

Carta al director

Ceguera de género en la información sobre la COVID-19. Los datos hablan**Gender blindness in reporting on COVID-19. Data speak**

Sr. Director:

Según la información del Instituto Nacional de Estadística, entre enero y mayo del año 2020, más mujeres (7350) que hombres (5682) fallecieron por COVID-19 sospechosa, mientras que se confirmó la COVID-19 antes de fallecer a menos mujeres (14.964) que hombres (17.688). Además, en este periodo las mujeres fallecieron por COVID-19 confirmada y sospechosa en los hospitales con menor frecuencia (11.744) que los hombres (16.700), y con mayor frecuencia por esta causa en los centros sociosanitarios (8901 mujeres y 4845 hombres). No se encuentran datos posteriores.

La mayor gravedad en los hombres que en las mujeres, evidenciada por la mayor frecuencia de fallecimientos por COVID-19, justifica la también mayor frecuencia de hospitalizaciones en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, con la información ecológica aportada por el SiViE, en la [tabla 1](#) se muestra que en hombres y mujeres fallecidos/as por COVID-19, en quienes la igual gravedad no cabe duda, el ingreso en la unidad de cuidados intensivos es más frecuente en los hombres (*odds ratio* [OR]: 2,73; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 2,62-2,85). A falta de otros indicadores, este es un indicador indirecto de un mayor esfuerzo terapéutico en un sexo respecto al otro, y supone un sesgo de género en la atención sanitaria a la COVID-19 en perjuicio de las mujeres.

Es posible que la distinta presentación clínica de la COVID-19 en las mujeres respecto a los hombres, de la que se tiene conocimiento por los informes epidemiológicos del Centro Nacional de Epidemiología, haya producido una menor sospecha diagnóstica de COVID-19 en las mujeres e incluso una menor hospitalización de estas¹, derivando en la menor frecuencia de fallecimientos en los hospitales mencionada, e incluso en la mayor frecuencia de muertes por COVID-19 sospechosa en las mujeres. La información sobre signos y síntomas por sexo desapareció de los informes epidemiológicos el 29 de mayo de 2020; un desafortunado «apagón de género» en los datos sobre la COVID-19.

La realización de un mayor esfuerzo terapéutico depende de una variedad de factores propios del estado de salud de los/las pacientes, de los síntomas y signos, de la comorbilidad, de la edad, de los recursos existentes y del conocimiento que fundamenta la decisión profesional. A las publicaciones de que los hombres se benefician más del uso de los servicios sanitarios que las mujeres, se suman ahora evidencias en la COVID-19. En Japón se encontró

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://cneovid.isciii.es/covid19/#documentaci%C3%B3n-y-datos>)

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.003>

0213-9111/© 2021 SEPSAS. 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/>).

un mayor retraso diagnóstico (>6 días) en las mujeres que en los hombres con COVID-19 sintomática (OR: 1,58; IC95%: 0,942-2,66)². Y según UN Women, en países de Asia y del Pacífico las mujeres se enfrentan a más desafíos y experimentan tiempos de espera más largos que los hombres para acceder a la atención médica (<https://data.unwomen.org/resources/surveys-show-covid-19-has-gendered-effects-asia-and-pacific>).

Por tanto, es pertinente la incorporación de la perspectiva y del análisis de género³, que será viable si, por encima de «la tiranía de lo urgente»⁴, las autoridades sanitarias priorizan aportar «toda» la información de la COVID-19 por sexo. Futuras investigaciones podrán confirmar o descartar las desigualdades de género en la atención sanitaria a la COVID-19, pero en una epidemia es crucial contar con información por sexo en tiempo real para contribuir a tomar decisiones objetivas y precisas en hombres y mujeres basadas en pruebas; de lo contrario, la ceguera de género en la atención y el control sanitario a la COVID-19 persistirá⁵.

Contribuciones de autoría

M.T. Ruiz Cantero ideó la carta, contrastó la información y redactó el texto en fondo y forma.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Ancochea J, Izquierdo JL, Soriano JB. Evidence of gender differences in the diagnosis and management of coronavirus disease 2019 patients: an analysis of electronic health records using natural language processing and machine learning. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30:393-404.
2. Ogata T, Tanaka H. High probability of long diagnostic delay in coronavirus disease 2019 cases with unknown transmission route in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:8655.
3. Mauvais-Jarvis F. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*. 2020;396:565-82.
4. Smith J. Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender Develop*. 2019;27:355-69.
5. Ruiz Cantero MT. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gac Sanit*. 2021;35:95-8.

María Teresa Ruiz-Cantero

Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

Correo electrónico: cantero@ua.es