

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

# OBSERVATORIO

## POLÍTICAS DE SALUD

---

2010  
OCTUBRE  
14

Salud y género

MERCEDES BOIX ROVIRA



**Fundación 1º de Mayo** | Centro Sindical de Estudios  
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838  
[www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es) | [1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

# La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo ([www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es)):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA  
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD  
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA  
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS  
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA  
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO  
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS  
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL  
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO  
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA  
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA  
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO  
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD  
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION  
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL  
Carmen Sánchez

## **SALUD Y GÉNERO**

### **Mercedes Boix Rovira**

El cambio en la percepción de la sensibilidad de género se refleja en la incorporación como tercer objetivo de desarrollo del milenio de la organización de naciones unidas establecido en el año 2000 por 189 países incluido España y la propuesta de promoción de la igualdad entre hombres y mujeres y el empoderamiento de las mujeres antes del año 2015. La OMS aprueba en 2002 "la política de la OMS en materia de género". En el año 2007 (22 de marzo) se publica en España la ley orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27 estipula la integración del principio de igualdad en la política de salud.

Las diferencias de sexo y de género determinan diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres.

El sexo y el género son determinantes de la salud de las mujeres y de los hombres, la identidad masculina heterosexual tradicional implica la adopción de ciertos hábitos no saludables como mayor consumo de tabaco y alcohol, adopción de conductas de riesgo en la conducción de vehículos, la menor realización de prácticas preventivas, el menor reconocimiento de sus problemas de salud.

### **Desigualdades de género en los servicios sanitarios**

Intentar ofrecer un panorama general de políticas de salud y género en el territorio del sistema nacional de salud es muy dificultoso por la gran disparidad existente entre comunidades autónomas y por la dispersión de la información, sin embargo existen evidencias de que el conocimiento de las formas de enfermar actuales adolece de un análisis crítico que permita la visibilización de los problemas de salud que afectan a los hombres y a las mujeres de manera diferenciada.

La ley de igualdad entre hombres y mujeres se aprueba en España en el año 2007, el informe de este mismo año sobre la brecha de género en el mundo, establece un ranking de 115 países donde España ocupa el 10º lugar, pero el 74 respecto al componente salud y esperanza de vida.

Todavía es frecuente encontrar estudios científicos e informes que no separan los resultados para hombres y mujeres pese a las notables diferencias biológicas y de género.

### **Salud sexual**

La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados protegidos y ejercidos a plenitud. También la OMS considera que para lograrla se requiere "un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción discriminación y violencia.

Por tanto la salud sexual se relacionará con la violencia de género, la salud reproductiva, y la salud en general y cuidando estos aspectos también en parte estamos trabajando en salud sexual; a su vez la sexualidad es un indicador de salud, tanto física y emocional como de las relaciones de pareja.

La atención a la salud sexual es muy limitada en prácticamente todas las comunidades autónomas, aunque hay muchas diferencias; Navarra cuenta con sexólogos en los centros de atención a la mujer, en Cantabria y Madrid hay un psicólogo-sexólogo para toda la comunidad, en Castilla la Mancha hay un psicólogo en Toledo. En Extremadura un alto porcentaje del personal dedicado al trabajo en los COF tiene la diplomatura en salud sexual y reproductiva. No tienen en los centros de forma oficial a nadie dedicado a la atención a los problemas sexuales Galicia, Aragón, Asturias, Murcia, Andalucía, Baleares, Canarias.

## **Salud reproductiva**

### ***Anticoncepción e ive***

#### **Anticoncepción**

La atención a la anticoncepción en España, no tiene una estructura organizada, variando mucho entre comunidades autónomas e incluso dentro de la misma comunidad autónoma. Dependiendo de las ciudades y con marcadas diferencias entre áreas rurales y urbanas.

Aunque en el marco teórico sería una prestación que debería tener atención primaria, la implicación de este nivel asistencial es mas bien pobre en la mayoría de las comunidades, la labor es asumida en algunos sitios por algunos COF que persisten, algunos centros de atención a la mujer de dependencia a veces municipal y otras veces de los servicios sanitarios creados por las consejerías.

El personal dedicado a esta atención en general son médicos generales y ginecólogos, enfermeras y matronas en algunos sitios personal administrativo, excepcionalmente asistentes sociales y mucho mas excepcionalmente psicólogos, sexólogos.

También son diferentes las prestaciones que se financian, el método hormonal se financia en general los que ya están financiados por el sistema público, últimamente se ha contemplado la posibilidad de que vuelvan a

estar financiados todos. En cuanto a los DIU la situación varia mucho de una comunidad a otra e incluso el tipo de DIU, en algunas se financian los de cobre y no el de progesterona y viceversa, en algunas todos y en otras ninguno, los métodos quirúrgicos están financiados todos y los implantes también es variable. El hecho de que existan estas diferencias podría hacer que la elección de un método u otro se hiciera con criterios poco convenientes.

Es bastante infrecuente la disponibilidad de métodos de barrera gratuitos salvo en el contexto de campañas contra el SIDA, Navarra los reparte a menores de 23 años y prostitutas y Cantabria a menores y población de riesgo.

Las listas de espera son poco relevantes en general, sobretodo si se tienen en cuenta las que suele haber en los servicios de ginecología, salvo para el acceso a los métodos quirúrgicos cuando se realizan en los hospitales, para la realización de métodos irreversibles hay comunidades autónomas que ponen límites de edad, nº de hijos...etc. y otras no. Incluso hay diferencias en distintos hospitales de la misma comunidad autónoma.

### **Anticoncepción de emergencia**

La prescripción de la anticoncepción de emergencia es libre en farmacias en todo el territorio nacional.

En algunas comunidades autónomas existe dispensación gratuita: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad foral de Navarra, Extremadura (solo en COF)

Existe el temor de que esta dispensación gratuita desaparezca con la libre prescripción.

### **Interrupción voluntaria del embarazo**

Situación antes de la aprobación de la ley:

La situación antes de la aprobación de la ley es variable en función de las comunidades autónomas, pero tiene algunos rasgos comunes:

La mayoría de las IVES se realiza en centros privados (solo un 3% se realiza en centros públicos).

Aunque algunos son financiados por los servicios públicos, la inmensa mayoría son financiados por particulares.

En Navarra no existe ningún servicio ni público ni privado que realice interrupciones de embarazo. Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura, Murcia, además de Ceuta y Melilla no tienen ningún servicio público que realice interrupciones de embarazo.

La comunidad autónoma andaluza tiene concertaciones con la medicina privada. Murcia realiza acuerdos, Madrid y Cataluña los subvencionan y Navarra y Asturias hacen derivaciones a la medicina privada.

A todo esto tenemos que añadir la inseguridad jurídica de la pasada legislación.

Actualmente habrá que ver como se desarrolla la reciente ley, sin olvidar que no saca el derecho al aborto del código penal, y que no hay nada legislado al momento sobre la financiación. Se está trabajando la legislación sobre objeción de conciencia, un paso importante para lograr que las interrupciones tengan lugar en la sanidad pública, pero hay que valorar la sobrecarga de trabajo que esto va a representar en unos servicios ya muy sobrecargados, la falta de profesionales, junto con la poca voluntad, en general, tanto de la administración como de los propios trabajadores de asumirlo.

### ***Embarazo y parto***

Las actuaciones de atención a la maternidad deben estar dirigidas a ofrecer una asistencia respetuosa con la fisiología, basada en la evidencia científica y sensible con los aspectos emocionales y sociales.

En España, la seguridad y la calidad es semejante a otros países, aunque la atención al parto normal se ha visto afectada por una medicalización creciente con intervenciones excesivas, injustificadas desde la evidencia científica y en algunos casos con consecuencias negativas para la madre y la criatura. Falla además la calidez en la atención y la participación y el protagonismo de las mujeres.

Una tasa de cesáreas superior al 15% es poco justificable según todas las evidencias científicas actuales. En España en el año 2000 era del 19,36% en los hospitales públicos y del 28,35% en los privados, la diferencia entre la tasa mas alta y la mas baja era de casi el 10% (14,55% en el País Vasco al 24,36% en la comunidad autónoma valenciana), si tomamos como referencia las diferencias entre asistencia pública y privada, el País Vasco vuelve a ser el que presenta una tasa de cesáreas mas baja 13,16% en la sanidad pública y Cantabria en la privada 39,57% un 26% de diferencia. No hay nada que justifique tal variación en la práctica clínica, dado que las diferencias entre los resultados perinatales entre comunidades autónomas, no son significativas. Esta variabilidad se estaba produciendo también en otras practicas clínicas como la realización de episiotomías, parto instrumental..etc. aunque estas ultimas son más difíciles traducir en cifras.

Vemos pues, que la atención al parto no ha sido la adecuada en la mayoría del SNS, siendo mucho más innecesariamente intervencionista en la medicina privada que en la pública.

El ministerio de sanidad ha puesto en marcha la estrategia de atención al parto normal en el SNS impulsada por el observatorio de salud de la mujer y aprobada en el 2007. Posteriormente se ha propuesto ampliarla al embarazo y periodo neonatal.

Las comunidades autónomas están desarrollando diferentes programas para el desarrollo de buenas practicas, con distintos grados de implicación,

Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia han elaborado estrategias para la adopción de buenas prácticas en la atención al parto normal.

## **Violencia de género**

La primera ley contra la violencia de género en España es del 29 de diciembre 2004, siendo considerada por la mayoría como un marco adecuado. Su desarrollo ha sido más irregular, su puesta en marcha lenta y con alguna normativa discriminatoria para algunos colectivos. La cifra de muertes (considerada la punta del iceberg del problema) ha experimentado su primer descenso este año, experimentando ascensos los primeros años de la puesta en marcha de la ley.

El año 2005 finalizó con 58 mujeres muertas en manos de sus parejas o ex-parejas, los tres años siguientes con 67, 71, y 70 mujeres muertas, provocaron cuando menos muchos interrogantes.

En el año 2009 con 55 mujeres muertas, se produce el primer descenso significativo desde la entrada en vigor de la ley, y es de casi un 40% respecto al año anterior. También ha disminuido de forma importante el número de mujeres muertas que habían presentado denuncia previa, de un 30% a algo más de un 25%.

Sin embargo hay varios aspectos a resaltar:

El 30% de las mujeres fallecidas en el año 2009 son menores de 30 años, por lo que la tendencia generacional no parece estar mejorando.

Hay indicios de prejuicio y discriminación en algunos colectivos, como romaníes, discapacitadas y mujeres con problemas psicológicos y de adicción.

Mención especial merece la situación de las mujeres emigrantes, ya que la tasa por millón de habitantes ha sido, en el 2005 las españolas el 1,8 %, las emigrantes el 10,35%, en el 2007 el 2,05 y el 13,18% respectivamente y en el 2009 más de un tercio de las mujeres han sido extranjeras.

Las razones podrían estar en la falta de apoyos familiares y sociales, la dependencia económica respecto del agresor, la percepción de las instituciones públicas más como una amenaza que como una fuente de protección, el miedo a no ser creídas y el miedo a que afecte a su proceso de regularización.

Algunas leyes contradictorias con la protección de este colectivo, víctimas de violencia, como la instrucción 15-2005 de la secretaría de estado de seguridad que introduce un proceso diferente a este tipo de víctimas que podría terminar en sanción o apertura de proceso de expulsión, no favorece en nada la confianza de estas mujeres en la protección que les pueda brindar el estado.

Hasta el año 2008 se habían promulgado leyes en 5 comunidades autónomas, siendo la mayoría mas amplias que la estatal, Andalucía es la mas parecida a la nacional y Cataluña y Galicia las mas avanzadas, Cataluña es la única que contempla el derecho a la reparación.

## **Salud mental**

Los trastornos mentales comunes (TMC) representan la mayor carga de salud mental en la población.

Las mujeres tienen peor salud mental que los hombres y el doble de trastornos mentales comunes. Esto ocurre a todas las edades desde los 16 años. Son declarados por el 13,75% de la población mayor de 16 años, un 19,12 % son mujeres y un 8,17% son hombres.

Mujeres y hombres enferman de forma distinta en las distintas etapas del ciclo vital. Las enfermedades mas prevalentes son diferentes por sexos.

En los trastornos mentales comunes, existen desigualdades de género asociadas a factores psicosociales determinantes debidos a la socialización de género y afectados por las desigualdades sociales.

El hecho de que las mujeres de clase social desfavorecida tengan peor salud mental que los hombres de su misma clase social se explica por las desigualdades de género, el cuidado de otras personas, la doble o triple jornada laboral, la dedicación al trabajo doméstico, la dependencia económica y social, el aislamiento, la falta de proyecto propio, la falta de control sobre sus vidas, la violencia de género. Son los procesos psicosociales determinantes de género los que motivan esta desigualdad.

En los trastornos mentales graves la prevalencia es mayor en los hombres. La incidencia en edades jóvenes es mayor en hombres y a partir de los 40 en mujeres, cursa con mayor gravedad en los hombres.

Durante la infancia y adolescencia los niños padecen más trastornos de conducta que las niñas.

Hay un sesgo de género en la atención.

Se realiza menos esfuerzo diagnóstico y terapéutico en mujeres y se les prescribe más psicofármacos, medicalizándolas mas con la sospecha de que se está haciendo un uso inadecuado de psicofármacos.

La relación entre salud mental y género ha constituido una preocupación en el SNS al menos desde el año 2006 en que se publica la "estrategia en salud mental del SNS" aprobada por el consejo interterritorial en diciembre del 2006 y sobretodo en la "evaluación (y actualización) de la estrategia en salud mental del SNS del 2008".



El ministerio propone una serie de medidas de revisión con enfoque de género para la estrategia de salud mental 2009-2013, con varias líneas estratégicas:

Contrapesar los esfuerzos de atención hacia los trastornos mentales comunes, mucho más prevalentes.

Añadir a las mujeres como grupo de riesgo o más vulnerable.

Promover el cambio de los modelos sociales de género que producen vulnerabilidad de las mujeres y los hombres.

Prevenir los trastornos depresivos y de ansiedad atendiendo a los factores psicosociales de género que los favorecen, los efectos adversos de la función de cuidado, la violencia de género y los factores psicosociales que la mantienen.

Influir en los modelos sociales de vulnerabilidad para los trastornos de la conducta alimentaria.

Prevenir el consumo de sustancias, incluido el alcohol, atendiendo a los factores psicosociales que los favorecen.

Promover actividades grupales de resocialización en modelos de género nuevos y protectores para la salud.

Para todo ello es necesaria la promoción de acciones de sensibilización y formativas de todos los profesionales para corregir los sesgos de género en la atención.

Promover la investigación.

## **Conclusiones**

El ministerio de sanidad y consumo está haciendo un trabajo teórico muy importante en la mayoría de las áreas relacionadas con salud y género.

Sin embargo, hay algunas cuestiones contradictorias en el desarrollo de algunas leyes. ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, que en su desarrollo está suponiendo una carga a las mujeres al dejar al dependiente en el hogar, y a cargo de estas en la mayoría de los casos. También en las normativas sobre conciliación de la vida laboral y familiar, dado que solo concilian las mujeres, lo que dificulta su inserción laboral y su promoción.

La transmisión de este trabajo a las comunidades autónomas y la recepción por parte de ellas es más dependiente de factores políticos partidistas que de las necesidades de la ciudadanía.

La transmisión del mensaje a las/os profesionales llega tarde, genera muchas resistencias y a veces es vivida como una intromisión de la

administración en la autonomía de los profesionales y un cuestionamiento de su buen hacer, mas que como una guía y una colaboración.

Se tiene la impresión de que los cambios se promocionan demasiado lejos de los centros.

### **Recomendaciones**

Mejorar la transmisión de la información desde el ministerio hacia los profesionales, mejorando la comunicación de las comunidades autónomas con el ministerio de sanidad. Acercarse a los profesionales y a los ciudadanos.

Crear una red única para la atención en salud reproductiva que aborde también salud sexual y salud mental con perspectiva de género. A su vez dicha red pondría en marcha la aplicación de la nueva ley del aborto en el SNS.

Incluir además de mencionarlo, los problemas de salud de los hombres en las políticas de género.

Mejorar la atención a la salud sexual en el SNS.

Reconocer el género como algo transversal y evitar legislar en ningún tema sin tener en cuenta esta perspectiva.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Epidemiología de las desigualdades de género en España. Revista Esp. Salud pública 2008;82:283-299.

Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Revista Esp. Salud pública 2008;82:245-249

Libro blanco de la anticoncepción en España. sociedad española de contracepción y federación de planificación familiar de España.2005.  
Sexualidad humana. Spencer a. rathus.

1º y 2º plan de actuación salud de las mujeres del gobierno de Cantabria. Periódico El País de 2-1-2010.

Informes de amnistía internacional España 2008 y 2009.

Estrategia en salud mental del SNS del 2007.

Informe, evaluación, actualización y estrategia en salud mental del SNS 2009.

Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud.2007.