

Mujer, Salud y Comunicaci3n

Mujeres y salud: diferencias y desigualdades

La esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, pero su salud es peor y sufren m1s en los 1ltimos a1os de su vida. Los roles familiares y de ocupaci3n tienen una marcada influencia en la salud, generando trastornos cr3nicos que se extienden a lo largo de la vida. Adem1s, las diferencias biol3gicas (factores gen3ticos y fisiol3gicos) entre mujeres y hombres implican tambi3n diferencias en las enfermedades que pueden contraer, su respuesta y su gravedad.

Ser mujer: ¿un determinante de desigualdades sociales en la salud?

Lucía Artazcoz. Directora del Observatori de la Salut P1blica. Ag3ncia de Salut P1blica de Barcelona.

Desde los a1os setenta ha crecido el inter3s por las desigualdades de g3nero en la salud. A menudo este inter3s se entiende como sin3nimo del an1lisis de la salud de las mujeres, lo que resulta bastante comprensible, ya que las desigualdades de g3nero tienen un impacto enorme en la vida de las mujeres y las ni1as de todo el mundo. Sin embargo, poner el foco 1nicamente en la salud de las mujeres, si bien es complementario, no es sin3nimo de la equidad de g3nero en la salud.

La paradoja de las desigualdades de g3nero en la salud
En los pa1ses desarrollados, la esperanza de vida de los



Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

CCS
Centro de Estudios de Ciencia,
Comunicaci3n y Sociedad

FUNDACI3
VILA CASAS

hombres es menor que la de las mujeres y, sin embargo, las mujeres declaran una mayor morbilidad: es la llamada «paradoja de la salud de g3nero». Aunque una parte de esta paradoja se explica por diferencias biol3gicas entre los dos sexos, las razones fundamentales son sociales y est1n ligadas al r3gimen patriarcal, base de las llamadas diferencias de g3nero.

El concepto de patriarcado se refiere a una forma de organizaci3n social, pol1tica, econ3mica y religiosa que se basa en la dominaci3n masculina sobre las mujeres. Implica, entre otras cosas, la construcci3n social constante de lo que se considera “femenino” y “masculino”, y se fundamenta en el poder y las normas socioculturales sobre mujeres y hombres.

Desde el punto de vista de las implicaciones en la salud, la incorporaci3n de la perspectiva de g3nero requiere considerar: 1) las normas de g3nero; 2) las desigualdades en el poder; 3) las desigualdades en el acceso a los recursos y el control sobre ellos; y 4) la divisi3n sexual del trabajo.

La incorporaci3n de la perspectiva de g3nero en la salud p1blica

Las expectativas que define una sociedad, cultura o comunidad en un momento determinado para las mujeres y los hombres, influyen en los comportamientos individuales. Por ejemplo, el desarrollo de una identidad masculina heterosexual tradicional generalmente implica asumir riesgos para la salud tales como h1bitos menos saludables, m1s comportamientos con riesgo de accidentes, comportamientos agresivos y de dominio f1sico, y resistencia a admitir debilidades. Estas

conductas "típicamente masculinas" explican en gran parte la mayor mortalidad prematura de los hombres, si bien no suelen tenerse en cuenta en las políticas e intervenciones de salud pública.

Las políticas públicas mantienen un orden social caracterizado por un menor control y acceso a los recursos por parte de las mujeres, así como una división sexual del trabajo que atribuye a los hombres un rol protagonista en el trabajo remunerado y en el espacio público, mientras a las mujeres les corresponde un mayor papel en la esfera doméstica y familiar.

Históricamente, las mujeres han estado expuestas a factores socioeconómicos desfavorables, como mayores índices de pobreza, discriminación en el mercado laboral –asociada, entre otras cosas, al “techo de cristal”– y menores tasas de empleo, lo que explica buena parte de las desigualdades de género en la salud. También tienen más probabilidades de ser madres solteras, de trabajar a tiempo parcial, de estar desempleadas, de tener un empleo precario o de trabajar en sectores de la economía con salarios bajos. La conciliación de vida laboral y familiar es más difícil para las mujeres. Estas desigualdades de género explican en gran medida el exceso de algunos trastornos de salud entre las mujeres.

El primer paso para abordar las desigualdades de género es disponer de datos desagregados por sexo, lo que en muchas ocasiones es muy difícil. Por ejemplo, pese al cúmulo de datos sobre la COVID-19 que se han publicado durante el año 2020, la mayoría no están desagregados por sexo, cuando hay evidencia clara de patrones diferentes en mujeres y hombres. Por otro

Mientras el trabajo remunerado ofrece estatus, reconocimiento e ingresos, el ámbito privado permanece relegado e invisible, lo que constituye una de las raíces fundamentales de las desigualdades de género en la salud.

lado, a 15 de marzo de 2021, aunque en España se habían diagnosticado más casos en mujeres (52,8%), el porcentaje de hospitalizaciones (54,9%), de ingresos en unidades de cuidados intensivos (69,4%) y de muertes (55%) era superior en hombres. Entender las razones de estas cifras es el primer paso para la implementación de políticas con perspectiva de género efectivas para mujeres y hombres.

Conclusión

La implementación de políticas de equidad de género requiere, en primer lugar, un buen conocimiento de los mecanismos que generan desigualdades de género en la salud, así como del estado de la cuestión en cada contexto. Esto implica como mínimo la desagregación de los datos por sexo, una gobernanza basada en la intersectorialidad, el principio de salud y equidad en todas las políticas y la participación comunitaria, así como una comunicación transparente y fluida. Las desigualdades de género en la salud son debidas a factores modificables, por eso su naturaleza y su magnitud difieren entre sociedades y, por lo tanto, pueden eliminarse. •

Enfermedades cardiovasculares en mujeres: qué sabemos y qué queda por hacer

Antònia Sambola, coordinadora del Grupo de Trabajo de Mujeres en Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología; médica del servicio de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Hospital Vall d'Hebron, en Barcelona.

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en las mujeres desde hace más de una década, no solo en España sino también en Europa y los Estados Unidos. De hecho, la mortalidad por enfermedad cardiovascular es mucho más elevada entre la población femenina, muy por encima de la neoplasia de mama, que suele considerarse la primera causa de muerte en la mujer en la población general. En 2019, en España, murieron 9.000 mujeres más que hombres debido a una enfermedad cardiovascular. La patología

cardiovascular que causa mayor mortalidad femenina es el ictus. La segunda causa es el infarto de miocardio. En un estudio reciente que llevamos a cabo desde la Sociedad Española de Cardiología (SEC), en el que participaron hospitales de todas las comunidades autónomas y que contó con más de 273.000 pacientes, se llegó a la conclusión de que ser mujer es un factor de riesgo independiente en el infarto agudo de miocardio. En resumen, la tasa bruta de mortalidad fue el doble en mujeres que en hombres, con un 18,3% frente a un 9,3% respectivamente. Lo más importante es que se observa una menor mortalidad en aquellas comunidades que tienen un sistema de atención al infarto de miocardio organizado, como es el caso de Catalunya. Se constató también una menor tasa de angioplastia y 'bypass' aortocoronario en mujeres, procedimientos asociados a una mayor supervivencia en el infarto agudo de miocardio. Por otro lado, la insuficiencia cardíaca es la tercera causa de muerte en las mujeres. En otro estudio promovido por la SEC se observó que las mujeres que han sufrido un infarto de miocardio tienen casi un 60% más de riesgo que los hombres de sufrir insuficiencia cardíaca grave.

Diferencias y desigualdades

En general, las mujeres con enfermedad cardiovascular suelen estar infradiagnosticadas y tratadas incorrectamente. En muchas ocasiones, la mujer que va a la consulta por dolor en el pecho es diagnosticada de ansiedad en lugar de angina de pecho, lo cual puede derivar en un futuro infarto de miocardio que podría haberse evitado. En este sentido, en cierta manera es falso que las mujeres tengan síntomas diferentes a los hombres cuando presentan un infarto. El dolor en el pecho es el síntoma principal en ambos géneros. Lo que sucede es que las mujeres tienen más síntomas adicionales, como por ejemplo náuseas, vómitos o mareos, y esto puede ser interpretado como que las mujeres presentan diferentes síntomas.

Existen factores de riesgo que son intrínsecos a la mujer. Durante la gestación, algunas mujeres desarrollan eclampsia o diabetes gestacional, factores que después del parto se corrigen pero que suponen un riesgo cardiovascular. Tener embarazos pretérmino es asimismo un riesgo. Por otro lado, cuando llega la menopausia, al perder el factor protector de los estrógenos puede

Es muy importante explicar cómo el género afecta a las enfermedades cardiovasculares en los estudios de medicina y enfermería.

aumentar en la mujer el riesgo de hipertensión, de obesidad y si no se equilibra la dieta ni se comienza a introducir ejercicio físico, la menopausia es también un factor de riesgo en sí mismo.

La obesidad afecta en mayor medida, asimismo, a la mujer. Se ha constatado que, después de la etapa escolar, la mujer lleva una vida mucho más sedentaria que el hombre, lo que influye en su peso. En caso de infarto, una mujer tiene el doble de riesgo de muerte que un hombre. El tabaquismo también se ha desarrollado mucho en la mujer joven por debajo de los treinta años y es un importante factor de riesgo cardiovascular.

Factores vinculados al sexo o al género. ¿Qué se puede hacer para reducir el impacto negativo?

La solución pasaría por una mayor concienciación global, pero sobre todo por parte de la Administración. Deben ponerse en marcha iniciativas en las que se dé prioridad a los problemas cardiovasculares más frecuentes y que comporten un mayor riesgo de muerte o incapacidad.

Por otro lado, a largo plazo se deben llevar a cabo más estudios porque si no tenemos datos no podemos establecer sistemas organizativos con el fin de solucionar las deficiencias. En el ámbito académico, es muy importante explicar la enfermedad cardiovascular, con sus diferentes patologías, en las facultades, porque hay muchos aspectos femeninos que no son tratados. Igual que la mujer no aparece en los libros de historia ni en los de arte, en los de medicina tampoco. Y hay una serie de diferencias de género que deben ser conocidas, estudiadas y fomentadas en el conocimiento de los estudios tanto de medicina como de enfermería.

Techo de cristal en la especialidad de Cardiología

En los estudios de género se denomina techo de cristal a la limitación velada del ascenso laboral de las perso-

nas dentro de las organizaciones. En Cardiolog3a, tradicionalmente una especialidad masculina, el techo de cristal resulta muy evidente. En un estudio transversal que llevamos a cabo en la SEC. Cuanto m3s alta es la jerarqu3a por rango cl3nico, menor es la representaci3n de las mujeres, con solo un 19% y 11% de cargos de

jefa de secci3n y jefa de departamento, respectivamente. Entre los profesores asociados, el 35% eran mujeres. Y entre el profesorado titular 3nicamente 4 (7%) eran mujeres. Una situaci3n francamente impactante en el siglo XXI. •

El Proyecto Quiral es fruto de la colaboraci3n entre la Fundaci3n Vila Casas y el Centro de Estudios de Ciencia, Comunicaci3n y Sociedad de la Universitat Pompeu Fabra.

Opini3n Quiral

Con la voluntad de profundizar en el tema tratado en el Informe Quiral, la Fundaci3n Vila Casas organiza dos veces al a3o y con temas distintos un debate abierto en el que representantes del mundo sanitario, periodistas y p3blico en general intercambian opiniones y extraen conclusiones. Con ello, la Fundaci3n Vila Casas pretende contribuir a la formaci3n de buenos criterios sanitarios que redunden en beneficio de la sociedad. Con estas conclusiones la Fundaci3n Vila Casas edita la Opini3n Quiral.

El debate que corresponde a esta publicaci3n tuvo que ser cancelado a causa de las restricciones de la covid-19. Por ese motivo, en esta ocasi3n, recogemos los textos escritos directamente por las autoras.

PONENTES

Luc3a Artazcoz, directora del Observatori de la Salut P3blica. Agenci3 de Salut P3blica de Barcelona.

Ant3nia Sambola, coordinadora del Grupo de Trabajo de Mujeres en Cardiolog3a de la Sociedad Espa3ola de Cardiolog3a; m3dica del servicio de Cuidados Intensivos Cardiol3gicos del Hospital Vall d'Hebron, en Barcelona.

FUNDACI3N VILA CASAS

Antoni Vila Casas
Miquel Vilardell Tarr3s
M. Jos3 Alcoriza
Montse Viladomiu

CCS-UPF

Gema Revuelta de la Poza
Vladimir de Semir



www.fundaciovilacasas.com



Espais Volart

Ausi3s Marc, 20-22
08010 Barcelona
+34 93 481 79 85
volart@fundaciovilacasas.com



Museu Can Framis

Roc Boronat, 116-126
08018 Barcelona
+34 93 320 87 36
canframis@fundaciovilacasas.com



Museu Can Mario

Plaça Can Mario, 7
17200 Palafrugell (Girona)
+34 972 306 246
canmario@fundaciovilacasas.com



Museu Palau Solterra

Església, 10
17257 Torroella de Montgr3 (Girona)
+34 972 761 976
palausolterra@fundaciovilacasas.com

Opini3n Quiral · A3o 2020 · N3mero 40.2
©Fundaci3n Vila Casas, 2021

Publica: Fundaci3n Vila Casas y Centro de Estudios de Ciencia, Comunicaci3n y Sociedad de la UPF (CCS-UPF)

Dise3o gr3fico: Gina Serret
Edici3n: Rubes Editorial

ISSN: 2013-486X
Dep3sito legal: B-7834-2009