
PROMOCIÓN DE LA SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO

| REMEDIOS ÁLVAREZ TERÁN
FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE LA RIOJA



© Logroño, 2024, La autora. Este trabajo se distribuye bajo una licencia CC BY NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>).

ISBN 978-84-09-59138-1 (pdf)

Remedios Álvarez Terán

Promoción de la salud con enfoque de género

Universidad de La Rioja 2024

Índice

1. Introducción.....	6
2. Algunas consideraciones en torno a las desigualdades de la salud entre mujeres y hombres	7
3. Las mujeres y la salud.....	8
3.1 Perspectiva internacional.....	8
3.2 Políticas públicas españolas	10
4. Problemas de salud de las mujeres	12
4.1 Descriptores.....	12
4.2 Otros problemas de salud de las mujeres	16
4.3 Las mujeres y la pandemia	18
5. Concluyendo.....	19
6. Bibliografía	20
Ficha Técnica.....	23

1. Introducción

En la formación de las identidades de género, las representaciones culturales sobre la feminidad y la masculinidad, generadas desde el imaginario masculino hegemónico, se han materializado en la práctica en conductas diferenciadas exigibles a unas y a otros. Mientras lo masculino viene siendo el canon, lo femenino se diseña en alteralidad, en contraposición. Quienes no encajen en uno u otro género no tienen cabida, ¿cuál es lugar de las personas LGTBI+?

Sin embargo, el género, siendo tan determinante, no es la única variable que contribuye a hacernos personas, existen otras igual de importantes como la economía, la religión, la etnia, la raza o el momento y el lugar en el que venimos al mundo. Lo común de la categoría género, en todo tiempo y espacio, es que establece una jerarquización, una subordinación de cualquier mujer en relación a los hombres de su mismo grupo y estatus. Y esto sí que es universal y atemporal. Una desigualdad que está en contra de toda lógica, de toda legalidad, una situación que no debemos permitir ni consentir ya en este siglo. Por eso, es necesario detectar, describir y denunciar todas las diferencias que afectan a las mujeres por el hecho de serlo, solo así podemos contribuir a hacerlas desaparecer.

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 salud¹. Por otra parte, la capacidad ilimitada y arbitraria de la medicina para definir los límites de la enfermedad y de la salud se emplea en ocasiones en contra de la salud de las mujeres, por ejemplo, ¿son necesarias tantas intervenciones por cesárea como se producen en España?²

Integrar la perspectiva de género en la salud pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de unas y otros en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. La incorporación de este criterio implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas³.

En este texto, se pretende analizar cómo se generan algunas de las desigualdades de género en salud y cómo se puede contribuir a erradicarlas. El siguiente apartado nos introduce en ciertas consideraciones en torno a las diferencias e inequidades entre las personas. A continuación, se hace

¹ *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*, Sevilla, Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2008.

² Gervas Camacho, Juan, Pérez-Fernández, Mercedes, *El encarnizamiento médico con las mujeres: 50 intervenciones sanitarias excesivas y como evitarlas*, Barcelona, Los libros del lince, 2016, p. 22.

³ Organización Mundial de la Salud, *¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?* <<http://www.who.int/features/qa/56/es/index.html>> [26/02/2020].

un breve recorrido histórico desde una perspectiva institucional internacional y nacional. El cuarto epígrafe describe datos cualitativos y cuantitativos de las desigualdades. Finalmente, se concluye.

2. Algunas consideraciones en torno a las desigualdades de la salud entre mujeres y hombres

Cuando comparamos los indicadores de salud de las mujeres y de los de los hombres de distintas regiones, culturas y grupos de ingresos observamos diferencias, pero, ¿cómo interpretar esas diferencias? En los casos en que existen desigualdades de género, ¿a qué atribuir las?⁴ Amaia Bacigalupe y Unai Martín desvelan algunas hipótesis en torno a estas cuestiones desde dos modelos explicativos⁵:

Los modelos biológicos-genéticos enfatizan el papel de la biología en el comportamiento. Así, las diferencias sexuales entre unas y otros son determinantes para enfermar. Este punto de partida androcéntrico ha invisibilizado a las mujeres, por lo que las conclusiones que se extraen desde los estudios no siempre son extrapolables a ellas. Visto así, no se puede hablar de desigualdad sino de mayor o menor vulnerabilidad biológica a determinados riesgos y condiciones de salud entre mujeres y hombres. Por ejemplo, hasta hace unos años se venía afirmando que el tabaco era mucho más agresivo en fumadores que en fumadoras. Y se atribuía a factores hormonales protectores en el caso de ellas. Hoy, con una mayor perspectiva, se sabe que son fundamentales otras variables, como los estilos de vida. Tradicionalmente, los sistemas sanitarios consideraban a las mujeres como hombres enfermos y, al mismo tiempo, las discrimina por ello⁶.

Los modelos socioculturales, por el contrario, consideran el género un elemento decisivo para explicar las desigualdades en salud. Las diferencias se atribuyen al contexto socioeconómico y político y a las normas y valores adscritos a cada sexo, factores todos ellos que condicionan las experiencias vitales de las personas y, por lo tanto, la salud.

Pero ¿cuál es la influencia de todos estos aspectos en la salud de las mujeres? Históricamente, las investigaciones de salud y género han sufrido varias carencias: no se ha tenido en cuenta la influencia de las variables ‘clase social’ y o ‘etnia’, por ejemplo, en la salud de estas. Tampoco se contemplaban los roles familiares ni las desigualdades derivadas de las diferentes asignaciones de estos. Un ejemplo es la intervención de la OMS contra el VIH en Sudáfrica, donde se demostró que la pobreza, la violencia y la falta de conocimientos para mantener relaciones sexuales con precaución fueron decisivas en las altas tasas de contaminación femeninas⁷.

⁴ Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/dg/speeches/2009/women_health_report_20091109/es/index.html> [09/02/2019].

⁵ Bacigalupe de la Hera, Amaia y Martín Roncero, Unai, *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: la clase social y el género como determinantes de la salud*, Vitoria-Gasteiz, Araterko, 2007, p. 97.

⁶ Gervas Camacho, Juan, Pérez-Fernández, Mercedes, *El encarnizamiento médico con las mujeres: 50 intervenciones sanitarias excesivas y como evitarlas*, Barcelona, Los libros del lince, 2016, p. 40.

⁷ Organización Mundial de la Salud, *¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?*

Además, el estado de salud de las mujeres se ha estudiado desde estas dos perspectivas:

- a) Hipótesis del conflicto de rol o cargas múltiples. Es esta una situación que empeora la salud femenina a todas luces, ya que supone una sobrecarga muy difícil de soportar.
- b) Hipótesis de potenciación de rol: ejercer múltiples roles contribuye a un mejor estado de salud, ya que aumenta el número de contactos sociales y, desde luego, mejora la economía.

Cuando se ponen en relación la clase, la cultura, la etnia y el género se observa que existen múltiples combinaciones entre las dos hipótesis, y que el desempeño de uno u otro rol puede tener tanto efectos beneficiosos como perjudiciales para la salud en función del contexto de cada mujer. En general, las personas con un trabajo remunerado gozan de mejor salud que las que no lo tienen: el trabajo aporta dinero, mejora la autoestima, el estatus social, el apoyo social y la estructuración temporal de la vida cotidiana. Pero todas estas ventajas pueden desaparecer cuando los trabajos son inestables o de mala calidad. Y también cuando las tareas del cuidar no son compartidas por otros miembros de la familia, especialmente por los hombres.

Si nos atenemos a los estudios, este tipo de cargas siguen sin ser compartidas en las parejas más jóvenes. O sea, no se están rompiendo estas desigualdades por lo que se siguen reproduciendo las diferencias en la salud entre mujeres y hombres⁸.

3. Las mujeres y la salud

3.1 Perspectiva internacional

Introducir la perspectiva de género en el análisis de la salud de las poblaciones supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud y enfermedad de mujeres y hombres. Diferencias no explicables desde de la biología y sí desde la sociología. A las diferencias así generadas les llamamos desigualdades, y la Organización Mundial de la Salud las denomina inequidades, atribuyéndoles una dimensión moral y ética al ser innecesarias, evitables e injustas y, por tanto, intolerables. Así pues, el enfoque de género en salud implica buscar la equidad entre unos y otras⁹. Que viene a significar dar a cada cual lo que le corresponda para acortar la diferencia, no lo mismo, hasta eliminar las desigualdades socialmente construidas.

Para conocer las causas y las consecuencias de las desigualdades entre mujeres y hombres en el mundo, Naciones Unidas -ONU- ha organizado foros internacionales. El primero fue en Ciudad de México -1975-, siguieron Copenhague -1980-, Nairobi -1985- y Beijing -1995-¹⁰. Por su parte, la

<<http://www.who.int/features/qa/56/es/index.html>> [26/02/2020].

⁸ “El reparto desigual en las tareas del hogar, germen de la brecha laboral de género en España”, <<http://www.20minutos.es/noticia/2870358/0/brecha-genero-mercado-laboral-espana-fedea/#xtor=AD-15&xsts=467263>> [09/08/2018].

⁹ *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud, op. cit.*

¹⁰ ONU *Mujeres*, <<http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>> [27/12/2018].

Organización Mundial de la Salud –OMS- ha convocado las citas de Alma-Ata -1978-, Ottawa -1986-, Adelaida -1988-, Sunvall -1991-, Yakarta -1997- y México -2000-¹¹.

La Conferencia de Beijing -1995- marcó un punto de inflexión porque se plantearon una serie de objetivos estratégicos para el logro de la igualdad en 12 aspectos cruciales: mujeres y pobreza, educación y capacitación femeninas, mujeres y salud, violencia machista, mujeres y conflictos armados, mujeres y economía, mujeres y poder, mecanismos institucionales para el avance femenino, derechos humanos de las mujeres, mujeres y medios de difusión, mujeres y medio ambiente y niñas. Se pretendía incidir en todas estas desigualdades en general y en las de la salud en particular. Para ello, se instó a los gobiernos a tomar las medidas necesarias para abordarlas. Un nuevo foro tuvo lugar en Nueva York: “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”. En 2005 la ONU constató la necesidad de aplicar de manera eficaz la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. En 2010 se valoraron los progresos. A mediados de 2013, se propuso a los estados miembros llevar a cabo evaluaciones nacionales puntuales para que las políticas emprendidas fueran eficaces y abordaran las necesidades concretas de salud en cada lugar¹². El último informe de 2020, *ONU mujeres*, que analiza los avances en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, vuelve a alertar sobre la persistente discriminación de género en todo el mundo. Unas 300.000 mujeres mueren anualmente por causas relacionadas al embarazo y alrededor de 15 millones de niñas nunca aprenderán a leer y a escribir. Gran parte de esta desigualdad se atribuye al trabajo doméstico no remunerado que afrontan las mujeres, especialmente durante sus años reproductivos¹³.

Por su parte, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- ya en 1990, ideó el Índice de Desarrollo Humano -IDH en adelante-. Este indicador pretende evaluar los siguientes aspectos: longevidad, conocimientos o logros educativos y nivel de vida de la población. La longevidad se mide por la esperanza de vida al nacer, los logros educativos a partir de las tasas de alfabetización de adultos y matriculaciones en los tres niveles educativos, y la riqueza o pobreza están en estrecha relación con el producto interior bruto –PIB-. La herramienta supone un gran avance para constatar las diferencias entre los estados más allá de otras como la medición del desarrollo socioeconómico, basada exclusivamente en el PIB¹⁴.

¹¹ Ramos García, Elvira (coor.), "La Salud de las Mujeres: Hacia la Igualdad de Género en Salud" I Congreso Nacional, Murcia, Instituto de la Mujer, 2002, p. 214.

¹² ONU Mujeres, <<http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>> [20/08/2017], *cit.*; y *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*, *op. cit.*

¹³ Notas ONU, <<https://news.un.org/es/story/2018/02/1427081>> [07/04/2021].

¹⁴ *Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo Humano para todos*, PNUD, e *Índice de Desarrollo Relativo a Género (IDG)*, <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/POBREZA/ficpob_P43.htm> [20/08/2017].

Pero, para profundizar en el análisis de las diferencias entre mujeres y hombres, surgió el Índice de Desigualdad de Género: índice compuesto que refleja la desigualdad entre mujeres y hombres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado de trabajo¹⁵.

Según la desviación absoluta de la paridad de género en los valores del IDH, los países se dividen en cinco grupos: Grupo 1: países con un alto nivel de igualdad en cuanto a los logros en el IDH entre mujeres y hombres (desviación absoluta inferior al 2,5%); grupo 2: países con un nivel medio-alto de igualdad en cuanto a los logros en el IDH entre mujeres y hombres (desviación absoluta de entre el 2,5% y el 5%); grupo 3: países con un nivel medio de igualdad en cuanto a los logros en el IDH entre mujeres y hombres (desviación absoluta de entre el 5% y el 7,5%); grupo 4: países con un nivel medio-bajo de igualdad en cuanto a los logros en el IDH entre mujeres y hombres (desviación absoluta de entre el 7,5% y el 10%); y grupo 5: países con un bajo nivel de igualdad en cuanto a los logros en el IDH entre mujeres y hombres (desviación absoluta de la paridad de género superior al 10%).

Obtienen la calificación de Desarrollo humano muy alto (66 países), Alto (52), Medio (36), Bajo (32). España se sitúa en el lugar 25, en el intervalo muy alto, con un IDH de 0,783, mientras que su IDDG es del 0,986, el puesto 16º. En este mismo ítem, el primer lugar lo obtiene Suiza, y Yemen el último en el 162¹⁶.

El IDDG no es definitivo, una de sus deficiencias es el grado de ponderación de algunos de sus indicadores como la representación parlamentaria femenina. Aun así, este indicador permite mostrar la distinta posición de las mujeres y los efectos de la desigualdad de género en los países analizados¹⁷.

3.2 Políticas públicas españolas

A partir de Beijing, España ha ratificado acuerdos internacionales que reconocen el principio elemental de que el género es un determinante para la salud, y ha modificado la legislación para hacer efectivos los diversos compromisos alcanzados.

La Declaración de Madrid firmada en 2001, durante la celebración del *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de Salud en Europa*, asumía la necesidad de avanzar en la igualdad a partir de las siguientes premisas¹⁸:

- 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

¹⁵ *Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera. El desarrollo humano y el Antropoceno*, UNDP, <<http://hdr.undp.org/en/2020-report>> [07/04/2021].

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Sendasal. Género y desigualdad en América Latina, <<http://www.sendasal.org/indices-y-estadisticas/14>> [10/11/2019]; e “Índices de desarrollo humano por género en España”, <http://www.fundacionbancaja.es/archivos/publicaciones/ch_120.pdf> [10/11/2019].

¹⁸ *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*, Sevilla, Junta de Andalucía. *op. cit.* Compromiso de 28 países europeos entre los que se encuentra España.

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 de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su capítulo siete, 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 rehabilitar¹⁹.

La Ley 1/2004 reconoció que la violencia de género 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 la salud de las mismas. La norma determinó las medidas de sensibilización, prevención y detección e intervención en los diferentes ámbitos, entre ellos la sanidad²⁰. Por eso determinaba que:

1. El Sistema Nacional de Salud debe impulsar actuaciones sanitarias para la detección precoz de esta violencia.
2. Deben desarrollarse programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de las mujeres víctimas de esta violencia.
3. Las Administraciones educativas competentes tienen que incorporar en los currículos de las profesiones socio sanitarias contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las mujeres que sufren esta lacra.
4. Los Planes Nacionales de Salud deben contemplar un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.

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

- a) La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.
- b) El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.

¹⁹ La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 28 de mayo de 2003, nº 115.

²⁰ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 2004, nº 313. Artículo 15.

- c) La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.
- d) La 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.
- e) La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- f) 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.

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, suprimido en 2014, y puesto nuevamente en marcha en abril de 2019²¹. En marzo de 2005, se adoptaron 45 medidas para favorecer la igualdad. Así, se determinó elaborar un Informe anual sobre Salud y Género²². 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 generador enfermedad, no es el único. En 2020, se reinicia este análisis²³.

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

4. Problemas de salud de las mujeres

4.1 Descriptores

La OMS publicaba el informe *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*²⁴ en 2009 y *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*²⁵ en 2019.

²¹ El Observatorio de la Salud de la Mujer tiene ya regulación y composición, <<https://www.lavanguardia.com/vida/20190301/46765058748/el-observatorio-de-la-salud-de-la-mujer-tiene-ya-regulacion-y-composicion.html>> [11/05/2019].

²² Orden PRE/525/2005, de 7 de marzo, por el que se adoptan medidas para favorecer la igualdad entre mujeres y hombres. Entre ellas, la medida 4.3., por la que “Se acuerda la elaboración de un informe anual sobre salud y género que se presentará ante el Parlamento”.

²³ OSM, *Observatorio de salud de la mujer. Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas*. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

²⁴ Organización Mundial de la Salud, <<http://www.who.int/gender/es/>>, *cit.*

²⁵ *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*, Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/gb/s/s_wha72.html>, [21/01/2020].

Entre otras muchas conclusiones, dejan en evidencia que, pese a los progresos realizados, las sociedades siguen fallando a las mujeres en momentos clave 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.

Se podían extraer algunos datos cuantitativos:

- De media, las mujeres viven entre seis y ocho años más que los hombres.
- En 2007, 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.
- Diariamente, 1600 mujeres mueren de complicaciones durante el embarazo prevenibles. Cerca de medio millón al año. Casi el 99% en el mundo 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.

- 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.

Por edades:

- El cáncer de mama es el tipo de cáncer más mortífero entre las mujeres de 20 a 59 años en los países de ingresos altos.
- En todo el mundo, las niñas menores de cinco años tienen más probabilidades de padecer sobrepeso que los niños, factor que puede dar lugar a la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos tipos de cáncer en etapas posteriores de la vida.
- Las adolescentes consumen cada vez más tabaco y alcohol, lo que pone en peligro su salud más adelante, al igual que la mala alimentación y la falta de ejercicio físico.
- A partir de los 15 años hay ya diferencias muy acusadas entre mujeres y hombres. Para ellas, el SIDA es la principal causa de mortalidad y morbilidad en el mundo, mientras que las relaciones sexuales no seguras constituyen el mayor factor de riesgo en los países en desarrollo. La biología, la falta de acceso a información y a los servicios de salud, la vulnerabilidad económica y la relación de poder desigual en las relaciones sexuales exponen especialmente a las jóvenes al riesgo de contraer este virus.
- La tuberculosis es la tercera causa más importante de mortalidad entre las mujeres de 15 a 44 años. Y la quinta entre las que tienen de 20 a 59 años. Está a menudo relacionada con la infección por SIDA.
- Los traumatismos por accidentes al desplazarse suponen la décima causa de mortalidad de las mujeres adultas -20 a 59 años- en todo el mundo.
- En la Región de Asia Sudoriental, las quemaduras son una de las mayores causas de mortalidad entre las que tienen de 15 a 44 años.
- Las enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares y la enfermedad obstructiva crónica, ocasionan el 45% de las muertes de todas ellas. Otro 15% se debe al cáncer, sobre todo de mama, pulmón y colon. La mayoría de los problemas de salud de las ancianas están relacionados con factores de riesgo que aparecen en la adolescencia y la edad adulta, como el consumo de tabaco, el sedentarismo y las dietas malsanas.

Por patologías:

- Sufren lesiones y mueren por causas relacionadas con el fuego en mucha mayor medida que los hombres. Suelen ser por accidentes ocurridos al cocinar para la familia. Muchos combustibles son los principales factores de riesgo para la enfermedad obstructiva entre ellas -exposición al humo en interiores es un 50% más elevada que en los hombres-. También por la violencia machista –quemaduras por ácido-.
- El cáncer del cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer femenino más frecuente, 570.000 casos nuevos en 2018. Cerca de un 80% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes por esta causa se registran hoy en países de bajos ingresos, donde prácticamente no hay acceso a la detección y tratamiento de esta enfermedad. Algo no difícil de prevenir con la vacuna contra los virus del papiloma humano.
- La violencia machista está generalizada en todo el mundo. Las víctimas presentan tasas más elevadas de enfermedad mental, embarazos no deseados y abortos, tanto espontáneos como inducidos²⁶. La mayoría de las agresiones contra las mujeres son cometidas por hombres con los que tienen una relación íntima. En todos los conflictos armados se utiliza la violencia sexual contra mujeres y niñas como táctica de guerra.
- Las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y la ansiedad. Unos 73 millones de ellas sufren cada año un episodio de depresión mayor. Se calcula que los trastornos mentales afectan aproximadamente a un 13% de las mujeres en el año siguiente al parto. El suicidio es la séptima causa de muerte entre las que tienen de 20 a 59 años. Todavía no se han publicado estudios ni datos sobre aquellas que alquilan sus cuerpos para la llamada maternidad subrogada.
- A escala mundial, las enfermedades cardiovasculares -principalmente los infartos de miocardio, la cardiopatía isquémica y los accidentes vasculares cerebrales-, a menudo considerados un problema masculino, son la principal causa de muerte de las mujeres de edad avanzada. Los síntomas suelen ser distintos para ellas que, para ellos, lo que contribuye a que algunos de esos casos pasen inadvertidos.
- Los cánceres de mama, pulmón y colon se encuentran entre las diez causas de muerte más frecuentes en las mujeres de edad avanzada de todo el mundo. La incidencia de cáncer de mama es mucho mayor en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos o medios, pero la mortalidad es similar, ya que las primeras pueden acceder a mejores tratamientos. Por otra parte, la mortalidad por cáncer de pulmón y colon son mayores en

²⁶ En algunos países, el aborto selectivo en función del sexo y el infanticidio están alterando artificialmente la demografía, generando una escasez de niñas y mujeres. No se trata solo de una cuestión de justicia e igualdad de género, sino de fuertes consecuencias para la democracia que podrían generar en un corto plazo de tiempo violencia social. *Informe sobre Desarrollo Humano 2013, op. cit.*

los países ricos. En el primer caso, el 71% de las víctimas es atribuible al consumo de tabaco.

- Finalmente, en España, el 77,8% de los hombres valora su estado de salud como bueno, frente al 70,4% de las mujeres²⁷. Al nacer, las mujeres esperan vivir 5,8 años más que ellos²⁸. -

Todos los documentos e informes tanto nacionales como internacionales dejan en evidencia la relación que existe entre las variables género, formación académica y economía. A nivel mundial, más de 580 millones de mujeres son analfabetas, cifras que triplican a las masculinas. El impacto de la situación educativa en la salud de las mujeres y sus familias está muy bien documentado. Brindarles una mejor educación suele redundar en más salud para ellas y para la siguiente generación. Si se compara el estado sanitario de las mujeres de países de ingresos altos y de ingresos bajos, los resultados son predecibles y elocuentes. En todas las regiones y grupos de edad, las mujeres y las niñas de los países más ricos presentan niveles de mortalidad y morbilidad inferiores a los de las que viven en países más pobres.

Resulta evidente que la pobreza no es el único factor o el más determinante para el estado de salud femenino. Hay datos objetivos que señalan que los problemas sociales, políticos y culturales interactúan con otras variables impidiendo el progreso de las mujeres en salud y por lo tanto en todos los aspectos de sus vidas²⁹.

4.2 Otros problemas de salud de las mujeres

Uno de los problemas que cada vez afectan a más mujeres en el mundo es el de la maternidad subrogada. El artículo 10 de la Ley 14/2006, de reproducción asistida, dice que la filiación en nuestro país es de la mujer que gesta, y que un contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero, será nulo de pleno derecho. Un deseo no es un derecho, las familias o las personas que desean un hijo no pueden alegar esos derechos, quienes si los tienen son las nuevas criaturas. El comité de bioética de España señala que "todo contrato de gestación por sustitución entraña una explotación de la mujer y un daño a los intereses superiores del menor y, por tanto, no puede aceptarse por principio"³⁰.

²⁷ Demografía, indicadores de bienestar y determinantes sociales. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>> [09-08-2020]. p. 9.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Informe sobre Desarrollo Humano 2013, op. cit.*; y Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/dg/speeches/2009/women_health_report_20091109/es/index.html>, *cit.*

³⁰ Informe del Consejo de Bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada, Universidad Complutense, 2017, p. 87.

Seguramente ejercer la prostitución termina acarreado diversos problemas de salud a las mujeres que la ejercen. Por las condiciones laborales, por el estigma social, por los riesgos de salud física y mental asociados. Sin embargo, en nuestra cultura es una forma de explotación y desigualdad totalmente normalizada. Las mujeres son productos que satisfacen la urgencia sexual de los hombres. Ellas se convierten en seres para otros, quedan deshumanizadas. No puede ser que este mercadeo se encuentre naturalizado en las sociedades civilizadas. Es uno de los pocos ámbitos que permanecen en la ilegalidad. Ciertamente que cada vez menos.

El acoso sexual y el acoso por razón de sexo en el trabajo favorecen la delimitación de los roles sexuales tradicionales. A través de ellas se ejerce violencia de género se acentúan las desigualdades en las estructuras empresariales. El acoso laboral puede producir secuelas psicológicas y hasta suicidios.

La salud sexual de las adolescentes debería estar entre los problemas de salud pública preferentes, para evitar enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos y para prevenir en el futuro la violencia sexual intramarital, que todavía hoy sufren muchas mujeres.

La anorexia y la bulimia están en relación estrecha con el control del cuerpo y la necesidad de ser y parecer bellas, o sea, delgadas. Las estadísticas no dejan lugar a dudas, si bien afectan también al género masculino. La publicidad, los medios de comunicación, las redes sociales tienen mucha responsabilidad en esta afectación. Ciertas campañas publicitarias, páginas web, revistas, etc., son las responsables de que niñas y adolescentes quieran seguir estos modelos que las llevan a enfermar.

La cirugía también presiona sobre los cuerpos femeninos. Todo se puede mejorar, arreglar, componer. Comprar la belleza, la felicidad.

Las personas LGTB pueden tener dificultades en el acceso a la sanidad, con discriminación, por ejemplo, por ser transexuales. Muchas mujeres lesbianas dicen no poder hablar abiertamente de sus problemáticas en las consultas de ginecología, ya que esta tiene un enfoque exclusivo para las heterosexuales y la maternidad. Si bien en los últimos años puede estar cambiando esta situación, especialmente en la práctica privada³¹.

Ciertas enfermedades han sido etiquetadas como específicamente femeninas, así la fibromialgia, o directamente lo son, como la endometriosis. Rodeadas de prejuicios no tienen la misma consideración que otras.

En relación con el cáncer mama, sería bueno visibilizar el lado negativo de la enfermedad, no solo promover las historias de superación sino abrir también un espacio para expresar el miedo, el dolor y la desesperación. Se tiende a mostrar las historias con final feliz y eso hace que muchas mujeres no encuentren un espacio en el que hablar con sinceridad de lo que están viviendo.

³¹ Álvarez Terán, Remedios, Clavo Sebastián, María José, Fernández Guerrero, Olaya y Goicoechea Gaona, M^a Ángeles *Maternidad lesbiana. Del deseo a la realidad*, Barcelona, Egales, 2017.

El sedentarismo y la falta de actividad física tienen incidencia muy negativa en la salud pública. Según la OMS la falta de actividad física es el cuarto factor de riesgo en mortalidad mundial. Por ello, sería interesante la organización de eventos a escala local para promover la actividad física. Por ejemplo, la prescripción desde Atención Primaria de ejercicio físico, como se prescribe calor, radiofrecuencia o paracetamol. La prescripción podría ser por un periodo concreto de tiempo, y se podrían ofrecer sesiones en gimnasios y centros culturales. El objetivo sería generar la necesidad de moverse y el bienestar que sigue al ejercicio.

Finalmente, las emociones no tienen género, pero sí las expresamos según construcciones aprendidas. Por eso, es necesaria la coeducación emocional, que significa precisamente educar en común y en igualdad, al margen del sexo de las personas. Significa detectar todos los estereotipos asociados a lo masculino y lo femenino, ser conscientes de ellos, reflexionarlos y poner en marcha las medidas necesarias para eliminarlos de nuestro lenguaje y de nuestro comportamiento, potenciando aquellos aspectos que quedan anulados por el hecho de asumir los roles de género, como por ejemplo, la afectividad en los hombres o el desarrollo profesional en las mujeres.

Es necesario que se incluya la perspectiva de género en la formación del personal sanitario. Son imprescindibles los protocolos especialmente en Atención Primaria, que es la puerta de acceso al sistema. Principalmente de detección de patologías por discriminación de género, ya sea de tipo psicológico, físico o por violencia de género directa, mutilación genital, embarazos adolescentes, violaciones, salud mental, mayores, etc.

4.3 Las mujeres y la pandemia

La pandemia por la el Covid-19 ha producido, y lo sigue haciendo, un fuerte impacto emocional en la salud de la mayor parte de la población. La incertidumbre e inseguridad han causado aumento de la vulnerabilidad. También en estos datos podemos encontrar la diferencia. Según el CIS, *Efectos y consecuencias del coronavirus (I)*, el 25,9% de las mujeres y el 22,1% de los hombres han sentido dolor por la pérdida de algún/a familiar, amigo/a o conocido/a en este tiempo; el 37,8% ha sentido preocupación por haber perdido su empleo personal o el de algún/a familiar; el 67,2% mujeres, 60,4% hombres han sentido miedo por la posibilidad de poder perder su empleo personal o el de algún/a familiar; el 52,5% hombres y el 65,9% mujeres, miedo por no poder recuperar su vida tal como era antes de la pandemia; el 74,3% hombres y el 81,7% mujeres, inquietud y temor ante el futuro³².

La pandemia ha afectado muy significativamente a los cuidados prestados a personas dependientes (menores, población envejecida y/o con alguna discapacidad). La evidencia científica muestra que ha generado mayor sobrecarga en los cuidados para las mujeres en su conjunto, agravando las condiciones previas de desigualdad intergéneros, tal y como ha

³² *Efectos y consecuencias del coronavirus (I)*. Avance de resultados. CIS. Estudio nº 3298. Octubre 2020.

puesto de relieve el Informe: La perspectiva de género en la respuesta al COVID 19 y su impacto, (Gobierno de La Rioja, 2020)³³. Las repercusiones para unas y otros han sido y están siendo muy diferentes.

5. Concluyendo

El género es una construcción cultural que todas las sociedades llevan a cabo. En el reparto de papeles se produce una jerarquización que termina por adjudicar a las mujeres un lugar secundario respecto a los hombres de su estatus y condición. Esta situación provoca inequidad en todos los aspectos de sus vidas y, por lo tanto, en su salud.

Incluso en los países con más recursos y desarrollo democrático, hay indicadores objetivos que muestran que se dan situaciones de partida y llegada desiguales para hombres y mujeres. El hecho de que existan leyes que garantizan la no discriminación por razón de sexo, así como el acceso y uso de los servicios sin normas discriminatorias, produce la falsa apariencia de que la igualdad es una realidad y que, por tanto, no son necesarias nuevas intervenciones ni en salud ni en ningún otro aspecto para unas y otros. Muchas veces esto se traduce en un tratamiento imparcial -o idéntico- de los problemas de salud que aquejan a las personas. Sin embargo, pocos estados han podido impulsar un crecimiento rápido sin realizar enormes inversiones públicas en salud y educación, fundamentalmente en ellas³⁴.

Las estadísticas muestran patrones diferentes de salud y enfermedad entre mujeres y hombres, sin perder de vista que hay una gran diversidad interpersonal, no solo atribuible al género, sino en relación con la presencia en el mercado laboral, la edad, la cultura, la etnia y la clase social. Todas esas variables interactúan para modificar nuestros estilos de vida y nuestra salud.

La incorporación de la perspectiva de género en salud pública ha de realizarse a todos los niveles y en todas las etapas del proceso. En general, en la investigación clínica faltan datos y estudios sobre las mujeres que incluyan suficiente población. Falta ciencia de la diferencia³⁵.

Debe involucrar a todos los colectivos implicados en cualquiera de las fases del desarrollo de la planificación: personal técnico, gestión y dirección, profesionales de la salud o de cualquier otro ámbito relacionado, así como los colectivos afectados y a la ciudadanía como población receptora de las medidas que se pretenden poner en marcha³⁶. En realidad, aunque solo se trata de aplicar las leyes en vigor, supone todo un cambio de mentalidad. Porque muchos de estos textos legales van por delante de la sociedad y contribuyen a modificar las mentalidades.

³³ Protocolo de atención sociosanitaria al duelo en la pandemia del covid -19. Unidad de atención sociosanitaria. Área de salud La Rioja. Rioja Sadud. Febrero, 2021, p. 9.

³⁴ *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud, op. cit., e Informe sobre Desarrollo Humano 2013, op. cit.*

³⁵ Gervas Camacho, Juan, Pérez-Fernández, Mercedes, *El encarnizamiento médico con las mujeres: 50 intervenciones sanitarias excesivas y como evitarlas*, Barcelona, Los libros del lince, 2016, p. 40.

³⁶ *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud, op. cit.*

6. Bibliografía

- Álvarez Terán, Remedios, Clavo Sebastián, María José, Fernández Guerrero, Olaya y Goicoechea Gaona, M^a Ángeles, *Maternidad lesbiana. Del deseo a la realidad*, Barcelona, Egales, 2017.
- Bacigalupe de la Hera, Amaia y Martín Roncero, Unai, *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: la clases social y el género como determinantes de la salud*, Vitoria-Gasteiz, Araterko, 2007.
- Demografía, indicadores de bienestar y determinantes sociales. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>>.
- Efectos y consecuencias del coronavirus (i). Avance de resultados*. CIS, Estudio n° 3298. Octubre 2020.
- El reparto desigual en las tareas del hogar, germen de la brecha laboral de género en España, <<http://www.20minutos.es/noticia/2870358/0/brecha-genero-mercado-laboral-espana-fedea/#xtor=AD-15&xts=467263>> [09/08/2018].
- El Observatorio de la Salud de la Mujer tiene ya regulación y composición. <<https://www.lavanguardia.com/vida/20190301/46765058748/el-observatorio-de-la-salud-de-la-mujer-tiene-ya-regulacion-y-composicion.html>>.
- ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género? Organización Mundial de la Salud, <<http://www.who.int/features/qa/56/es/index.html>>.
- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*, Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/gb/s/s_wha72.html>.
- Gérvas Camacho, Juan, Pérez-Fernández, Mercedes, *El encarnizamiento médico con las mujeres: 50 intervenciones sanitarias excesivas y como evitarlas*, Barcelona, Los libros del lince, 2016.
- Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*, Sevilla, Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2008.
- Índice de Desarrollo Relativo a Género (IDG)*, <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/POBREZA/ficpob_P43.htm>.
- Informe del Consejo de Bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada*, Universidad Complutense, 2017. <<https://eprints.ucm.es/42816>>.
- Informe sobre Desarrollo Humano 2013*, Publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD–, <<http://www.pnud.org.ec/Noticias2013/HDR2013%20Report%20Spanish.pdf>>

- Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo Humano para todos*, PNUD.
<<https://imco.org.mx/informe-sobre-desarrollo-humano-2016-via-pnud/>>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 28 de mayo de 2003, n° 115.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 2004, n° 313.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. *Boletín Oficial del Estado*, de 27 de mayo de 2006, n° 126.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, *Boletín Oficial del Estado*, 23 de marzo de 2007, n° 71.
- Notas ONU, <<https://news.un.org/es/story/2018/02/1427081>>.
- ONU Mujeres, <<http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>>.
- OSM, *Observatorio de salud de la mujer. Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas*. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Orden PRE/525/2005, de 7 de marzo, por el que se adoptan medidas para favorecer la igualdad entre mujeres y hombres.
- Organización Mundial de la Salud,
<http://www.who.int/dg/speeches/2009/women_health_report_20091109/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud,
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>>.
- Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera. El desarrollo humano y el Antropoceno*, UNDP, <<http://hdr.undp.org/en/2020-report>>
- Protocolo de atención sociosanitaria al duelo en la pandemia del covid -19. Unidad de atención sociosanitaria. Área de salud La Rioja. Rioja Sadud. Febrero, 2021, p. 9.
- Ramos García, Elvira (coor.), "La Salud de las Mujeres: Hacia la Igualdad de Género en Salud", I Congreso Nacional, Murcia, Instituto de la Mujer, 2002.
- Sendasal. Género y desigualdad en América Latina, <<http://www.sendasal.org/indices-y-estadisticas/14>>. **Promoción de la salud con enfoque de género**

Ficha Técnica

OBJETIVOS

1. Conocer la influencia de la variable género en los patrones de salud física, mental y social y sus consecuencias para las mujeres.
2. Contextualizar las inequidades de salud en nuestro espacio y tiempo.

MATERIALES y ACTIVIDADES

1. “El „virus EVA“, una amenaza para las mujeres por el hecho de serlo”
2. Caso Virus EVA / Médicos del Mundo <https://youtu.be/DWrZ29Y9CFc>.
3. STOPVirusEVA El virus social que afecta a las mujeres por el hecho de serlo
4. La dictadura del cuerpo: Audio
5. Yolanda Domínguez. Revelando estereotipos que no nos representan TEDxMadrid.
6. Por qué las mujeres tardan más en ser diagnosticadas El Intermedio
7. Patricia Soley Bertrán. ¿Qué piensan las mujeres-WA0019
8. Caye Cayejera, “Puro estereotipo”. <<https://www.youtube.com/watch?v=e5VW7jhlf9E>>

TEMPORALIDAD

Del al dede, ambos incluidos.

EVALUACIÓN

Consiste en dos preguntas, una para analizar un aspecto del tema y otra para reflexionar sobre el conjunto de los contenidos.

Criterios de evaluación

Las respuestas de estas dos preguntas se valorarán con un máximo de 8 (80% de la nota). Es fundamental escribir sin faltas de ortografía y con signos lingüísticos del castellano, evitando abreviaturas o signos no lingüísticos, por ejemplo, la @. El mismo criterio que se sigue en los foros.

Además, se evaluarán todas las participaciones del Foro, todas, especialmente si aportan algo a quienes siguen el curso y muestran que se han leído las otras reflexiones y no se repiten en la argumentación. Máximo 2 puntos (20% de la nota).

En el examen, se penalizará no seguir los criterios de claridad y concisión explícitos en cada pregunta.