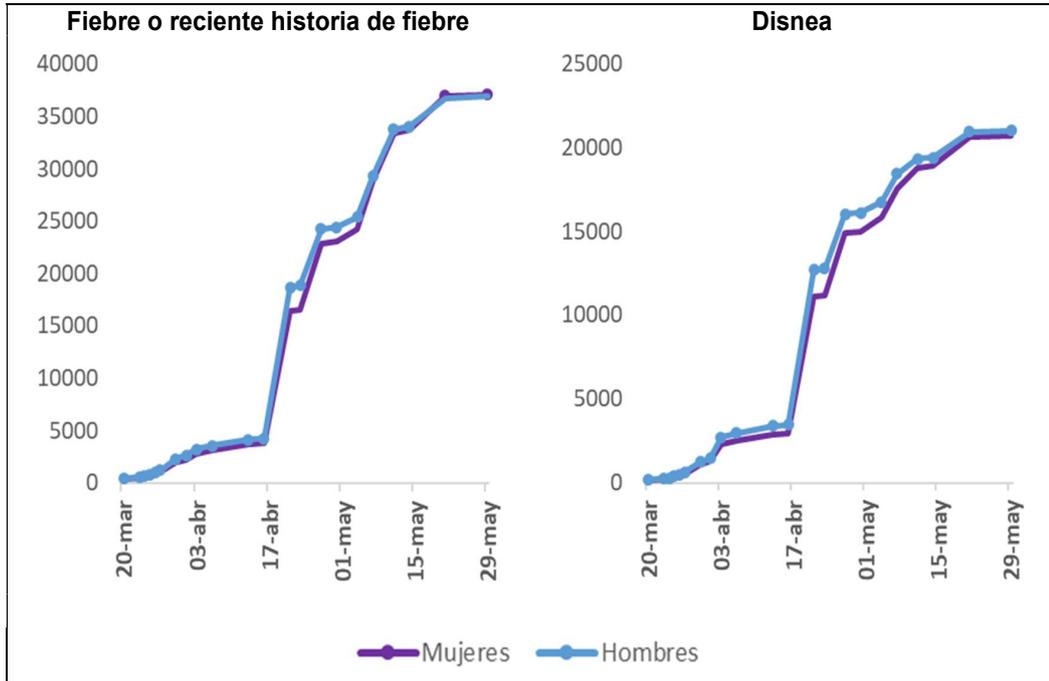
1. La Covid 19 se manifiesta con signos y síntomas significativamente diferentes en mujeres y hombres, según lo observado en los datos del Ministerio de Sanidad.

La diferente manifestación de las enfermedades en mujeres respecto a hombres ha sido relacionada con la demora y error en el diagnóstico en múltiples enfermedades, incluido el infarto agudo de miocardio, y las infecciosas (13).

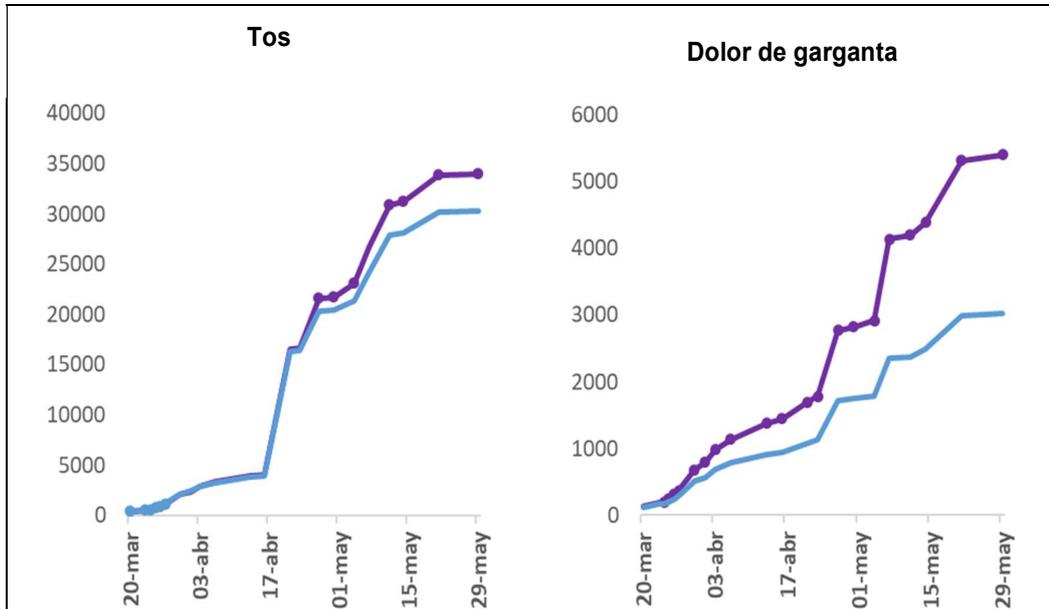
Uno de los principales problemas para la atención sanitaria a la Covid-19 padecida por las mujeres tiene el origen en la definición de caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 que se utilizó en los inicios de la pandemia, al centrarse en un cuadro clínico de infección respiratoria aguda (IRA) de aparición súbita de cualquier gravedad, manifestada a través de signos como la febrícula y tos, y un síntoma como la sensación de falta de aire. Esta forma de cursar la Covid 19 es más frecuente en hombres. Mientras que las mujeres cursan también con IRA, pero con menor frecuencia que los hombres, y más con otros síntomas de origen multisistémico, como odinofagia (dolor de garganta al tragar), anosmia (falta del sentido del olfato), ageusia (falta del sentido del gusto), cefaleas, dolores musculares, dolor torácico y un signo como las diarreas.

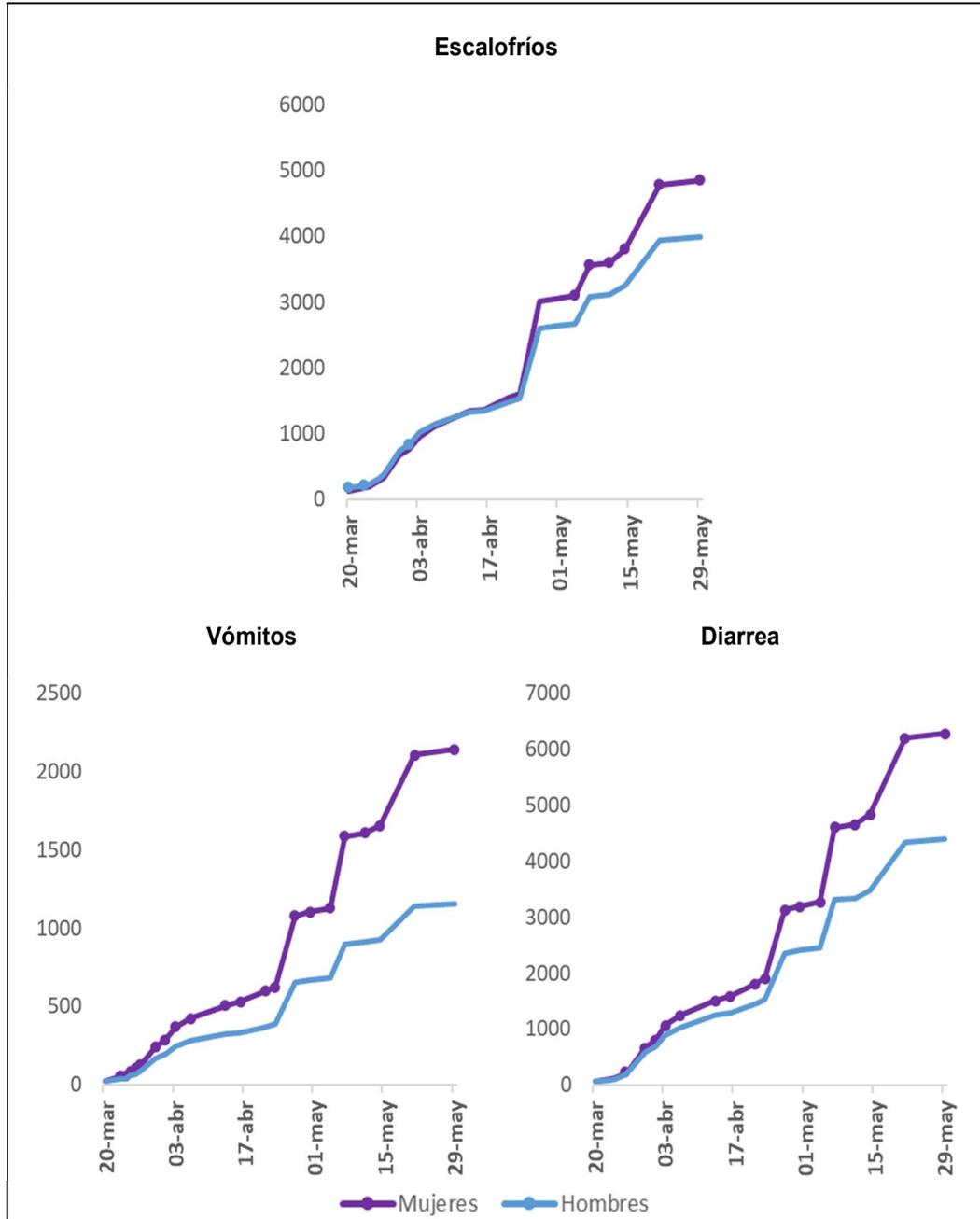
La información sobre signos y síntoma clínicos fue publicada por el Ministerio de Sanidad en sus informes hasta finales de mayo, momento en el cual se produjo un “apagón de género” en las estadísticas sanitarias, con la excepción del aporte de información sobre el número de casos, la mortalidad y los riesgos de exposición. Con la información que contamos que es la publicada durante el confinamiento sabemos que, en España la fiebre ha sido padecida por igual en ambos sexos, y la tendencia del comportamiento de la disnea también es similar (Gráfica 1). La tos es ligeramente más frecuente en mujeres, y aún más los escalofríos, dolor de garganta, vómitos y diarreas (Gráfica 2).

Gráfica 1. Signos y síntomas de la Covid 19 de similar tendencia de aparición en ambos sexos



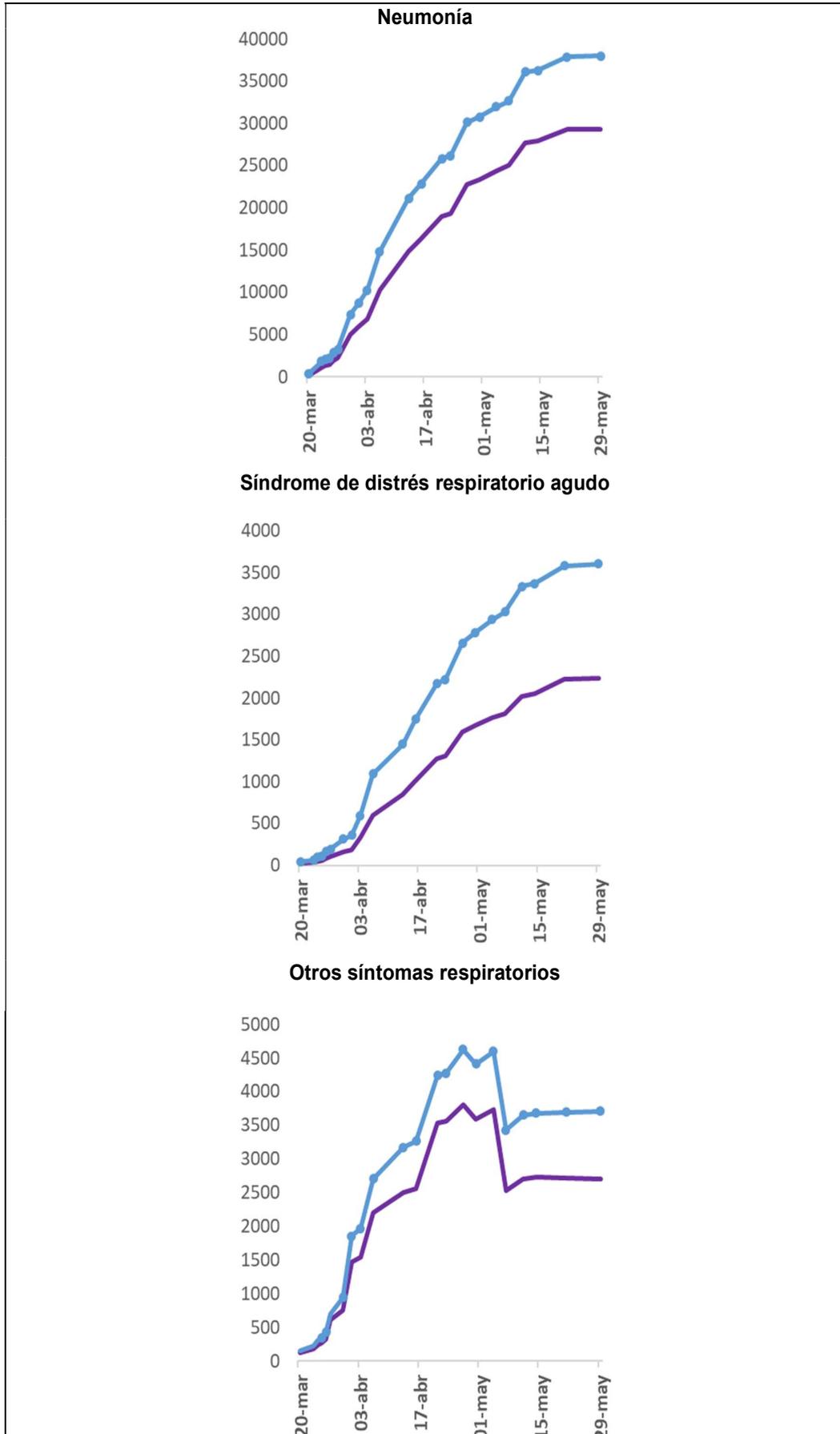
Gráfica 2. Signos y Síntomas con tendencia de aparición más frecuente en mujeres que hombres.





Por el contrario, las neumonías, el distrés y otros problemas respiratorios son más frecuentes en hombres que en mujeres (Gráfica 3 <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>).

Gráfica 3. Patología respiratoria, síndrome de distrés respiratorio agudo y otros síntomas respiratorios.



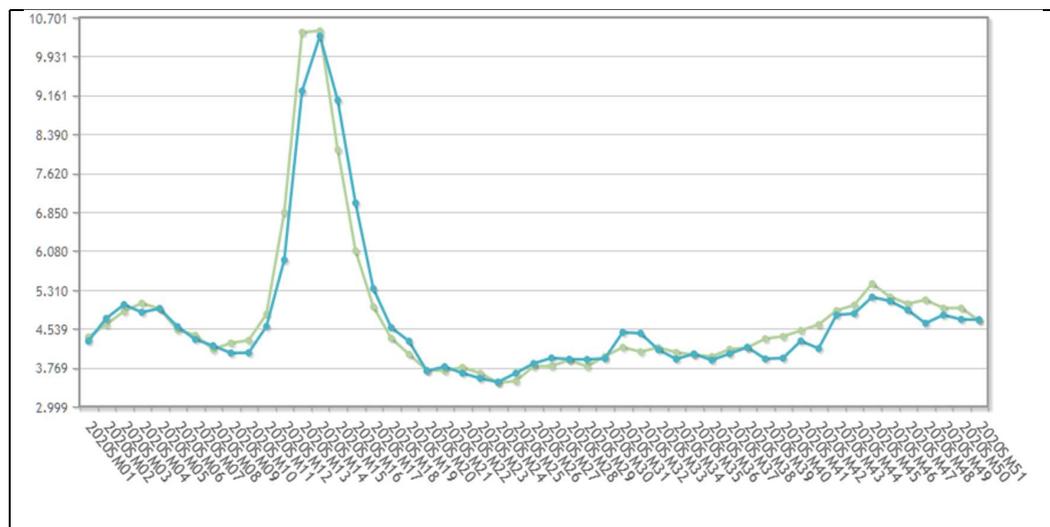
Estas diferencias en las manifestaciones clínicas entre hombres y mujeres han podido inducir retrasos diagnósticos y diagnósticos erróneos; así como un subregistro de casos y fallecimientos por la Covid 19 en las mujeres.

2. Falta de coincidencia en la mortalidad por Covid 19 según fuentes de información.

El Ministerio de Sanidad declaró que hasta mayo del 2020 los fallecimientos por la Covid 19 fueron 39.276. Sin embargo, según el INE, utilizando como fuente de información los Registro de Defunción, los fallecimientos por Covid-19 fueron 45.684. Por lo tanto, existe un subregistro en las fuentes del Ministerio de Sanidad.

Actualmente sabemos que en España murieron por todas las causas más personas que en años precedentes. Las estimaciones del INE de las diferencias según sexo en defunciones en los diferentes momentos del 2020 se pueden observar en la siguiente Gráfica.

Gráfico 4. Estimación defunciones semanales durante el brote de Covid 19 en España según sexo. 2019-2020



Fuente de información: INE

Desde la perspectiva de género es importante destacar la mayor frecuencia de fallecimientos por Covid 19 “identificado” en los hombres (15,30%) que en las mujeres (12,95%). Y lo realmente llamativo es, como se observa en la Tabla 1, que los fallecimientos por Covid 19 “no identificado o sospechoso” sean más frecuentes en las mujeres (6,36%) que en los hombres (4,91%). De este último resultado, emerge la hipótesis de si se ha producido un potencial sesgo en la atención sanitaria que perjudica a ambos sexos, pero especialmente a las mujeres.

Tabla 1. Defunciones por Covid 19 identificado y no identificado y sospechoso según sexo. Avance enero-mayo 2020.

	Covid-19 identificado		Covid-19 no identificado o sospechoso		Otras causas		TOTAL
	F	(%)	F	(%)	F	(%)	
Hombres	17.688	(15,30)	5.682	(4,91)	92.171	(79,77)	115.541
Mujeres	14.964	(12,95)	7.350	(6,36)	93.159	(80,67)	115.473

Fuente de información: INE

A continuación, se revisan con más detalle las potenciales razones de estas diferencias por sexo, que en parte pueden ser de carácter biológico, como se han publicado en la Literatura científica; pero que también pueden invisibilizar desigualdades de género en la atención sanitaria en perjuicio de las mujeres.

3. Causas de fallecimiento en España durante el confinamiento por Covid 19.

La Tabla 2 refuerza en término de Tasas de mortalidad por sexo y causas de muerte x 10⁵ habitantes, lo resultados descriptivos de la Tabla 1. La Covid 19 “identificada” es la primera causa de muerte tanto en el conjunto de España como en la Comunidad Valenciana, superior en ambos casos en hombres que en mujeres; y en segundo lugar la Covid 19 “no identificada o sospechosa”, superior en mujeres que en hombres.

La revisión de otras patologías o condiciones compatibles con Covid 19 que han podido ser causa de muerte es útil desde la perspectiva de género. Las neumonías son la tercera causa de muerte en los hombres (11,09%) -4ª en las mujeres (9,67%). Sin embargo, las mujeres han muerto más que los hombres por otras enfermedades del sistema respiratorio (no cáncer) (21,97%) a las que se suma la mortalidad por insuficiencia respiratoria (2,36%); mientras que en los hombres suponen el 19,1% y 2,09%, respectivamente. Estos hallazgos indican que el computo de los problemas respiratorios como causas de muerte son bastante similares en ambos sexos, aunque en las mujeres en ocasiones sean más inespecíficos.

También las mujeres han muerto más que los hombres de septicemia, enfermedad vascular intestinal y por enfermedades infecciosas intestinales, compatibles con las manifestaciones clínicas de la Covid 19 de la Gráfica 2, pero clasificadas en tales patologías como causa de muerte por no identificación de la Covid 19. O ser la causa de muerte realmente, o potenciada por la Covid 19.

Y, por último, aunque más hombres mueren de “paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad”, más mujeres mueren de “síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte”, todas ellas causas a investigar en la que la Covid 19 puede estar presente.

Tabla 2. Tasas de mortalidad por sexo y causas de muerte (x 100.000 habitantes). Avance enero-mayo, 2020. (E: España; Val: Comunidad Valenciana)

Causas de muerte	Hombres	Mujeres
00A Covid-19 Virus identificado	E: 75,68 Val: 73,14	E: 67,06 Val: 68,39
00b Covid-19 Virus no identificado (sospechoso)	E: 24,32 Val: 26,86	E: 32,94 Val: 31,61
063 Neumonía	11,09	9,67
066 Insuficiencia respiratoria	2,09	2,36
067 Otras enfermedades del sistema respiratorio	19,1	21,7
086-089 XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	7,47	9,32
089 Resto de síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3,17	3,48
086 Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	3,09	2,95
004 Septicemia	2,31	2,51
070 Enfermedad vascular intestinal	1,99	2,61
001 Enfermedades infecciosas intestinales	0,83	1,11

Fuente de información: INE

4. Complicaciones y comorbilidad más frecuentes en defunciones por Covid 19.

En la Tabla 3 se muestran las complicaciones y comorbilidad más frecuentes en defunciones por Covid 19 “identificado” y “no identificado (sospechoso)” según sexo entre enero y mayo del año 2020. Es interesante comprobar que la insuficiencia respiratoria es la complicación/comorbilidad más frecuente en las defunciones por la Covid 19 “identificada” en hombres (59%) y no tanto en mujeres (56%), y en la Covid 19 no identificada o sospechosa, las cifras son similares (53%). Estos datos se contradicen ligeramente con los antes mencionados respecto a las causas de muerte. Realmente se podría rebajar el mito de que los hombres padecen más insuficiencias respiratorias, e incluso respecto a las neumonías; que es cierto que su frecuencia es mayor en hombres (35,9% en Covid 19 identificado y 23,6% en sospechoso) que en mujeres 30,7% en Covid 19 identificado y 17,5% en sospechoso), pero no es tan gran diferencia como para que las mujeres hayan sido sustancialmente menos hospitalizadas que los hombres; ya que ha podido suponer un sesgo de género en la atención sanitaria en perjuicio de las mujeres.

Tabla 3. Porcentajes de complicaciones y comorbilidad más frecuentes en defunciones por Covid 19 identificado y no identificado (sospechoso) según sexo. Avance enero-mayo 2020.

	Covid 19 identificado		Covid 19 No identificado	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Insuficiencia respiratoria	59	56,7	53	53,3
Neumonía	35,9	30,7	23,6	17,5
Enfermedad hipertensiva	11,9	15,7	17,5	23,7
Demencia	5,3	9,7	10,6	14,8
Insuficiencia renal	9,2	7,9	7,6	7
Diabetes Mellitus	7,3	7,9	11,1	10,4
Alzheimer	2,5	6,2	5,9	10,3
Insuficiencia cardíaca	3,5	6,2	6,9	7,9
Enf. crónica vías resp. Inferior. (menos asma)	5,9	1,7	8,5	2,6
Enf. cerebrovascular	3,2	3,3	3,9	3,8
TOTALES	17.688	14.964	5682	7350

Fuente de información: INE

5. El exceso de mortalidad. Otro indicador para tener en cuenta.

El Programa MOMO recoge e informa sobre la mortalidad diaria por todas las causas. Su fuente de información es el Registro General de Registros Civiles y Notariados del Ministerio de Justicia, distribuidos entre todas las Comunidades Autónomas.

Según el MOMO, en el año 2020 ha habido un exceso de mortalidad respecto a años precedentes. A día 13/01/2020 en el MOMO consta un exceso de 80.956 fallecimientos. Y como se puede observar en la Tabla 4, este exceso de fallecimientos hasta el último período de la pandemia de Covid 19 fue superior en mujeres.

Tabla 4. Exceso de mortalidad en España según sexo desde comienzos de la Pandemia de Covid 19 (17 de marzo a 6 de diciembre).

Periodo exceso de mortalidad 2020		Casos Observados N	Casos Estimados N	Exceso N	Exceso %
10/03/2020 - 09/05/2020	Hombres	55815	33406	22398	67,1
	Mujeres	54377	31644	22716	71,8
20/07/2020 - 20/12/2020	Hombres	94077	79256	2310	18,7
	Mujeres	89511	74277	3477	20,5
01/09/2020- 23/12/2020	Hombres	72536	79256	14821	21
	Mujeres	89511	74277	15234	21

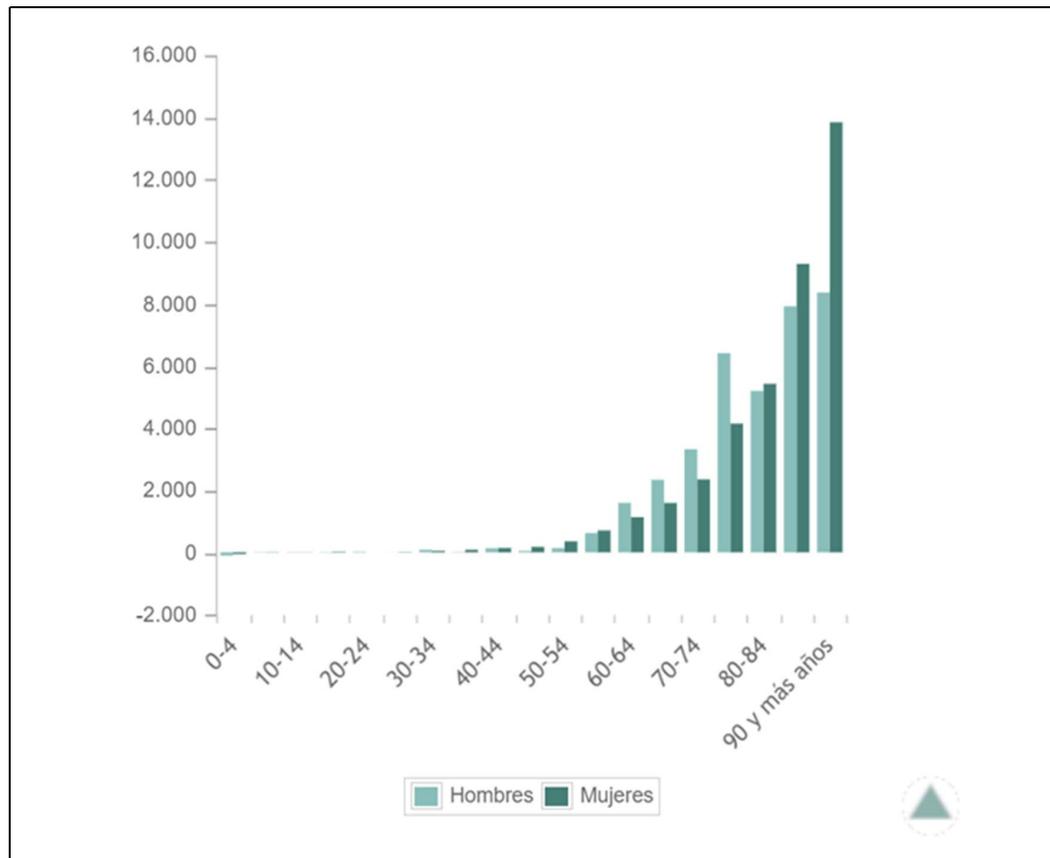
Fuente de información: INE

Así que al parecer mueren más hombres que mujeres; pero el exceso de mortalidad en general es mayor en mujeres que en hombres; a lo que ha podido contribuir si no la Covid 19 "identificada" de la que han muerto más hombres, sí la Covid 19 "sospechosa" de la que han muerto más mujeres como sabemos, junto con el resto de patologías que han requerido atención sanitaria y han tenido el acceso dificultado; así como las muertes en los hogares, muchas de ellas sin atención sanitaria durante el confinamiento y en los geriátricos.

6. La edad

En general en la Literatura científica se afirma que la mortalidad por la Covid 19 es superior en hombres que en mujeres, exceptuando las edades muy avanzadas, en las que mueren más las mujeres.

Gráfico 5. Diferencia de defunciones por Covid 19 acumuladas por edad y sexo 2019-2020



Fuente de información: INE

Efectivamente, se observa que en España hasta los 80 años mueren más hombres, pero en las personas muy mayores hay más muertes de mujeres que de hombres. Las Tasas de mortalidad por la Covid 19 ajustadas por edad, así lo corroboran a partir de los 85 años (Tabla 5. España y Tabla 6. Comunidad Valenciana). Por lo tanto, tenemos que contar con que en las edades avanzadas se pueden producir desigualdades en perjuicio de las mujeres de no considerar esta excepción.

Tabla 5. Tasas de mortalidad por la covid ajustadas por edad en España.

Rangos de edad	España		
	Población estándar (INE 1 enero, 2020)	Muertes covid por edad y sexo	
		Hombre	Mujer
De 0 a 4 años	1974809	2328	1873
De 5 a 9 años	2324559	258	258
De 10 a 14 años	2522754	441	309
De 15 a 19 años	2387556	937	508
De 20 a 24 años	2359591	1500	607
De 25 a 29 años	2582946	1962	876
De 30 a 34 años	2838372	2848	1340
De 35 a 39 años	3389813	4531	2526
De 40 a 44 años	3995052	7885	4731
De 45 a 49 años	3894528	14379	8114
De 50 a 54 años	3667554	25378	13234
De 55 a 59 años	3364192	38230	19742
De 60 a 64 años	2912066	52650	26009
De 65 a 69 años	2423865	66512	32115
De 70 a 74 años	2211826	88981	47853
De 75 a 79 años	1747640	106720	71213
De 80 a 84 años	1272972	133558	120779
De 85 a 89 años	996429	154718	158175
90 y más años	564732	142331	150708

Fuente de información: Elaboración propia a partir de datos del INE

Tabla 6. Tasas de mortalidad por la covid ajustadas por edad en la Comunidad Valenciana

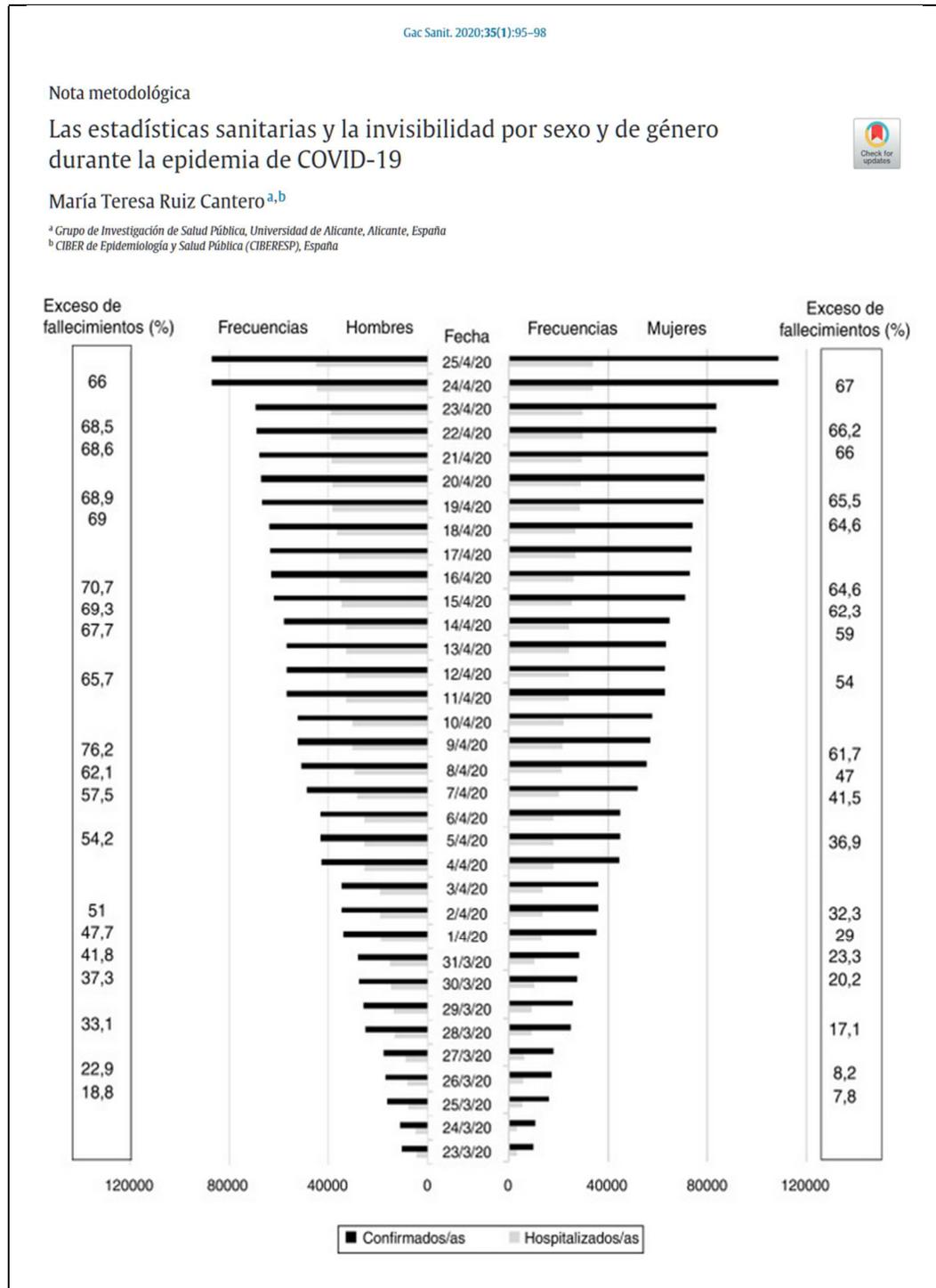
Rangos de edad	Comunidad Valenciana		
	Población estándar Com. Valenciana (INE 1/1/2020)	Muertes covid por edad y sexo Com. Valenciana	
		Hombre	Mujer
De 0 a 4 años	207070	105	95
De 5 a 9 años	249103	14	9
De 10 a 14 años	277526	21	18
De 15 a 19 años	258652	62	27
De 20 a 24 años	250349	75	32
De 25 a 29 años	265500	94	33
De 30 a 34 años	291440	152	74
De 35 a 39 años	357026	232	135
De 40 a 44 años	433026	501	240
De 45 a 49 años	418238	842	459
De 50 a 54 años	393411	1476	723
De 55 a 59 años	358671	2067	1051
De 60 a 64 años	313231	2939	1375
De 65 a 69 años	267291	3704	1696
De 70 a 74 años	243572	5192	2607
De 75 a 79 años	194153	6230	3968
De 80 a 84 años	132216	7729	6579
De 85 a 89 años	94986	8497	10200
90 y más años	49335	6699	13156

Fuente de información: Elaboración propia a partir de datos del INE

7. El Lugar del fallecimiento importa

Buena parte de las muertes por la Covid 19 durante el confinamiento no se diagnosticaron, debido a que la posibilidad de realizar las pruebas de diagnóstico de la misma solo se realizaba en los hospitales.

La hospitalización durante el confinamiento fue menos frecuente en mujeres que en hombres como se observa en el cuadro siguiente, donde prácticamente era la única forma que a las personas sospechosas de la Covid 19 se les realizara el test para el diagnóstico de la misma.



Desde la perspectiva de género podemos destacar que el lugar en el que ocurrieron los fallecimientos requiere especial atención; pues puede ser un indicador de un sesgo de género en la atención sanitaria en perjuicio de las mujeres. En los hospitales han muerto 10.152 hombres más que mujeres, por el contrario, en las residencias socio-



sanitarias han fallecido 12.722 mujeres más que hombres. Esto supone, que murieron más hombres (57,32%) que mujeres (48,56%) atendidos en los hospitales, mientras que en las residencias sociosanitarias murieron más mujeres (24,09%) que hombres (13,06%) (Tabla 7), como sabemos escasamente atendidas/os. Al interpretar estas últimas cifras debemos tener en cuenta que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, y que por ello, la proporción de hombres y mujeres que fallecen en los centros socio-sanitarios es similar a la de la población que vive en los mismos en España, según los últimos datos del INE, correspondientes al censo de 2011 (https://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_caracteristicas_col.htm).

Así que, que los fallecimientos por la Covid 19 “identificada”; es decir, sean más frecuentes en los hospitales en hombres (82,3%) que en mujeres (66,4%) puede ser un indicador de menor sospecha de Covid 19 en las mujeres. Máxime cuando, por otra parte, en las residencias sociosanitarias fallecieron por Covid 19 no identificado más mujeres (62,2%) que hombres (44,2%).

Durante las fechas de estos datos, los signos y síntomas respiratorios de la Covid 19 fueron los primeros reconocidos, y no se conocían como se fueron conociendo progresivamente otros síntomas y signos de la Covid 19, que son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, como ya se ha comentado en este informe. Por lo tanto, si la frecuencia de la Covid 19 y el exceso de mortalidad, sabemos ahora, son mayores en mujeres que en hombres, pudo ser la mayor hospitalización en hombres que en mujeres, debido a las neumonías y procesos respiratorios, la causa de los más frecuentes fallecimientos en los hospitales por la Covid 19 “identificada” en éstos que en las mujeres.

Tabla 7. Defunciones según causa de muerte, sexo, y lugar de ocurrencia (*)

	Total Frecuencias (%)	Centro Hospitalario (%)	Residencia sociosanitaria (%)	Domicilio particular (%)
Total				
Hombres	115.541	57,3	13,1	24,9
Mujeres	115.473	48,6	24,1	24,5
Covid-19 identificado				
Hombres	17.688 (15,3)	82,3	13,2	2,5
Mujeres	14.964 (12,9)	66,4	28,9	2,7
Covid-19 sospechoso				
Hombres	5.682 (4,9)	37,7	44,2	15
Mujeres	7.350 (6,4)	24,6	62,2	10,6
Otras causas				
Hombres	92.171 (79,8)	53,7	11,1	29,8
Mujeres	93.159 (80,7)	47,6	20,3	29,1

* Se han excluido las defunciones que ocurrieron en “Otro lugar” (10% en total) y “No consta” (15,7% en total) el lugar donde ocurrieron.

Fuente de información: INE



Además de la no sospecha diagnóstica de la Covid 19 en las mujeres tanto como en los hombres, la comorbilidad y complicaciones pueden haber influido. Sorprende en este sentido, que mientras los fallecimientos por “Otras causas” en ambos sexos son similares en los hospitales; un 20,3% y un 11,1% de mujeres y hombres, respectivamente, murieron por otras causas en las residencias socio-sanitarias. En ambos casos denota un sesgo de género en la atención sanitaria por una mayor falta de atención a las mujeres.

8. La Covid-19 Persistente

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia publicó el 11 de noviembre del año 2020 un informe sobre el proyecto desarrollado acerca de la Covid 19 persistente, como se le ha venido a denominar. A través de una encuesta a 1834 personas afectadas llegó a la conclusión de que el perfil de la Covid 19 persistente era ser mujer (79% de los casos) y una media de edad de 43 años. Además de síntomas generales, el 86% padecía alteraciones neurológicas, así como problemas psicológicos y emocionales, el 82% problemas del aparato locomotor, el 79% problemas respiratorios, el 70% alteraciones digestivas, 69% cardiovasculares, 65% ORL, 56% OFT, así como dermatológicas, el 38% de la coagulación y el 25% neurológicas (https://www.semg.es/images/2020/Noticias/20201111_Resultados_Encuesta_COVID_Persistente.pdf).

Estos datos son consistentes con el sesgo de género en perjuicio de las mujeres apuntado en secciones previas de este informe. El retraso en el diagnóstico o no acceso a la atención sanitaria cualificada de forma precoz impacta en la salud de las mujeres de distintas formas: Un no diagnóstico, o errores diagnósticos, que conlleva a una falta del tratamiento pertinente, discapacidades y un aumento de la mortalidad evitable; además de las consecuencias sociales y económicas. Todos ellos factores evitables, y por lo tanto injustos.

9. Por último, la Prevención de Riesgos

Las perspectivas existentes en salud pública para la prevención de la exposición a riesgos son múltiples, la más comprensiva es la del “Curso de Vida”. Educar en el valor de la prevención comporta grandes beneficios individuales y sociales a corto-medio y largo plazo.

Las estrategias de prevención más habituales en Salud Pública son las que tienen un enfoque de base individual con el objetivo de modificar los estilos de vida, a



través de cambio de conductas individuales; o con un enfoque de contexto con el objetivo de modificar patrones sociales de vida. Al respecto, la ENECOVID en su 4ª ronda muestra que las exposiciones laborales, como las de las profesiones sanitarias, son un importante factor de riesgo, que dependen de factores de contexto de imposible modificación mediante la voluntad individual por parte del personal sanitario (16,8%). El siguiente grupo de riesgo en el ámbito laboral, son las mujeres que cuidan a personas dependientes en el domicilio (16,3%), presentando las segundas cifras más altas de prevalencia global de SARS-CoV-2. Por lo tanto, el contexto de los cuidados formales e informales (que por extrapolación incluye las mujeres en el ámbito de cuidados y doméstico) son un importante factor de riesgo que perjudica seriamente la salud de las mujeres en el que la atención institucional, no “culpabilizando a la víctima” por no tomar las debidas medidas de prevención, debe trabajar el desarrollo de medidas preventivas que trasciendan de lo público a lo privado.

La estrategia que está saliendo cara al Estado de España y sus Comunidades Autónomas es la que se apoya en un enfoque “biologicista”. Atención sanitaria hospitalaria y especializada por necesidad una vez las personas sanas pasan al status de pacientes de la Covid 19. Ergo cara, por no haber desarrollado las estrategias necesarias de salud pública con la precocidad debida, como el establecimiento de medidas preventivas mediante detección precoz de los casos de Covid 19 y seguimiento de los contactos más cuarentena; así como, el apoyo a las capacidades de la atención primaria, siempre más eficiente que la atención hospitalaria.

Una experiencia inversa, de apoyo en la ciudadanía y profesionales de fuera del sector sanitario puede abrirnos los ojos respecto a la importancia de considerar que las sociedades se rigen por “normas y valores”. El afrontamiento de la pandemia de la Covid 19 requiere ir más allá de las normas por parte de las autoridades sanitarias y de otras esferas implicadas. Una mujer, la Primera Ministra de Nueva Zelanda, Jacinda Arden, reunió a jóvenes “influencers” para acordar con ellos y ellas el envío de mensajes con contenidos dirigidos a sus lectores/as sobre las conductas preventivas contra la Covid 19, con el fin de crear una atmósfera donde el valor fuera la modificación social del patrón de vida. Hoy no reporta casos de Covid 19 en su país. Lo que no es demasiado eficaz es el establecimiento de normas que sus individuos no valoran, porque la probabilidad de que no las cumplan es previsible.

Salvo excepciones, hasta la fecha las mujeres no han aparecido en el panorama de la Covid 19, escasas han sido sus opiniones y escaso su conocimiento transmitido. Las innovaciones de género aportan una mirada innovadora con el conocimiento que desarrollan, con la otra mirada y fortalezas de las propias mujeres, que las instituciones ganarían de contar con ellas. Cualificación no falta.

Conclusiones

1. Se detectan sesgos de género en las estadísticas sanitarias sobre la Covid 19 por falta de comunicación exhaustiva de los datos por sexo.
2. El aporte de información es inconsistente entre las fuentes de información respecto a la mortalidad por la Covid 19.
3. Las tendencias, mejor indicador en una epidemia que los estudios transversales, detectan una variación en cuanto a casos de muerte a lo largo de la pandemia de la Covid 19 en España.
4. La magnitud del problema de la Covid 19 depende del indicador utilizado.
5. Se detecta un potencial sesgo de género en la atención sanitaria en perjuicio de las mujeres, en parte debido a que los signos y síntomas clínicos son diferentes en hombres y mujeres.
6. Mas hombres que mujeres han fallecido de Covid 19 “identificado”, mientras que más fallecimientos de mujeres que de hombres han quedado en la categoría de Covid-19 no identificado o sospechoso.
7. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en los hombres han sido criterio de ingreso hospitalario, por lo que es posible que, durante el confinamiento, parte de las mujeres no fueran hospitalizadas, influyendo en la identificación de padecer la Covid 19.
8. Más mujeres que hombres han muerto en los centros socio-sanitarios (geriátricos); mientras que más hombres han muerto en los hospitales; lo que puede relacionarse con un sesgo de género en la atención sociosanitaria.
9. Las profesiones relacionadas con los cuidados son un alto riesgo para la salud de las mujeres.
10. El confinamiento durante la primera ola de la pandemia supuso un alto riesgo de exposición a la Covid 19 para las mujeres, más que para los hombres. El incrementó de la frecuencia de casos en las mujeres 14 días después, probablemente por los roles de cuidadoras informales, así lo confirma.



BIBLIOGRAFIA.

1. Davies S.E, et al. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies. *International Affairs* 2016; 92: 1041-1060.
2. Diggins J, et al. The pathology of inequality: gender and Ebola in West Africa. *IDS Practice Paper in Brief Institute of Development Studies: Sussex*, 2015.
3. Anderson E-L. Infectious Women: Gendered Bodies and HIV in Malawi. *Int Feminist J Politics* 2014; 14: 267-87.
4. Wenham C, et al. Gender mainstreaming as a pathway for sustainable arbovirus control in Latin America. *PLoS Negl Trop Dis* 14: e0007954
5. United Nation. Protecting humanity from future health crises: Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises, 70th Session Agenda item no 125, 2016. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723
6. Westergaard D, et al. Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nat Commun* 2019; 10: 666.
7. Smith J. Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response, *Gender & Development* 2019; 27: 355-369.
8. Lai CC1, Global epidemiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19): disease incidence, daily cumulative index, mortality, and their association with country healthcare resources and economic status. *Int J Antimicrob Agents* 2020; 19:105946.
9. Chen N, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 2020; 395: 507–13.
10. Korean Society of Infectious Diseases; Korean Society of Pediatric Infectious Diseases; Korean Society of Epidemiology; Korean Society for Antimicrobial Therapy; Korean Society for Healthcare-associated Infection Control and Prevention; Korea Centers for Disease Control and Prevention. Report on the Epidemiological Features of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. *J Korean Med Sci* 2020; 35: e112.
11. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020; 382:1199-1207.
12. Vardavas C.I. et al. COVID-19 and Smoking: A Systematic Review of the Evidence *Tob Induc Dis* 2020; 18, 20.



13. Boniol M, et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Working paper 1. Geneva: World Health Organization; 2019.

14. Wenham CI, et al. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet* 2020; 395: 846-847.

15. Del Rio C, et al. COVID-19—New Insights on a Rapidly Changing Epidemic. *JAMA* Published online February 28, 2020.

16. Wenham CI, et al. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet* 2020; 395: 846-847.



ANEXO I.

METODOLOGÍA:

Tipo de Diseño: Para sortear las limitaciones de los estudios transversales, se realizará un estudio epidemiológico de las diferencias por sexo a lo largo de la evolución temporal de la epidemia de Covid-19 en España con relación a la morbilidad y mortalidad; así como cualquier otro indicador útil para analizar desigualdades de género en salud.

Sujetos de estudio: Todos los casos notificados de pacientes de infección por Covid-19 y todas las personas fallecidas en España en este periodo. Datos secundarios.

Fuentes de Información:

1. Centro de Coordinación y Alertas Sanitarias, Ministerio de Sanidad. Actualizaciones diarias del durante la epidemia.
2. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Informes de la situación del COVID-19 en España.
3. Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) durante el período epidémico. Informes de Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas.
5. Instituto Nacional de Estadística.
6. Encuesta seroepidemiológica-ENECOVID.

Variables objeto de estudio:

Sexo, edad, fechas.

Casos notificados de Covid 19.

Prevalencia de SARS-CoV-2

Defunciones por Covid 19.

Casos de Covid 19 identificados y no identificados (sospechosos).

Causas de mortalidad.

Exceso de mortalidad.

Características clínicas: Síntomas y signos, comorbilidad y complicaciones, hospitalización.

Lugar de ocurrencia de los fallecimientos según sexo.

Antecedentes epidemiológicos de riesgo, incluidas las tareas de cuidados formales profesionales e informales.



Análisis:

Tendencias o frecuencias de la Covid 19 en distintas fechas a lo largo del período epidémico, de:

- Casos notificados de Covid 19 por sexo y fechas.
- Casos de Covid 19 por sexo y edad.
- Prevalencia de SARS-CoV-2 por sexo.
- Defunciones por Covid 19 por sexo y por fechas.
- Defunciones por Covid 19 en casos identificados y no identificados (sospechosos).
- Mortalidad total por Covid 19 según sexo y por todas las causas.
- Tasas de mortalidad por Covid 19 según sexo ajustadas por edad.
- Exceso de mortalidad.
- Características clínicas: Síntomas y signos, comorbilidad y complicaciones, hospitalización.
- Lugar de ocurrencia de los fallecimientos según sexo.
- Antecedentes epidemiológicos de riesgo: tareas de cuidados formales profesionales e informales.

Signat/Firmat

RUIZ CANTERO, MARIA TERESA
25/01/2021 8:55:03

RUIZ CANTERO, MARIA TERESA

Signat/Firmat

CLEMENTE GOMEZ, VICENTE
25/01/2021 10:13:11

CLEMENTE GOMEZ, VICENTE

Alacant, 25 de gener de 2021

Universidad de Alicante
Carretera Sant Vicent del Raspeig s/n
03690 Sant Vicent del Raspeig – Alicante

