

LA SALUD DE HOMBRES Y MUJERES BAJO EL ENFOQUE DE GÉNERO

Trabajo de Grado
Junio de 2013



Autora: Yolanda Aparicio Miguel
Directora: Celia Nespral Gaztelumendi
Curso de Adaptación al Grado de Enfermería
Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla"



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
METODOLOGÍA	4
1. CONCEPTOS GENERALES SOBRE GÉNERO, SEXO Y DETERMINANTES DE GÉNERO.	5
1.1. CONCEPTO DE GÉNERO	5
1.2. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO	6
1.3. MODELOS PSICOSOCIALES DE GÉNERO.....	8
1.4. ENFOQUE DE GÉNERO Y SALUD.....	9
2. SITUACIÓN DE SALUD DE HOMBRES Y MUJERES EN ESPAÑA	10
2.1. DETERMINANTES PSICOSOCIALES.....	10
2.2. LOS ESTILOS DE VIDA	11
2.2.1. EL CONSUMO DE DROGAS	11
2.2.1.1 TABACO.....	11
2.2.1.2 ALCOHOL.....	12
2.2.2 EL EJERCICIO FÍSICO Y EL SEDENTARISMO	13
2.2.3 OBESIDAD/ SOBREPESO	15
2.3 EL TRABAJO.....	16
2.3.1 TRABAJO REPRODUCTIVO	16
2.3.2 EL TRABAJO PRODUCTIVO.....	18
2.4. INDICADORES DE SALUD	19
2.4.1 ESPERANZA DE VIDA.....	19
2.4.2 PERCEPCIÓN DE LA SALUD	20
2.4.3 MORTALIDAD	21
2.4.4 MORBILIDAD	21
2.4.5 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.....	22
2.5 VIOLENCIA DE GÉNERO.....	23
3. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD Y PROPUESTAS PARA MINIMIZARLAS	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

RESUMEN:

Las desigualdades en salud entre hombres y mujeres se han atribuido a las diferencias biológicas existentes entre ambos, como son, la información genética, hereditaria y fisiológica. Pero se ha demostrado, con numerosas investigaciones, que no solo estos factores condicionan la salud de hombres y mujeres, sino que todo su contexto social, los roles que se atribuyen y los estereotipos que les rodean. Todos estos factores sociales se engloban con el concepto de género.

Cada vez son más las investigaciones que integran la perspectiva de género, para analizar las necesidades de hombres y mujeres y visualizar las diferencias en salud. Con el fin de lograr la equidad de género, se han ido desarrollando diferentes medidas para minimizarlas en las políticas públicas, tanto en el ámbito social como sanitario.

En este trabajo se explica el concepto de género, se muestra la situación de salud de hombres y mujeres en España y las medidas propuestas y desarrolladas para minimizar las desigualdades de género que existen.

Palabras clave: Género, Salud y Desigualdades en la salud.

ABSTRACT:

Health inequalities between men and women have been attributed to biological differences between the two, such as, genetic information, hereditary and physiological. But it has been shown, in numerous studies, that not only these biological factors influence the health of men and women, but the whole social context, roles that are attributed and stereotypes that surround them, they most affect on your health. All these social factors are included in the concept of gender.

More and more research that integrate a gender perspective to analyze the needs of men and women and visualize the differences in health. In order to achieve gender equality, have developed various measures to minimize public policy, both in the social and health.

This paper explains the concept of gender, shows the health status of men and women in Spain and the measures proposed and developed to minimize gender inequalities that exist.

Key words: Gender, Health and Health Inequalities.

INTRODUCCIÓN

La salud de hombres y mujeres tiene grandes diferencias que se deben a diversos factores. Estos a su vez se pueden dividir en dos grandes grupos, los factores biológicos que comprenden la información genética, hereditaria y fisiológica, y los factores sociales, donde se originan las diferencias a raíz de la socialización, los roles y estereotipos vividos de diferente manera en cada cultura entre hombres y mujeres. A estos factores sociales se les atribuye el concepto de género para así poder definirlo de una manera unificada.

El concepto de género tiene una historia reciente, data de finales del siglo XX, originado en los movimientos sociales feministas. Hace referencia a que las diferencias están relacionadas con la cultura y el contexto social que tiene cada persona por el hecho de pertenecer a un sexo u otro. Se define como un concepto social relativo a los roles, relaciones, responsabilidades, valores, actitudes y formas de poder, construidos socialmente y que se asignan a hombres y mujeres. Los diferentes roles adquiridos y que son propios de cada sociedad pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre hombres y mujeres que benefician o afectan a uno de los dos grupos. La evidencia de estas diferencias en salud ha provocado la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas, en el ámbito social y en el sanitario.

Actualmente las investigaciones relacionadas con la salud integran en sus estudios una visión de género, porque recopilan la información en función del sexo y la analizan de manera independiente. De esta manera reconocen las necesidades concretas de hombres y mujeres.

La importancia de analizar este tema radica en la gran repercusión que tiene en la salud de las personas y en su actualidad, ya que hoy en día continúan existiendo desigualdades. A pesar de que haya una clara evolución dirigida a la igualdad entre sexos, la mujer continúa situándose en un nivel inferior al hombre. Por lo tanto, es crucial entender el concepto de género y aplicarlo en todo lo relacionado con la salud de hombres y mujeres, para así poder llegar a visualizar las desigualdades existentes y poder minimizarlas. También debe formar parte de la perspectiva en futuras investigaciones científicas, que nos ayuden a tener mayores conocimientos respecto a las diferencias entre hombres y mujeres. Un buen comienzo para minimizar estas desigualdades es tomar conciencia de la relevancia del tema en la vida de las personas, porque una vez conocida la causa es más fácil encontrar soluciones.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre los determinantes de género y su influencia en la salud; describir la situación de salud de hombres y mujeres en España y analizar las diferencias en salud desde el enfoque de género. Y por último describir algunas medidas e intervenciones destinadas a minimizar las desigualdades en salud existentes entre hombres y mujeres en España.

En el primer capítulo se relatan los antecedentes históricos del concepto de género desde su origen hasta el concepto actual así como otros términos y conceptos relacionados, para facilitar la comprensión del tema.

En el segundo capítulo se exponen las diferencias en salud de hombres y mujeres en España mediante los determinantes psicosociales, los estilos de vida y los indicadores de salud.

Y por último, en el tercer capítulo, se reflexiona sobre las desigualdades en salud debidas al género, extraídas de los capítulos anteriores y se exponen algunas medidas que se están desarrollando para minimizarlas.

METODOLOGÍA

La búsqueda de información utilizada para la elaboración de este trabajo ha sido fundamentalmente en bases de datos, como "Dialnet", libros, guías y datos estadísticos de la Encuesta Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad. El periodo de búsqueda se realizó desde Enero del 2013 a Junio de 2013.

He realizado una búsqueda de información general, tras una lectura exhaustiva de todo el contenido he excluido aquellos artículos que no presentaban acceso directo, no son suficientemente rigurosos y actuales y los de lengua diferente al español.

El trabajo está elaborado según las normas del estilo Vancouver. Me he ayudado del programa "Refworks" para la realización de las referencias bibliográficas importadas desde "Google Académico".

1. CONCEPTOS GENERALES SOBRE GÉNERO, SEXO Y DETERMINANTES DE GÉNERO.

1.1. CONCEPTO DE GÉNERO

El género tiene una historia reciente, data de finales del siglo XX, originado en los movimientos sociales feministas. Surgió de unas académicas feministas anglosajonas, en los años setenta, que sintetizaron la propuesta intelectual de la filósofa francesa Simone de Beauvoir y la concretaron en el concepto de género.

Simone de Beauvoir planteó por primera vez el concepto de género en su obra “El segundo sexo”, en 1949, con la frase “No se nace mujer: llega una a serlo” (1, 2). A dicha autora se le reconoce haber sido una de las pioneras del feminismo contemporáneo, en aspectos políticos y reivindicativos pero también por su aportación a la Teoría Feminista y al concepto de género. Tras su contribución y la de muchos otros autores se establece el concepto de género que hoy en día conocemos como un concepto social y construido, relativo a los roles, relaciones, responsabilidades, valores, actitudes y formas de poder que se asignan a hombres y mujeres (3, 4).

Con este término se pretendía consolidar la idea de que las diferencias entre hombres y mujeres eran una cuestión cultural y no biológica. Se impulsó para que hubiera una categoría de género en las investigaciones científicas, con la idea de poder hacer una diferencia social además de biológica (1, 5,6).

Este movimiento, además del objetivo científico de comprender mejor la realidad social, tenía un objetivo político: distinguir que las características humanas consideradas “femeninas” eran adquiridas por las mujeres mediante un proceso individual y social, en vez de derivarse “naturalmente” de su sexo. De esta manera se hacía una clara diferenciación entre el sexo, como lo relativo a lo biológico y el género que comprendía todo lo social. Y al darse cuenta de que las diferencias entre hombres y mujeres eran mayoritariamente por los factores sociales y no biológicos, como siempre se creía, se comprendió que se podrían disminuir las desigualdades si se modificaban las ideas culturales que llevaban a ello. Y de esta manera se ampliaba la base teórica a favor de la igualdad de las mujeres (7).

Al mismo tiempo que surgieron estos movimientos feministas comenzaron a elaborarse los estudios de género. En Estados Unidos se realizan estudios sociales, donde la variable principal es el género, que unifican las corrientes sociopolíticas y el carácter científico de las investigaciones con el objetivo de denunciar las desigualdades en este aspecto. En estos últimos años se han desarrollado los estudios de género en diversos ámbitos e intentan acercarse de una forma analítica y científica a todas aquellas diferencias culturales, sociales y biológicas que pueden existir entre las dos categorías de género masculino y femenino (5).

La Organización Mundial de la Salud afirma que:

El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria (8).

La Unión Europea lo define como un: “Concepto que hace referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura” (9).

A modo de resumen el término género se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que el de sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente.

Es importante aclarar que género no es sinónimo de “mujer” ni de “sexo” (6, 10). No equivale a “mujer” ya que el concepto no se aplica a la mujer ni el hombre en sí mismo, sino a las relaciones de desigualdad entre ellos en torno a los recursos, las responsabilidades y el poder (10). Tampoco equivale a “sexo” puesto que este concepto hace referencia a la clasificación biológica de hembra/macho que posibilitan la reproducción sexual (11, 12). Suele usarse para designar diferencias anatómicas, físicas y fisiológicas entre hombres y mujeres; como los caracteres sexuales secundarios, hormonas, las gónadas o los cromosomas sexuales (12). Las categorías sexuales incluyen: sexo masculino, sexo femenino, intersexual, que son las personas que nacen con caracteres sexuales de ambos sexos (13) y transexual, que son aquellas que mediante tratamiento hormonal e intervención quirúrgica adquiere los caracteres sexuales del sexo opuesto (3, 12, 13).

El sexo y el género no son mutuamente excluyentes, ya que no se puede hablar de género sin hablar de sexo. Por ejemplo, el hecho de que las mujeres den a luz a los hijos es un aspecto de sexo. Y el hecho de que mayormente sean las mujeres, y no los hombres, quienes pasan mucho tiempo cuidando a los hijos es un aspecto de género.

El género es un concepto complejo y por ello es necesario exponer sus características, para así poder entenderlo mejor e interiorizarlo y no confundirlo con el término sexo. El género es (6, 12, 14):

- *Relacional*: no se refiere a mujeres o a hombres aisladamente, sino a las relaciones que se construyen socialmente entre unas y otros.
- *Jerárquico*: porque las diferencias entre mujeres y hombres tienden a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con lo masculino, produciéndose relaciones desiguales de poder.
- *Cambiante*: ya que los roles y las relaciones se modifican a lo largo del tiempo, siendo susceptibles a cambios por medio de intervenciones.
- *Contextualmente específico*: porque las relaciones de género varían de acuerdo a los diferentes contextos determinados por la edad, la clase, la edad, la cultura, la religión, etc.
- *Institucionalmente estructurado*: porque se refiere no sólo a las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social que se apoya en valores, religión, legislación, etc.

1.2. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Los estereotipos de género se definen como las creencias compartidas acerca de las características de los roles típicos que los hombres y las mujeres deben tener y desarrollar en una etnia, cultura o en una sociedad (15).

Según la Real Academia Española estereotipo es “la imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable” (13).

Estos estereotipos determinan la vida de las personas por el hecho de nacer hombres o mujeres; este condicionamiento repercute en su salud y en sus propios hábitos de vida. Los estereotipos son transmitidos de generación en generación y con el tiempo estos se ven como algo natural e innato, es decir, se asumen como verdades absolutas respecto a cómo son los hombres y las mujeres. Los estereotipos se encuentran fuertemente arraigados en la sociedad controlando las pautas de comportamiento que deben tener hombres y mujeres, existiendo por lo general una discriminación en las mujeres por considerarlas inferior a los hombres. Por lo tanto, los estereotipos deforman la realidad y en ocasiones se han utilizado para evidenciar y legitimar las situaciones de desigualdad de las mujeres con respecto a los hombres en todas las sociedades (16).

En la siguiente tabla se muestra una lista de los distintos rasgos, roles, características físicas y cognitivas que son propios del género masculino y del femenino culturalmente estereotipados por la sociedad.

Tabla 1. Características de los estereotipos masculino y femenino

	Rasgos	Roles	Caracteres físicos	Destrezas cognitivas
ESTEREOTIPO MASCULINO	Activo, decidido, competitivo, superioridad, independiente, persistente, seguro de sí, fortaleza psíquica.	Control económico, cabeza de familia, proveedor finanzas, líder, bricolaje, iniciativa sexual, gusto deporte TV.	Atlético, moreno, espaldas anchas, corpulento, muscular, fuerza física, vigor físico, duro y alto.	Analítico, exacto, pensamiento abstracto, destreza numérica, capacidad para resolver problemas, razonamiento matemático, destreza cuantitativas.
ESTEREOTIPO FEMENINO	Dedicación a otros, emotivo, amabilidad, consciente de los sentimientos de otros, comprensivo, cálido, educado.	Cocina habitualmente, hace compra casa, se ocupa de la ropa, se interesa por la moda, fuente de soporte emocional, se ocupa de los niños, atiende la casa.	Belleza, ser "mono", elegante, vistoso, gracioso, pequeño, bonito, sexy, voz suave.	Artístico, creativo, expresivo, imaginativo, intuitivo, perceptivo, tacto, destrezas verbales.

Fuente: Filosofía del género, 1998.

Recopilando la diversidad del contenido que se ofrece en esta tabla, se puede afirmar que la idea de feminidad se vincula con los rasgos de dulzura y comprensión, pero también con llevar el mando en las tareas domésticas, con tener rasgos físicos suaves y con aficiones tales como salir de compras. Por el contrario, el prototipo masculino se asocia con rasgos de fortaleza tanto física como psíquica, el rol característico de cabeza de familia y con el principal control económico (15).

Con respecto a la expresión de emociones, la rabia y el orgullo se relacionan más con lo masculino y el amor, la culpa, el miedo o la preocupación se vinculan más con lo femenino (15).

1.3. MODELOS PSICOSOCIALES DE GÉNERO

A lo largo de la historia, los hombres y las mujeres, han ido cambiando su manera de relacionarse, sus actividades e ideales en la vida. Todo esto se debe a la mentalidad característica de cada época, al contexto social y económico que los rodea y a la cultura propia de cada sociedad. El conjunto de estos factores son los que los condicionan a llevar una vida determinada y a asumir roles concretos para alcanzar el ideal de masculinidad y feminidad que se determina en cada momento. La evolución de estas características en nuestra sociedad, se pueden agrupar en tres modelos de socialización de género: el tradicional, el de transición y el contemporáneo, que pueden coexistir en una misma sociedad (1, 17).

El modelo tradicional (1, 17) se desarrolla hasta finales del siglo XIX, aunque en la actualidad se encuentra vigente en el mundo occidental en las generaciones más mayores. Un claro indicador de esto es que en España un 67,3% de las mujeres son amas de casa.

Lo más característico de este modelo es la división sexual del trabajo, donde el rol de las mujeres es la maternidad, el cuidado de personas dependientes y la limpieza del hogar. Las mujeres han de tener un espíritu de entrega, subordinación y pasividad. El hombre trabaja fuera de casa, siendo el principal sustento económico y sus características principales son el poder, la propiedad y ser el cabeza de familia.

Existe una relación patriarcal entre hombres y mujeres, basada en la jerarquía del hombre y la subordinación de la mujer. El matrimonio es una pieza clave para esta relación y es lo que está bien visto en esta sociedad.

En los inicios del siglo XX comienza a coexistir un nuevo modelo, *el de transición* (1, 17) que, como su nombre indica, es una evolución del antiguo. En este momento se produce la salida del hogar de las mujeres y el comienzo del acceso a la educación, al mundo laboral y al ámbito público. Es un cambio muy importante en su vida que rompe con los valores tradicionales de sumisión.

Por lo tanto el sustento económico familiar ahora se encuentra repartido entre el hombre y la mujer. Pero lo que se encuentra desigualmente distribuido es el cuidado de los hijos y de las personas dependientes y la limpieza del hogar, que lo realizan mayoritariamente las mujeres. Esto les lleva a realizar una doble jornada, porque tienen que compaginar los valores tradicionales de sostén y entrega a la familia y los relacionados con sus proyectos de trabajo.

El modelo contemporáneo (1, 17) se ubica en la segunda mitad del siglo XX y XXI, en una sociedad cuyo objetivo principal es la producción y el consumo de bienes materiales y en la que priman los intereses individuales y el éxito personal y social. Lo distintivo de las personas es su imagen corporal que ha de reflejar su éxito, belleza y confort.

Las relaciones entre hombres y mujeres no están jerarquizadas, son igualitarias. No se le da tanta importancia al matrimonio como núcleo familiar y de sustento y se le da más valor a las relaciones de amistad que tiende a ser más sólidas y duraderas.

En este caso las características ideales de feminidad y masculinidad son iguales para ambos, ya que tienen el objetivo común de desarrollar su carrera profesional y representar su éxito mediante un cuerpo delgado y fantástico.

1.4. ENFOQUE DE GÉNERO Y SALUD

De acuerdo con lo anterior, se adopta un enfoque o perspectiva de género cuando se analizan las diferencias y desigualdades existentes entre mujeres y hombres. La Comisión Europea afirma que cuando se adopta una perspectiva de género “se trata de tomar en consideración y prestar atención a las diferencias entre mujeres y hombres en cualquier actividad o ámbito dados de una política” (9).

El análisis de género estudia, define e informa de las medidas encaminadas para hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y del hombre, o de las desiguales relaciones de poder que existen entre ellos y las consecuencias que suponen éstas en su vida, su salud y su bienestar.

El análisis de género en materia de salud suele poner de manifiesto que las desigualdades provocan un mayor perjuicio en la salud de las mujeres, una mayor limitación para alcanzar la salud y hacer frente y superar esas limitaciones. Pero también pone de relieve los riesgos y problemas de salud que padecen los hombres como resultado del papel social que desempeñan (11).

Usar un enfoque de género en salud es tener en cuenta que existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo y que, debido a ello, pueden existir diferencias en su estado de salud y en la atención sanitaria que reciben hombres y mujeres. También ha de tener en cuenta las relaciones de género y la jerarquía que existe entre ambos sexos y que las posibles diferencias en salud pueden resultar discriminatorias, ser injustas y evitables; es decir, que pueden ser desigualdades e inequidades (17).

Por lo tanto, el género es uno de los ejes fundamentales que organizan la vida social, puesto que hace una diferenciación de funciones sociales, sumando o restando oportunidades. Y todos estos roles adquiridos culturalmente que cambian entre diferentes sociedades e incluso en sectores de una misma sociedad, repercuten directamente en la salud de las personas; por lo que el género se considera un determinante de salud (12).

2. SITUACIÓN DE SALUD DE HOMBRES Y MUJERES EN ESPAÑA

En este apartado se desarrollan las condiciones de vida de hombres y mujeres y su repercusión en la salud. Existen muchos factores que interfieren en la salud de las personas a los que se denomina determinantes de salud. Desde una perspectiva de género se mostrará la influencia en la salud de los determinantes psicosociales y socioeconómicos y los estilos de vida así como la situación de salud de hombres y mujeres en España (1, 17).

2.1. DETERMINANTES PSICOSOCIALES

Estos factores engloban todas las vivencias de hombres y mujeres influidas por los ideales de feminidad y masculinidad propios de cada cultura que están relacionados con los modelos de socialización de género, en función de los cuales se pueden explicar los diferentes problemas de salud que padecen y, también, la manera en que lo afronta cada uno (1, 17).

Los aspectos que influyen negativamente en la salud de las mujeres en el *modelo tradicional* son debidos a la desvalorización y a la dependencia afectiva y económica de su pareja. Al pasar tanto tiempo en el hogar y al cuidado de la familia se encuentran aisladas de la esfera pública y cuentan con pocas redes de apoyo social. Para muchas de ellas esto puede llegar a ser una fuente de estrés y frustración, al sentirse atrapadas en un rol que no desean y no ver la posibilidad de salir de esa situación. El estrés favorece la aparición de problemas de salud y puede suponer un factor de riesgo para otras enfermedades (18).

En el caso de los hombres, el papel que ejercen de poder y superioridad favorece llevar a cabo conductas de riesgo y hábitos tóxicos, como relaciones sexuales de riesgo o conducción temeraria y el consumo de drogas. Por otra parte, la no exteriorización de las emociones y de la vulnerabilidad puede retrasar la búsqueda de asistencia sanitaria, cuando tienen problemas en su salud física o mental (1, 4).

En el *modelo de transición* las mujeres viven una sobrecarga de roles. Se mantienen los tradicionales de ama de casa y cuidadora de personas dependientes e hijos y se añade el trabajo fuera de casa. Esta sobrecarga produce efectos negativos en su salud cuyos síntomas pueden ser, entre otros, depresión, agotamiento, lumbalgia, ansiedad, tristeza, enfermedades osteoarticulares y dolor crónico. También, suelen aparecer síntomas mal definidos como cefaleas, dispepsias, astenia y mareos (1). El empleo proporciona algunos beneficios, como aumento de la autoestima y de la confianza, de la capacidad de decidir, del apoyo social y de experiencias que aumentan la satisfacción personal. Además, el salario contribuye a la independencia económica y amplía su poder en la unidad familiar. Muchos estudios afirman que las mujeres empleadas gozan de mejor salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa (19).

Los varones de este modelo abandonan las conductas de riesgo y comienzan a adquirir roles, considerados tradicionalmente como femeninos y que pueden estar mal vistos por el entorno, como el de cuidador (17).

Los aspectos negativos que se plantean en el *modelo contemporáneo* son iguales para la parte femenina como masculina. En los dos el ideal es un cuerpo modélico y eternamente joven; esto conduce a llevar a cabo dietas muy restrictivas que perjudican a la salud. Además, se le suma un consumo compulsivo de productos relacionados con la apariencia, como ropa y cosméticos, pero, a pesar de ello, se sienten insatisfechos con su imagen corporal. Esto puede acarrear enfermedades como anorexia y vigorexia (1, 17). Por otra parte, cada vez se retrasa más la edad

de tener hijos, por no encontrar a la pareja ideal o por proyectos laborales, lo que lleva a tener problemas de fertilidad y una mayor demanda en reproducción asistida (1, 17).

Con toda esta evolución en los modelos sociales se puede entender mejor los estados de salud de las personas, las quejas y molestias que padecen e, incluso, las causas de mortalidad (1).

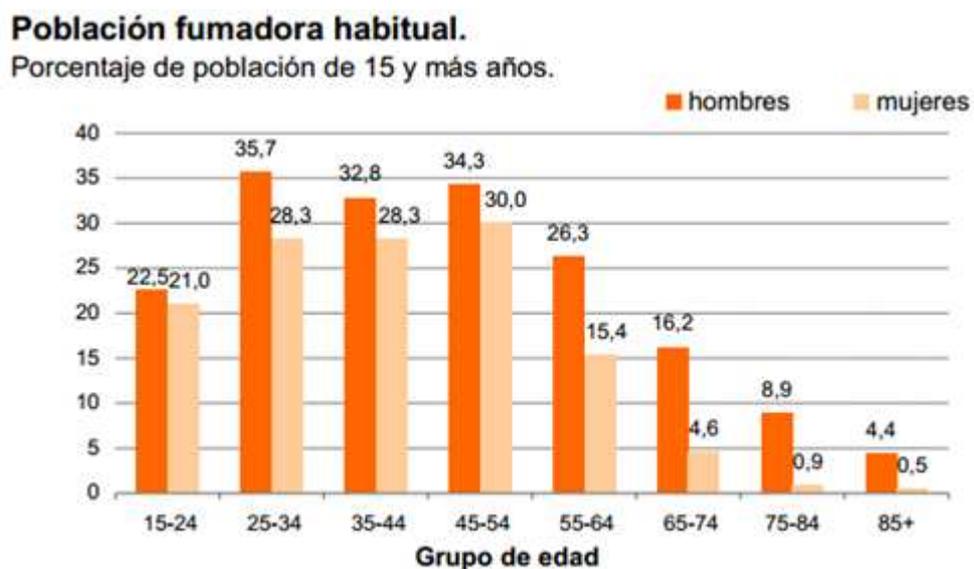
2.2. LOS ESTILOS DE VIDA

2.2.1. EL CONSUMO DE DROGAS

2.2.1.1 TABACO

El tabaquismo continúa siendo en España, la principal causa de mortalidad evitable y el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardíacas, bronquitis crónica, enfisema y cáncer de pulmón, entre otros, que afectan por igual a hombres y mujeres. Pero las consecuencias en la salud de las mujeres conllevan unos riesgos específicos que afectan a las áreas ginecológicas y de reproducción. Por ejemplo, las mujeres fumadoras que además toman anticonceptivos orales, tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El tabaco también está relacionado con una reducción de la fertilidad y problemas durante la gestación y en la menopausia (20, 21).

En España el hábito tabáquico es más frecuente en hombres que en mujeres en todas las edades, con importantes diferencias que aumentan a partir de los 55 años. El mayor porcentaje de hombres fumadores se sitúa en la franja de 25 a 34 años, mientras que las mujeres fuman más entre 45-54 años, como podemos observar en el siguiente gráfico (22).

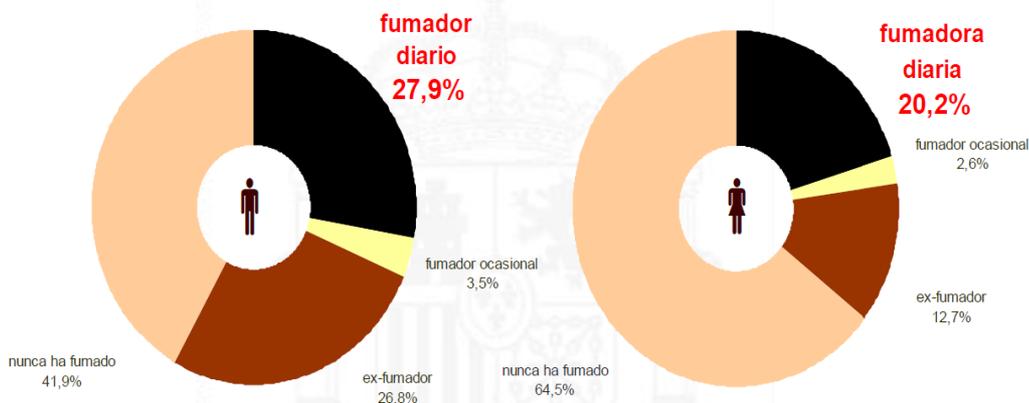


Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012

Son significativas las diferencias globales de consumo entre hombres y mujeres, aunque los primeros están abandonándolo en mayor medida. Sin embargo son muchas más las mujeres que nunca han fumado, como comprobamos en los siguientes gráficos (22).

Consumo de tabaco

población de 15 y + años



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012

El consumo de tabaco ha descendido ostensiblemente en los hombres en las dos últimas décadas, mientras que en las mujeres se produjo un aumento importante en la primera y un ligero descenso y estabilización en la siguiente (1, 17, 23). Este aumento del consumo en las mujeres coincide con su incorporación al mercado laboral y a la vida pública y, los hombres, en cambio siempre han estado asociados con él. Podemos observar en el gráfico esta evolución (24).

Fumadores - evolución

población de 15 y + años



*2011/12 población 15+ años.
Resto serie 16+.

PRESENTACION ENSE 2011-2012

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012

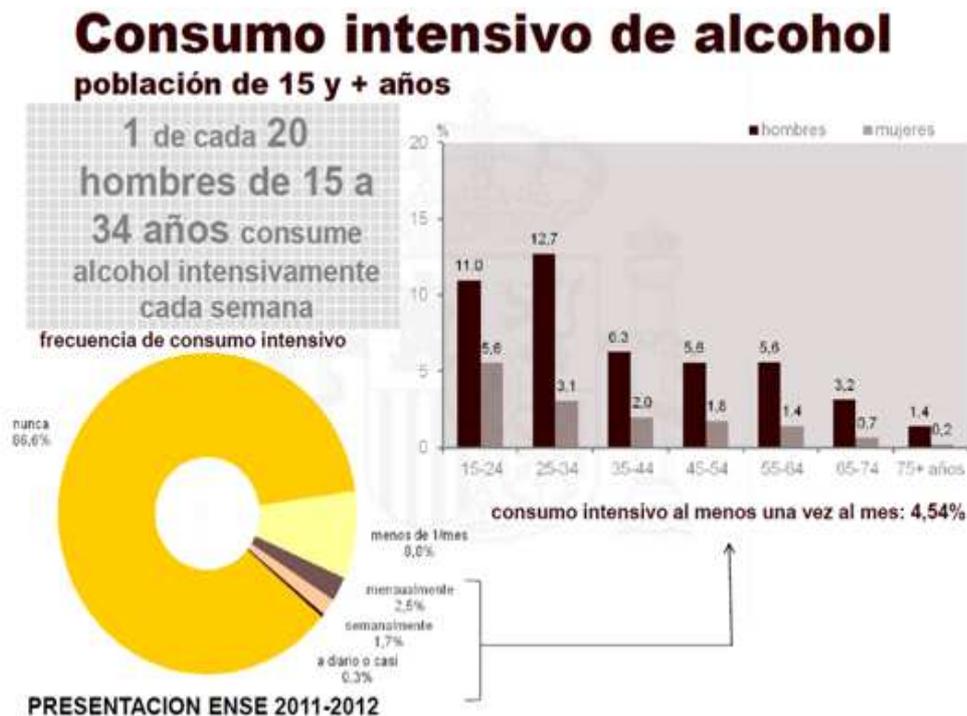
2.2.1.2 ALCOHOL

El consumo de alcohol puede producir un amplio rango de problemas de salud físicos, agudos y crónicos, como intoxicación y coma, cirrosis o encefalopatía hepática, y mentales, como trastornos psicósomáticos y depresión que afectan tanto a hombres como mujeres, aunque, a igual consumo, los efectos pueden ser mayores en ella debido a su mayor vulnerabilidad

biológica. Además, se asocia con frecuencia a conductas de riesgo, violencia y problemas sociales, laborales y familiares (23).

En España el consumo intensivo de alcohol es mucho mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad (22) y, también, son diferentes los patrones de consumo. Las mujeres tienden a consumir en casa, su inicio es más tardío y suelen resistirse más a buscar ayuda terapéutica (25).

El consumo ha sufrido un descenso tanto en hombres como en mujeres y en todas las franjas de edad, menos en la población joven, en la que ha aumentado considerablemente (22). En las mujeres tiene una evolución similar al de tabaco, coincidiendo, también, con su incorporación al mercado laboral (1).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012.

2.2.2 EL EJERCICIO FÍSICO Y EL SEDENTARISMO

El sedentarismo es un grave problema para la salud pública en la actualidad aunque en los últimos años existe una mayor concienciación sobre los beneficios que aporta a la salud.

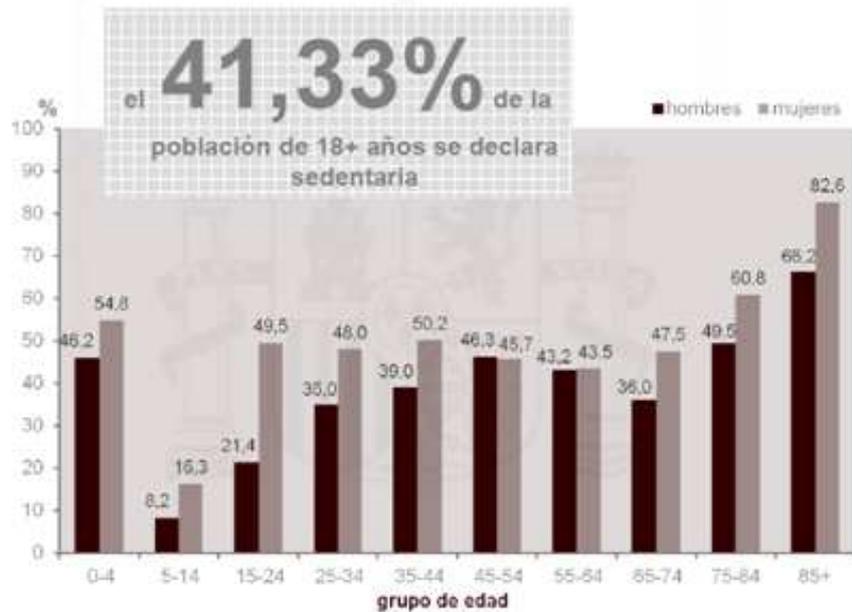
Una gran variedad de estudios han asociado la actividad física con un incremento en la salud y el bienestar de las personas. Además, se considera un factor protector frente a enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, osteoporosis e incluso enfermedades mentales, como ansiedad y depresión (23, 24).

La realización de actividad física se está incrementando de manera creciente en los últimos años, tanto en hombres como en mujeres.

Tradicionalmente las mujeres españolas han realizado poca actividad física aunque en los últimos años se está invirtiendo la tendencia (1). De modo que aunque globalmente son más

sedentarias que los hombres, las del grupo de 45 a 54 años son ligeramente más activas, como se refleja en las gráficas siguientes (22).

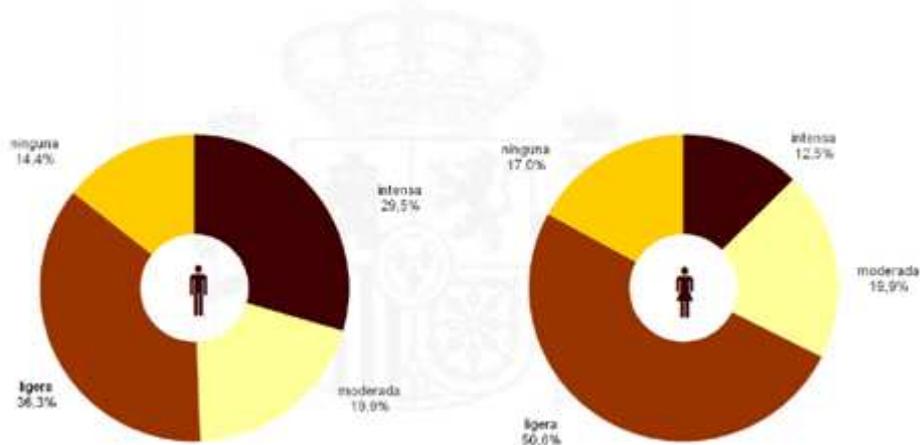
Sedentarismo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012.

Las mujeres realizan más ejercicio ligero y los hombres realizan más actividad intensa. En lo referente al ejercicio moderado lo realizan en similares porcentajes unas y otros (22).

Actividad física población 15-69 años. IPAQ



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012

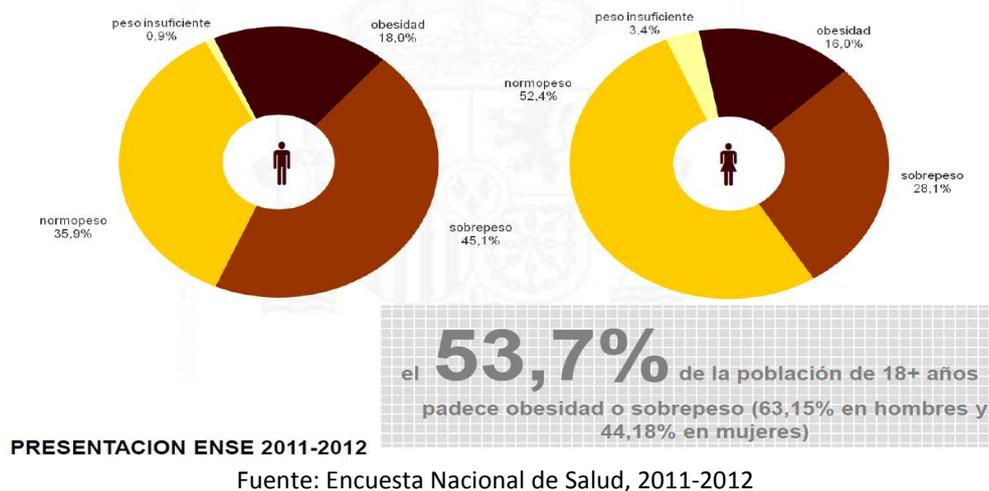
2.2.3 OBESIDAD/ SOBREPESO

La obesidad es una patología muy grave en nuestra sociedad y la segunda causa de muerte evitable. Además incrementa el riesgo de padecer otras patologías como la hipertensión arterial, la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes cerebro vasculares, la diabetes tipo II y algunos tipos de cáncer (26).

En España más de la mitad de la población padece obesidad o sobrepeso, siendo en ambos casos el porcentaje bastante mayor en hombres que en mujeres. En el caso de la obesidad los porcentajes son similares, pero en el sobrepeso los hombres casi duplican el porcentaje de mujeres (22).

Ocurre lo contrario con la insuficiencia de peso que es muy superior en mujeres que en hombres (22).

Índice de masa corporal (IMC) adultos población 18 y + años



La evolución de este problema de salud sigue en aumento para ambos sexos, aunque más marcadamente en hombres que en mujeres (22).

Obesidad y sobrepeso adultos - evolución población 18 y + años



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012

2.3 EL TRABAJO

El trabajo merece una consideración especial por la gran repercusión que tiene en la salud de las personas (17). Las desigualdades presentes en los trabajos influyen en la salud de hombres y mujeres y hacen que perciban su salud y enfermedad de manera diferente (11).

El trabajo lo podemos clasificar en dos tipos. El primer tipo es el trabajo reproductivo, que hace referencia a las tareas relacionadas con el cuidado de la casa y la familia y, el segundo, el productivo, que es el remunerado. Los dos tipos de trabajo tienen una relación directa con el género, ya que en la sociedad se han ido delimitando los trabajos que son propios para hombres y mujeres (11).

2.3.1 TRABAJO REPRODUCTIVO

En España, los datos muestran que las tareas tanto de la limpieza del hogar como el cuidado de personas con discapacidades y de los hijos, lo realizan con un mayor porcentaje las mujeres (22).

Antiguamente el trabajo doméstico se ha considerado como algo natural e innato del género femenino (17). Tras la incorporación de la mujer al mercado laboral, en muchos casos se ha seguido manteniendo este pensamiento y la mujer ha tenido que compaginar los dos trabajos al mismo tiempo. Esta situación de doble jornada laboral y sobrecarga de roles produce una disminución en su bienestar y calidad de vida (1, 11). La falta de apoyo y participación en el trabajo reproductivo imposibilita el desarrollo laboral y profesional de muchas mujeres y obliga a otras a aceptar empleos a tiempo parcial y peor remunerados, para poder compaginar el trabajo productivo y reproductivo (1, 15).

Cuidados en el entorno familiar

principal responsable
población de 15 y + años



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012.

Los datos recogidos en el año 2006-2010 muestran que la participación de trabajadores varones a tiempo parcial ha aumentado ligeramente, mientras que en las mujeres ha sido siempre superior y constante (27).

Pero es importante saber cuál es el motivo que lleva tanto a mujeres y hombres a acceder a este tipo de trabajo y así ver, si se producen diferencias de género. En España en 2010, los motivos principales de las mujeres para trabajar a tiempo parcial son las tres siguientes: por no poder encontrar trabajo a tiempo completo, por cuidar tanto de niños como de adultos dependientes, enfermos o mayores y por no querer un trabajo a jornada completa. Y en el caso de los hombres, los principales motivos son los siguientes: no poder encontrar trabajo de jornada completa, otros motivos no especificados, y seguir cursos de enseñanza o formación (27).

Los datos en España en el año 2010 muestran que a la hora de tener hijos son las mujeres, las que en mayor medida, renuncian al mundo laboral para hacerse cargo de ellos. Por el contrario, es mayor el número de hombres que trabajan teniendo hijos que los que no los tienen (27).

Razones del trabajo a tiempo parcial en España. 2010
(población de 16 a 64 años)



Fuente: Encuesta de Población Activa. INE

Fuente: "Mujeres y hombres en España" 2011.

2.3.2 EL TRABAJO PRODUCTIVO

A pesar de que a lo largo de los años ha existido un gran aumento del número de mujeres que se han incorporado al mundo laboral, todo lo referente a la esfera pública continúa estando liderado por los hombres (15). Sin embargo, este avance no se ha producido de igual manera en todos los empleos, ya que las mujeres siguen concentrándose en profesiones caracterizadas como femeninas, generalmente menos valoradas, mientras que los hombres lo hacen en las propias masculinas, que por el contrario gozan de un mayor reconocimiento social y económico (15).

Esto quiere decir que existe una segregación en el trabajo, es decir, una concentración de mujeres y hombres en diferentes tipos y niveles de actividad y de empleo. Dentro de la segregación en el empleo existe una segregación horizontal y vertical. La segregación horizontal es la congregación de mujeres y/o hombres en sectores y empleos específicos, es lo que conocemos por "trabajos típicamente femeninos o masculinos". Y la segregación vertical es la agrupación de mujeres y hombres en grados y niveles específicos de responsabilidad, puestos de trabajo o cargos (19).

El mercado de trabajo en España presenta una profunda segregación horizontal por género. Los empleos más comunes en las mujeres son aquellas que comprenden las actividades del sector terciario asociadas con los estereotipos de servir y cuidar, como labores de limpieza, enseñanza a los más pequeños o el cuidado de la salud y la asistencia social (28).

En los hombres, los trabajos más comunes son las del sector primario, industriales y las ligadas a la construcción (28).

Además de la segregación horizontal, existe una clara segregación vertical por la cual la mayoría de las mujeres desempeñan puestos de trabajo de categoría media o baja y en cambio los hombres suelen ocupar aquellos de cualificación superior (19, 28).

Las mujeres que ocupan trabajos que históricamente eran de hombres, lo hacen en puestos de menor categoría. Mientras que los hombres que ocupan los puestos tradicionalmente de mujeres, son ascendidos a puestos con mayor responsabilidad (9). Y, en muchas ocasiones, cuando los dos ocupan posiciones similares, los salarios de los hombres son más altos (11).

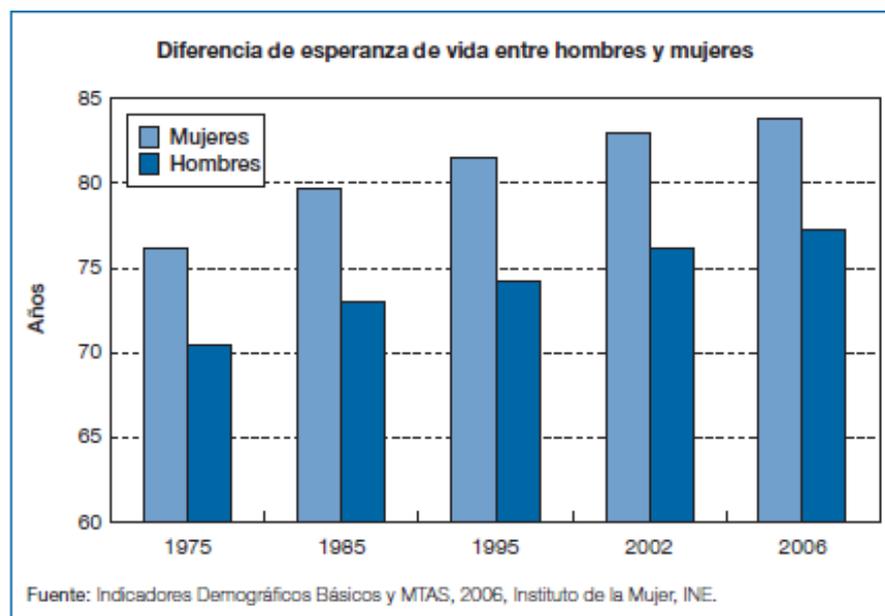
A consecuencia de la segregación de género existente en el mercado laboral, los hombres y las mujeres están expuestos a riesgos diferentes. Los más comunes en los hombres son aquellos de naturaleza física, exposición a productos tóxicos o derivados de la manipulación manual. Son más frecuentes las víctimas mortales, porque los tipos de trabajo y su entorno son más peligrosos (19) (17). Sin embargo, los riesgos de salud de las mujeres en el trabajo se derivan de movimientos repetitivos, posturas forzadas y con intensa exposición al público. Los problemas más frecuentes son el cansancio, el estrés y las dolencias músculo-esqueléticas (17).

2.4. INDICADORES DE SALUD

2.4.1 ESPERANZA DE VIDA

Desde principios del siglo XX se ha observado que las mujeres siempre han gozado de una mayor esperanza de vida que los hombres (24).

En España la evolución de la esperanza de vida en ambos sexos ha ido aumentando con los años de forma paulatina, siendo los porcentajes de las mujeres siempre muy superiores al de los hombres (27).



Fuente: Informe de Salud y Género 2006.

El aumento de la esperanza de vida que se produce en los países desarrollados, provoca una situación de envejecimiento en la población. Este aumento no implica que todos los años de vida

sean años en buen estado de salud porque pueden vivirse con menor calidad, con limitaciones e incapacidades (1, 24). Este tipo de información nos la dan los indicadores de esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud.

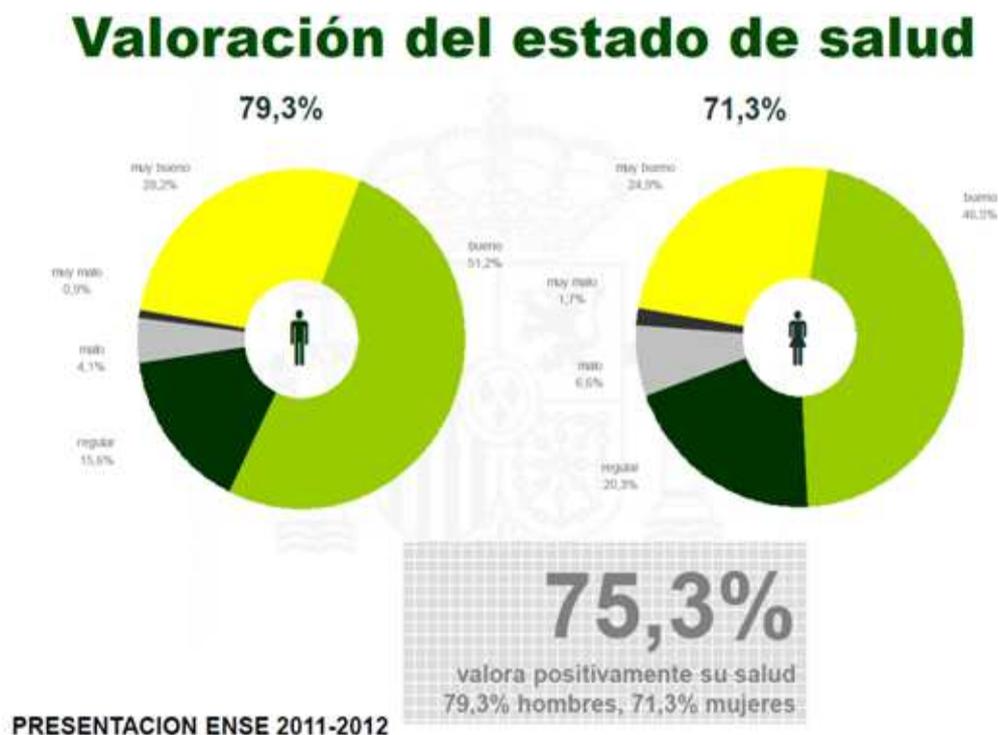
Estos indicadores muestran que el aumento en la esperanza de vida en las mujeres es a expensas de años vividos con incapacidad y con una peor salud percibida (1, 24).

2.4.2 PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Está demostrado que la salud percibida es peor cuando existe la presencia de sintomatologías físicas, enfermedades crónicas y dolor. También afectan las preocupaciones, el malestar psicológico y un estilo de vida no saludable (1).

En España los hombres tienen una percepción mejor de su salud que las mujeres en todos los grupos de edad, exceptuando en los más jóvenes cuya percepción está igualada para ambos sexos (22).

Tanto en hombres como en mujeres la valoración positiva de su salud disminuye con la edad, siendo los jóvenes los que tienen una mejor percepción y los ancianos los que la tienen peor (22).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012.

La valoración es diferente según el nivel de estudios y la clase social. Por lo general, a mayor nivel de estudios y clase social, la percepción subjetiva de la salud es mejor, tanto en hombres como en mujeres (1).

En relación con el trabajo que desempeñan, tanto hombres como mujeres, los que mejor percepción tienen son los estudiantes, en segundo lugar son los que trabajan, por detrás los desempleados, después los que se dedican al trabajo doméstico no remunerado, y por último, los incapacitados para trabajar (27).

Valoración positiva del estado de salud



PRESENTACION ENSE 2011-2012

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

2.4.3 MORTALIDAD

Las tres principales causas de muerte en España en 2011 por grandes grupos de enfermedades fueron las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio (29). La tendencia en los últimos años ha sido ascendente para tumores y enfermedades respiratorias; y descendente para las enfermedades circulatorias (29).

En el caso de los hombres la primera causa de muerte son los tumores, siendo el más frecuente el de bronquios y pulmón. La segunda causa se debió a las enfermedades del sistema circulatorio, ocupando el primer motivo de éstas las enfermedades isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho,...) (29).

En cambio, en las mujeres la primera causa de muerte lo ocupan las enfermedades del sistema circulatorio, siendo las más frecuentes las cerebrovasculares. La segunda causa de muerte se produce por tumores, siendo el de mama el más común (29).

2.4.4 MORBILIDAD

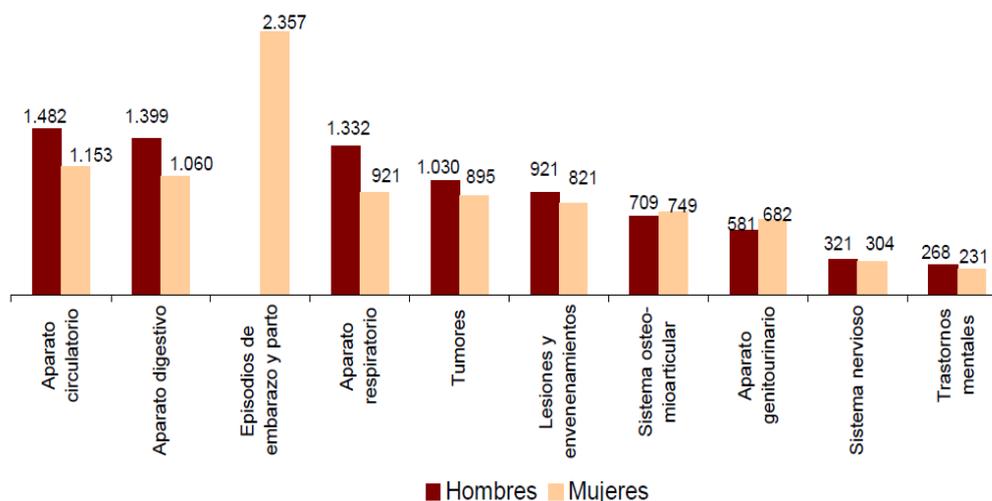
Las altas hospitalarias nos aportan información que permite evaluar la frecuencia de los problemas de salud en la población y permite planificar los servicios sanitarios, ya que de esta manera conocemos los que más frecuentemente se atienden en los servicios hospitalarios (24).

Los principales diagnósticos que produjeron hospitalizaciones fueron por enfermedades circulatorias, le siguieron el grupo de enfermedades del aparato digestivo, los episodios de embarazo, parto y puerperio, las enfermedades del aparato respiratorio y por último los tumores (24).

En el caso de los hombres, las enfermedades con mayor frecuencia de hospitalizaciones fueron las del aparato circulatorio, las del aparato digestivo y las del aparato respiratorio (29).

Y en las mujeres, los episodios de embarazo, parto y puerperio fueron la primera causa de hospitalización, le siguen las enfermedades del aparato circulatorio y las del digestivo (29).

Alta por cada 100.000 habitantes por grupos de diagnóstico más frecuentes y sexo. Año 2011



Fuente: Instituto nacional de estadística 2011.

En la población comprendida en el grupo de edad de entre 45 y 65 años, los hombres han necesitado una mayor atención hospitalaria que las mujeres. Esto podría deberse a que las enfermedades que padecen requieren con mayor frecuencia atención hospitalaria o que son derivados con más frecuencia al hospital, mientras que las mujeres utilizan más los servicios de atención primaria. También podría deberse a los condicionantes de género tradicional, que caracteriza a los hombres de fortaleza y ocultación de debilidad, que les hace que no acudan a los servicios sanitarios hasta que la enfermedad está avanzada (1).

2.4.5 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

En España en las dos últimas décadas se ha experimentado un aumento en la utilización de los servicios sanitarios. Pero a partir del 2006 las consultas, la hospitalización y la atención urgente han tenido un ligero descenso, mientras que la utilización de hospital de día se ha incrementado (22).

Por lo general, en todos los grupos de edad, las mujeres acuden más a la consulta médica ambulatoria que lo hombres. Los grupos de edades que se encuentran más igualados son los más jóvenes y los más mayores (22).

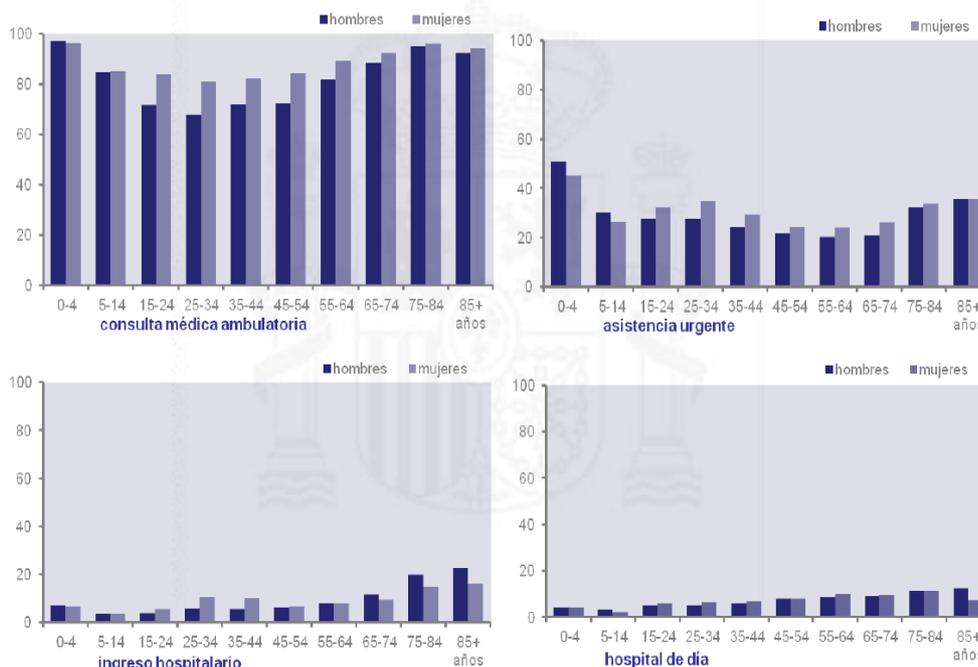
Existe una mayor demanda de asistencia urgente en mujeres que en hombres, menos en las edades más jóvenes que ocurre lo contrario. Estos porcentajes se igualan en las edades mayores (22).

Los hombres de 65 y más años ingresan más en el hospital que las mujeres. En cambio, las mujeres de 15 a 54 años ingresan más que los hombres. Y en los grupos de edades más jóvenes los porcentajes se encuentran igualados (22).

La utilización del hospital de día se encuentra muy igualado entre hombres y mujeres, menos en el grupo de edad de 85 y más años que es mucho mayor en hombres (22).

Uso de servicios sanitarios

% en el último año



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012

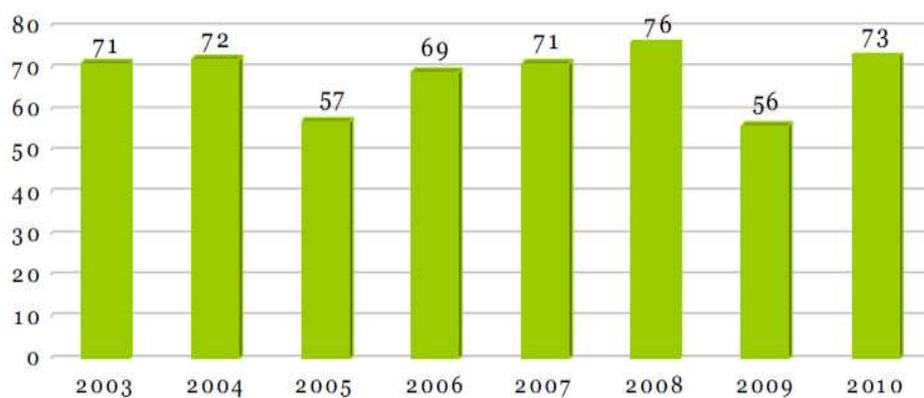
2.5 VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género es todo acto de violencia física o psicológica, donde se incluyen las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación de la libertad, que ejerce el hombre contra la mujer. El hombre tiene un enlace afectivo con esa mujer, puede ser su cónyuge, su ex cónyuge o su pareja sin haber llegado a convivir. Este tipo de violencia se produce como manifestación de la discriminación, de la situación de desigualdad y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres (27, 29).

En España en el año 2010 hubo 73 víctimas mortales por violencia de género. Del total de víctimas sólo 22 había denunciado previamente a su agresor. Este mismo año se produjeron por este motivo 134.105 denuncias, un número ligeramente inferior al de años anteriores (30).

El número total de víctimas que se produjo entre los años 2003-2010 fue de 545. En más de la mitad de las muertes el agresor fue su pareja o expareja. En este periodo de tiempo las cifras anuales han fluctuado, siendo en 2009 cuando se produjeron menos víctimas (30).

Total víctimas mortales: 545



Fuente: IV Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia de Género, 2011

En la Macroencuesta de Violencia de Género de 2011 se muestra que el 10,9% de las mujeres encuestadas afirma haber sufrido violencia de género alguna vez en su vida. Este porcentaje equivale a más de 2.150.000 mujeres. De ellas 1.560.000 han salido de esta situación, por lo que, en la actualidad, 600.000 mujeres sufren violencia de género. Desde 1999 ha aumentado significativamente el número de mujeres que ha logrado salir de la situación de violencia (31).

3. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD Y PROPUESTAS PARA MINIMIZARLAS

La salud de hombres y mujeres es diferente y desigual. Diferente porque existen factores biológicos que condicionan de distintas maneras la salud y los riesgos de enfermar. Desigual, porque hay factores sociales, explicados por el género, que afectan injustamente en su salud (11).

Es importante distinguir los términos de diferencias y desigualdades en salud. Si hablamos de diferencias nos referimos a todas las que son debidas a las características biológicas de los sexos (12). En cambio, cuando hablamos de desigualdad de género en salud, nos referimos, según cita la Organización Mundial de la Salud a las “diferencias en materia de salud entre hombres y mujeres, innecesarias, evitables e injustas” (11). Las desigualdades conllevan diferentes oportunidades que condicionan el estado de salud, la mortalidad, la posibilidad de enfermar y el acceso y la calidad de la atención sanitaria (12).

Es una realidad que las desigualdades presentes en hombres y mujeres no solo se deben a factores biológicos sino que, principalmente, se deben a factores sociales y económicos. Estas diferencias tienen relación con los distintos roles que desempeñan, con sus propios estilos de vida o con las condiciones en que desempeñan su trabajo, todos ellos condicionados por el género (23). Por lo general, estos condicionantes de género dejan a las mujeres en un lugar de subordinación y desventaja respecto a los hombres, generando discriminación, desigualdades e inequidades que repercuten negativamente en su salud. Esto se refleja, por ejemplo, en los datos sobre salud percibida, donde las mujeres declaran tener una peor salud que los hombres (17).

Resumiendo la situación de salud de las mujeres se podría decir que éstas tienen peor salud física y mental y que sufren trastornos psicoafectivos con una mayor frecuencia que los hombres. Además refieren un peor estado de salud, independientemente del grupo de edad, nivel de estudios, ocupación e ingresos económicos que posean. Esta situación se puede explicar tanto desde lo biológico como por el rol social que ejercen de cuidadoras en la familia, la violencia de género que sufren y la doble jornada que realizan (32).

La confirmación de la existencia de desigualdades de género en distintas culturas y a lo largo de la historia, ha llevado a reconocer internacionalmente la necesidad de buscar la igualdad entre hombres y mujeres (6). Por lo tanto lograr la equidad en salud consistiría en que todo el mundo tuviera la misma oportunidad de tener el máximo desarrollo posible de su salud. Al hablar de equidad de género, no nos referimos a que hombres y mujeres tengan exactamente los mismos recursos y servicios o que las tasas de mortalidad sean iguales, sino a que los recursos y los servicios sociosanitarios se organicen en función de las necesidades y riesgos de unos y otras (23).

Los hombres y las mujeres tienen diferentes problemas de salud, necesidades específicas y una manera distinta de concebir el proceso de salud y de enfermedad. Por lo tanto es necesaria una atención sanitaria que se adecúe a sus especificidades. También se debe incidir en la perspectiva de género en los profesionales de la salud, para eliminar los estereotipos y evitar que se produzca una atención sanitaria desigual a hombres y mujeres (32).

La investigación biomédica tiene una orientación androcéntrica y sesgada, se ha centrado en el estudio de los problemas, características y experiencias de los hombres y sus resultados se extrapolan a las mujeres, contribuyendo a su invisibilización. Las mujeres, en cambio, sólo han sido estudiadas en relación a los problemas derivados de la reproducción y la menopausia.

Esta situación contribuye a aumentar las desigualdades en la atención sanitaria porque se tiene poca información específica sobre los problemas que les afectan o el modo en que se manifiestan o los afrontan (32). Un ejemplo claro es el de las cardiopatías isquémicas, en las que, por estudiar a los hombres, se ha partido de que los síntomas eran los mismos. En cambio, la evidencia ha demostrado que no es así y, en consecuencia, el diagnóstico en las mujeres suele ser subestimado y tardío (12).

En 1995 se produjo la cuarta *Conferencia Mundial de la Mujer* en Pekín, en la que se resaltó la importancia de la planificación de políticas de salud encaminadas a conseguir la equidad de género en salud. A partir de este momento la Organización Mundial de la Salud toma entre sus prioridades disminuir las desigualdades de género en salud, tomando las medidas necesarias y muchos de sus Estados Miembros, entre los que se encontraba España, firmaron acuerdos en los que reconocen el género como un determinante de la salud. Uno de estos acuerdos fue la Declaración de Madrid, en el año 2001, que sostenía las siguientes premisas (33):

- Los hombres y las mujeres poseen el mismo derecho a tener el máximo desarrollo de su salud. Para ello es necesario que las políticas sanitarias tengan en cuenta que tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes, debido a sus diferencias biológicas y sociales (33).

- El género es considerado como un determinante de salud equitativo. Los hombres y las mujeres poseen distintos determinantes de salud, padecen diferentes patologías y desempeñan distintos roles, siendo infravalorados los de las mujeres. Esta situación influye en el acceso y control de los recursos, en el desarrollo personal y en la toma de decisiones a la hora de proteger su propia salud. Por lo tanto no tienen un mismo patrón de riesgo, ni una misma utilización de los servicios sanitarios, ni obtienen los mismos resultados de salud (33).

A partir de este momento se ha adquirido el compromiso de avanzar en el camino de la equidad e introducir la perspectiva de género como eje transversal en las estrategias de salud que se pongan en marcha (33).

En este sentido se han producido en España cambios importantes en los últimos años, como la inclusión de la perspectiva de género en la investigación sanitaria. Gracias a ella cada vez se dispone de más información acerca de la situación de salud de la población, lo que hace posible elaborar políticas y planes de actuación adecuadas a las necesidades de hombres y mujeres.

Se han creado organismos, como el *Instituto de la Mujer* o el *Observatorio de Salud de las Mujeres*. El primero, que es un organismo autónomo adscrito actualmente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha promocionado la integración de la perspectiva de género, tanto en la investigación como en los programas sociosanitarios. Su función es promover y fomentar las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social.

El *Observatorio de la Salud de las Mujeres* que es un organismo intersectorial cuyo objetivo es promover la disminución de las desigualdades en salud de género actuando desde la información, la investigación, la comunicación y formación (32).

En el *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011*, elaborado por la a Secretaría General de Políticas de Igualdad y el Instituto de la Mujer, se detallan los siguientes objetivos estratégicos sobre la salud (34):

- Objetivo 1: Promover la producción, publicación y difusión de información cualitativa y cuantitativa sobre la influencia del género en la salud y la atención de la salud.
- Objetivo 2: Promover la aplicación de la transversalidad de género a las políticas de salud, así como impulsar políticas específicas de salud de las mujeres.
- Objetivo 3: Contribuir a mejorar aspectos específicos de la salud de las mujeres, así como incidir en enfermedades de alta prevalencia, o sensibles al impacto de género.
- Objetivo 4: Impulsar la participación y empoderamiento de las mujeres en los procesos de salud.

Fuente: Plan Estratégico de Igualdad Oportunidades (2008-2011)

En Cantabria se ha elaborado desde 2004, de la mano de la Consejería de Sanidad, un *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres*. El *II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres 2008-2011*, se propone disminuir las desigualdades entre hombres y mujeres promoviendo la equidad en salud. Este plan aborda diferentes áreas de actuación, las relacionadas con la atención de las necesidades específicas de la salud de las mujeres y la atención a las desigualdades de género (salud reproductiva, lactancia materna, cáncer de mama, desigualdades de género en los servicios sanitarios,...) (35).

En relación con las desigualdades de género en los Servicios Sanitarios se plantearon los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL: Sistematizar el análisis de las diferencias por sexo en los servicios públicos de salud con el fin de identificar la existencia de desigualdades y promover la equidad de género en la atención.

OBJETIVO 1: Introducir la práctica sistematizada del análisis diferenciado por sexo en el ámbito de los servicios sanitarios públicos.

ACTUACIONES:

- Analizar las potencialidades de los sistemas de información sanitaria disponibles en AP y AE profundizando en los déficit o elementos de mejora de los mismos.
- Adecuar los sistemas de información sanitaria para que todos recojan y analicen la información por sexo.
- Adecuar el personal técnico especializado en explotación y gestión de datos de los sistemas de información.

OBJETIVO 2: Mejorar el conocimiento y la información sobre desigualdades de género en los servicios sanitarios públicos.

ACTUACIONES:

- Elaborar una guía de análisis y planificación en salud con perspectiva de género.
- Realizar un análisis de género de la Cartera de Servicios de AP, proponiendo

recomendaciones encaminadas a la introducción del enfoque de género.

- Estudiar las actitudes del personal sanitario ante las desigualdades de género, para identificar las dificultades y oportunidades para abordar los cambios necesarios.
- Potenciar las ayudas a la investigación dirigidas a mejorar el conocimiento sobre desigualdades de género en salud, así como los mecanismos implicados en su producción y las intervenciones dirigidas a reducirlas en las áreas priorizadas en el Plan.
- Realizar actividades formativas encaminadas a capacitar en el análisis de género en salud a las Gerencias y profesionales a cargo de la elaboración, coordinación y evaluación de programas y protocolos.
- Articular con la Universidad de Cantabria la inclusión en los planes de estudios de la Licenciatura de Medicina y la Diplomatura de Enfermería la formación en salud y género.

OBJETIVO 3: Mejorar el acceso y la atención adecuada en los servicios de salud a las mujeres con necesidades especiales.

ACTUACIONES:

- Profundizar sobre las necesidades especiales en salud de las mujeres con discapacidad y enfermedades raras priorizando las actuaciones.
- Detectar las necesidades especiales en salud de las mujeres inmigrantes y priorizar actuaciones.

INDICADORES DE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

OBJETIVO 1

- Existencia de un informe sobre el análisis de los sistemas de información sanitaria en AP y AE.
- Nº de sistemas de información sanitaria de AP y AE que recogen y analizan la variable sexo.
- Incremento de personal técnico en la explotación y gestión de datos de los sistemas de información.

OBJETIVO 2

- Existencia de una guía de análisis y planificación en salud con perspectiva de género.
- Existencia de un informe sobre la perspectiva de género de la Cartera de Servicios de AP.
- Existencia de un estudio de investigación cualitativa sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario ante las desigualdades de género en salud.
- Nº de proyectos de investigación financiados a través de la línea de investigación en Salud y
- Género del Instituto de Formación e Investigación Marques de Valdecilla.
- Nº de actividades formativas en el análisis de género en salud.
- Nº de profesionales que han recibido formación en perspectiva de género en salud.
- Existencia de formación en salud y género en el pregrado de la Licenciatura de Medicina y/o la Diplomatura de Enfermería.

OBJETIVO 3

- Existencia de un informe sobre las necesidades en salud de las mujeres con enfermedades raras y aquéllas que sufren alguna discapacidad.
- Existencia de un informe sobre las necesidades en salud de las mujeres inmigrantes.

Fuente: "II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres 2008-2011"

En el ámbito sanitario también existen estereotipos de género, el pensamiento más extendido es que los hombres se dedican a curar mientras que las mujeres a cuidar, siendo una vez más el hombre el que se encuentra en una situación superior a la mujer. Además la profesión de enfermería siempre se ha relacionado con la maternidad, el rol de cuidadora y reproductora que se le atribuye a la mujer. Un claro ejemplo de ello es que la profesión enfermera está integrada prácticamente por mujeres y se ha considerado como una profesión inferior a la medicina (36).

Esto refleja la importancia de incluir la perspectiva de género en la formación de los profesionales sanitarios, tanto para una mejor atención a los pacientes como para corregir sesgos de género en las profesiones sanitarias. Para solventar este problema se ha propuesto incluir esta materia como obligatoria en los planes de nuevas titulaciones de grado en medicina, psicología, fisioterapia y enfermería para modificar estructuras y generar cambios en el pensamiento, actitudes y actuaciones profesionales acordes con el principio de igualdad (36).

Estos son los objetivos que se plantearon en el año 2006, en la reforma de los estudios universitarios para la adaptación de los títulos al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) (36):

1. Conocer y aplicar conceptos básicos del sistema sexo/género (género, feminismo, androcentrismo, patriarcado, diferencia, igualdad), e incorporar el uso no sexista del lenguaje.
2. Identificar sesgos androcéntricos en el conocimiento de las ciencias de la salud.
3. Conocer la influencia del género en la organización del sistema sanitario.
4. Considerar el género como un determinante de salud y enfermedad.
5. Evaluar las desigualdades por género en el acceso y atención en el sistema sanitario.

El *Observatorio de Salud de la Mujer* ha promovido acciones formativas relacionadas con la salud sexual, la investigación cualitativa, la violencia y la perspectiva de género. Desde las universidades también se han impartido actividades formativas de género y salud en titulaciones de grado y postgrados en profesiones sanitarias y en programas de doctorado de ciencias humanas y sociales (36).

Con todas estas acciones se pretende incidir en la sociedad, mediante los profesionales de la salud y en la docencia, facilitando la introducción del enfoque de género en salud (36).

El Ministerio de Sanidad y Consumo, con la colaboración de otros Ministerios y dentro del ámbito de sus competencias, propone las siguientes acciones y recomendaciones en relación con las profesiones sanitarias:

- Favorecer la entrada de las mujeres en especialidades que aún se consideran propias del sexo masculino.
- Realizar un seguimiento de las categorías profesionales que ocupan las mujeres en el sector sanitario.
- Impulsar estudios sobre las diferencias entre médicos y médicas en los ámbitos personal y profesional.
- Revisar la presencia de mujeres en los equipos editoriales de las publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Continuar con la promoción de la investigación en salud y género, la inclusión del enfoque de género en todas las líneas de investigación y en los procesos de gestión de la investigación. Especialmente, realizar estudios sobre la adjudicación de los Fondos de Investigación Sanitaria desde un enfoque de género.
- Trabajar para la eliminación de los estereotipos de género, especialmente de su difusión en los medios de comunicación.
- Impulsar cursos de formación dirigidos a profesionales para la atención centrada en la/el paciente y que eviten los sesgos de género en la atención
- Promover la inclusión del enfoque de género en el Sistema de Información Sanitaria (SIS) para monitorizar la situación.
- Difundir estos resultados en el Sistema Nacional de Salud, entre la población, en las universidades, en distintos ministerios (de educación, igualdad, cultura, etc.), en las sociedades y colegios profesionales, en 67 las revistas científicas, etc., todo ello para visibilizar y promover cambios sociales.
- Promover canales de participación a través grupos de trabajo, foros, etc. con la finalidad de trabajar en línea con distintos ministerios (educación, ciencia, igualdad, etc.) y con las revistas científicas.

Fuente: Informe Salud y Género 2007-2008 Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias

Como conclusión, destacar que, a pesar de que en los últimos años se hayan realizado grandes cambios en la introducción del enfoque de género en los distintos niveles tanto sanitario, social, cultural y político, es necesario seguir avanzando en el futuro para poder lograr la equidad entre hombres y mujeres en todos los aspectos. También es imprescindible incidir en la adquisición de esta perspectiva en los profesionales sanitarios desde su formación, para disminuir las diferencias en la atención sanitaria y eliminar los estereotipos en las distintas profesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) López LA, Mazarrasa L, Miqueo C, Rohlfs I, Valls C, Yordi I. Informe salud y género 2006. Las edades centrales de la vida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.
- (2) Ortega Raya J. Aportación de Simone de Beauvoir a la discusión sobre el género, La. 2005.
- (3) Krieger N. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health 2001;55(10):693-700.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. Género y salud una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud.
- (5) Ramírez Belmonte C. Concepto de género: reflexiones. Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete 2008(23):307-314.
- (6) Robledo-Vera C, Bravo MIR. Género. Salud-Enfermedad. Elementos para entender su relación. Revista CONAMED 2004;9(1):12-18.
- (7) Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual 1996:327-366.
- (8) Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2013; Available at: <http://www.who.int/topics/gender/es/>.
- (9) Ruiz Cantero M, Papí Gálvez N. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de Internet y recomendaciones. Alicante: Universidad de Alicante 2007.
- (10) Gómez Gómez E. Equity, gender, and health: challenges for action. Revista Panamericana de Salud Pública 2002;11(5-6):454-461.
- (11) Rohlfs I, Borrell C, Fonseca mdc. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit 2000;14(Supl 3):60-71.
- (12) García Calvente mdm, Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública 2010;ISBN: 978-84-92842-09-4(<http://www.msc.es/organizacion/sns/plancalidadsns/pdf/equidad/investigaciongenero.pdf>):173.
- (13) Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. Available at: <http://www.rae.es/rae.html>. Accessed 04/03, 2013.
- (14) Organización Panamericana de la Salud, Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Taller sobre Género, Salud y Desarrollo. Guía de Facilitadores Washington: OPS 1997.
- (15) Barberá E, Benlloch IM, Campos AB. Psicología del género. : Ariel Barcelona; 1998.

- (16) Rentería AL, preside la UE, Vélez MA, del Valle Stuff, Ana Irene. Secundaria y los estereotipos de género estudiantes de educación universitaria ": Una mirada a las escuelas y otros sitios sociales. Gotas de 2012; 23 (1).
- (17) Arias SV. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. : Observatorio de Salud de la Mujer; 2008.
- (18) Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Gili Planas M. Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. Psicothema 1998;10(1):53-63.
- (19) Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España. Gaceta Sanitaria 2004;18:24-35.
- (20) Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. Revista Española de Salud Pública 2000;74(1):00-00.
- (21) Checa MJ. Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. Adicciones 2004;16(SUPL 2).
- (22) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. 2011-2012.
- (23) Rodríguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas, 1993-2003. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agenci.
- (24) Regidor E, Gutiérrez-Fisac J, Alfaro M. Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social 2009;128.
- (25) Bravo De Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J. Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. Psicothema 2008;20(2):218-223.
- (26) Daza CH. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. Colombia Médica 2002;33(2):72-80.
- (27) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Mujeres y Hombres en España. 2012.
- (28) Iglesias Fernández C, Llorente Heras R. Evolución reciente de la segregación laboral por género en España. 2008.
- (29) Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística. 2013; Available at: <http://www.ine.es/>.
- (30) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. IV informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer. 2011.

- (31)Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia de género 2011. 2012.
- (32)Observatorio de la Salud de las Mujeres. Estrategia de acción 2004-2007.
- (33)Amo Alfonso M. Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Junta de Andalucía Consejería de Salud 2008(http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/guia_perspectiva_genero.pdf):85.
- (34)Estratégico P. Estratégico 2008-2011 de Igualdad de Oportunidades. Instituto de la Mujer, Madrid 2008.
- (35)Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública. Salud de las Mujeres: II plan de actuación 2008-2011.
- (36)Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de la Salud de la Mujer. Informe Salud y Género 2007-2008: Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias. 2009.