

# GÉNERO Y SALUD

GUÍA PARA TRANSVERSALIZAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS EN CASTILLA-LA MANCHA

Material elaborado en el marco de la Asistencia Técnica a las Unidades de Igualdad de Género de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.

Edita: Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha.

Elaboración: Asociación TRABE.

Actualización: Asistencia Técnica de las UIG de TRAGSATEC

Fecha: Actualizada en marzo de 2024

Reproducción autorizada siempre que se cite la fuente.

El Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha no se responsabiliza del uso que pueda hacerse de la siguiente información.

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO NORMATIVO DE LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD.....	7
3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN CASTILLA-LA MANCHA .....	12
4. PERSPECTIVA DE GÉNERO: DESVELANDO LOS SESGOS .....	14
5. EL GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD .....	18
6. CLAVES PRÁCTICAS PARA INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD .....	23
7. EXPERIENCIAS RELEVANTES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE DE GÉNERO EN POLÍTICAS DE SALUD.....	27
8. HACIA UN DECÁLOGO DE PROPUESTAS DE MEJORA .....	32
BIBLIOGRAFÍA .....	37
Anexo 1: Datos de la situación de la salud en la región. ....	40
Anexo 2. Derechos sexuales y reproductivos.....	47

La presente Guía realiza una aproximación sobre la importancia de la inclusión de la perspectiva de género en la labor sanitaria en todas sus dimensiones (prevención, promoción y atención) para potenciar la optimización de los recursos existentes. Dirigida a profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, tiene como objetivo sensibilizar sobre la importancia de contemplar el enfoque de género en toda la conceptualización y el diseño de las políticas sanitarias.

La guía ofrece información que nos permite acercarnos a la problemática del género y la salud y ofrece, sin ánimo de exhaustividad, una serie de buenas prácticas y recomendaciones que pueden servir de referencia para incorporar el enfoque de género en las políticas sanitarias en Castilla-La Mancha, ya sea en:

- prevención de enfermedades y malos hábitos
- promoción de la salud
- atención directa a la ciudadanía

#### QUÉ APORTA LA GUÍA

La Guía **Género y Salud** puede servir de ayuda para el diseño, la ejecución y la evaluación de diversas políticas, programas y proyectos del ámbito sanitario de la región. A su vez, también puede ser de ayuda para la creación de herramientas que permitan la sistematización de los procesos para transversalizar la perspectiva de género.

### 1.1. ¿Por qué una guía sobre género y salud?

El género es una construcción social que atraviesa todas las vivencias humanas puesto que ninguna está exenta del legado de discriminación y desigualdad del que venimos. De ahí que sea imprescindible, al menos, **preguntarse cómo impacta el género actualmente en la salud de la ciudadanía.**

## **POR QUÉ EL ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD:**

- PORQUE LA SALUD DE HOMBRES Y MUJERES ES DIFERENTE Y DESIGUAL:

Según Maria del Mar Garcia Calvente et al (2018) hablamos de diferencias en salud cuando nos referimos a aquellas condiciones de salud que son distintas entre mujeres y hombres y que se deben a las características biológicas de cada sexo. Estas diferencias no solo radican en nuestros aparatos reproductores, también existen distintas maneras de funcionar de otras células y órganos de nuestros cuerpos. Mientras que hablamos de desigualdades de género en salud, cuando nos referimos a la disparidad en materia de salud entre mujeres y hombres, que es sistemática, innecesaria, evitable e injusta. Esta desigualdad se produce por condicionantes sociales, y no biológicas. La desigualdad conlleva distintas oportunidades para gozar de salud, al condicionar distinta mortalidad, riesgos para enfermar, frecuencia de enfermedad y discapacidad, y discriminaciones en el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

- PORQUE EXISTEN SESGOS:

Como apunta Carmen Valls (2011) el sesgo de género en atención sanitaria se ha debido a la falta de investigación y a la visión androcéntrica que tiene la medicina, que no ha considerado los condicionantes biopsicosociales de las enfermedades. La rigidez de la visión centrada sólo en el hombre ha producido sesgos en el momento del diagnóstico, tanto por considerar que enferman igual hombres y mujeres, cuando hay diferencias, como por considerar, inversamente, que como son diferentes no pueden tener problemas similares (Ruiz Cantero et al, 1997). Además de los sesgos en los diagnósticos, también se han producido sesgos de género en los métodos de exploración, en la valoración de la normalidad en los análisis clínicos, y en la aplicación de terapias sin ninguna diferenciación por sexo, ni en dosis ni en vía administrada. El feminismo como defensa de los derechos de las mujeres no puede permanecer indiferente hacia la desigualdad de oportunidades que supone no tener en cuenta en el momento del diagnóstico médico, las diferencias en el enfermar de las mujeres respecto a los hombres, y debería potenciar en Medicina la producción de conocimiento de la morbilidad diferencial entre ambos sexos.

### **1.2. Objetivos**

#### **General**

Establecer pautas y estrategias que permitan la incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias.

## Específicos

- Visibilizar la interacción entre el género y la salud tanto en origen de las desigualdades como en el marco de las políticas públicas.
- Concienciar sobre la importancia del trabajo con perspectiva de género en el ámbito de las políticas públicas aplicadas al ámbito de la salud.
- Visibilizar el impacto y la interacción de sesgos y brechas de género en salud.
- Poner en valor buenas prácticas y dar a conocer herramientas en materia de aplicación de la perspectiva de género en salud.

### 1.3. Algunos conceptos básicos

Para comprender en qué consiste la incorporación de la perspectiva de género, en primer lugar, tendremos que exponer a qué nos referimos cuando hablamos de género.

**Género:** es una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado. Es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder (Joan Scott, 1993). El género es el campo primario sobre el que se articula el poder. Según esta autora no es el único campo, pero de forma recurrente en la tradición occidental es uno de los principales.

Esta categoría social construye identidades, subjetividades, roles, comportamientos sociales normativos para cada sexo.

**Roles de género:** los papeles atribuidos a las mujeres y a los hombres en cada sistema social concreto. Estos papeles o códigos de conducta (que incluyen también las actitudes y emociones aceptadas en unas y en otros), hacen alusión al conjunto de normas sociales y a la construcción social de los conceptos de **masculinidad y feminidad**. Hablamos por tanto de características **aprendidas, asimiladas, e integradas**.

La socialización diferencial de género genera diferencias y desigualdades en el acceso a espacios, recursos, actividades, beneficios y relaciones, provocando morbilidad y mortalidad diferencial.

**Relaciones de jerarquía y poder:** a las características, identidades y roles de género se les da una **valoración social desigual**, siendo las características entendidas como propias de las mujeres peor valoradas, puesto que la segregación no es una mera división de espacios, sino también de poder.

Las relaciones de jerarquía provocan, en el nivel simbólico, que el mundo sea leído **desde la mirada androcéntrica**. El androcentrismo consiste en tomar el patrón masculino como la norma de lo humano. El androcentrismo da por sentado que **el modelo masculino es aplicable a las mujeres, es decir, universalizable**.

Los tradicionales sesgos en la investigación sobre salud y en el ámbito del diagnóstico sanitario, -basado en el modelo biomédico androcéntrico- invisibilizan problemáticas de salud que afectan prioritaria, y a veces únicamente, a las mujeres.

Esta mirada provoca sesgos en todas las áreas del conocimiento. El androcentrismo genera sesgos en la percepción de la realidad, en la conceptualización de las ciencias, en la generación del conocimiento y en la aplicación del mismo. El ámbito de la salud no es una excepción, como veremos a lo largo de esta guía.

**La perspectiva de género:** frente a estos sesgos, desde el Feminismo se promueve el movimiento contrario: un enfoque que incluya la diversidad de la experiencia humana, incluyendo el género como construcción cultural, pero también otras experiencias derivadas de la etnia, la edad, la condición de discapacidad u otras.

Introducir la perspectiva de género *significa cuestionar una aparente diferencia casual e inevitable y se visibiliza su dimensión como desigualdad social fruto de unas relaciones de poder concretas*.

El concepto de igualdad de género es uno de los elementos claves del enfoque de género. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como "la ausencia de discriminación, en base a las características sexuales de una persona, en oportunidades y distribución de los recursos o beneficios o en el acceso a los servicios". Es decir, es un concepto relacionado con la no discriminación por razón de sexo, y tiene que ver con la igualdad en las oportunidades y en el acceso a los recursos de distinto tipo. El concepto de equidad se refiere a la "justicia en la distribución de cargas y beneficios". Aplicado a la salud, la equidad de género significa que se debe tratar igual a mujeres y a hombres cuando sus necesidades sean las mismas, y que se debe atender de manera diferente aquellas necesidades que sean distintas. (García Calvente, M, et al, 2018)

Esta es la mirada crítica e inclusiva que atraviesa esta guía, aplicándola al contexto de las políticas sanitarias.

2

## MARCO NORMATIVO DE LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

A pesar de las dificultades detectadas y las desigualdades señaladas, tanto a nivel Estatal como Autonómico existen iniciativas de las administraciones públicas que, o luchan contra las mismas, o bien son el marco general en el que se contempla la obligatoriedad de atender a la salud de toda la ciudadanía. A continuación, se hará mención del marco normativo de relevancia, incluyendo las ocasiones en las que se visibiliza la importancia de la perspectiva de género en el ámbito sanitario:

### Ámbito Estatal

#### [Constitución Española de 6 de diciembre de 1978](#)

*Artículo 43.*

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

#### [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#)

*Artículo 3.*

4. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.

*Artículo 6.*

2. (...) las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud.

*Artículo 18.*

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres.



## [Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud](#)

### *Anexo I. Prestaciones sanitarias*

1.º Atención a la mujer. Además de lo ya indicado con carácter general, la atención primaria a la mujer comprenderá: a) La atención precoz y el seguimiento sanitario del embarazo. b) La preparación para el parto. c) La visita durante el primer mes del postparto. d) La detección de grupos de riesgo y el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico y de mama, conforme a los programas establecidos por los servicios de salud. e) El tratamiento de las complicaciones patológicas de la menopausia, conforme a los programas de los servicios de salud.

## [Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud](#)

### *Artículo 2. Principios generales.*

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.

### *Artículo 12. Prestación de atención primaria.*

f) Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género

## [Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género](#)

### *Artículo 15. Sensibilización y formación.*

1. Las Administraciones sanitarias (...) promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.

4. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.

## [Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia](#)

### *Exposición de motivos:*

2. La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, **hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las**

que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal». Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan.

*Artículo 3. Principios de la Ley.*

p) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.

### [Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres](#)

*Artículo 27. Integración del principio de igualdad en la política de salud.*

2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.

### [Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública](#)

*Artículo 6. Derecho a la igualdad.*

1. Todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

### [Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud](#)

El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona. La garantía del ejercicio de este derecho y la protección efectiva de la salud de la ciudadanía cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven privados de una asistencia sanitaria normalizada son colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social, como es el caso de la población extranjera no registrada ni autorizada a residir en España.

[Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de igualdad entre mujeres y hombres en Castilla-La Mancha](#)

*Título I. La igualdad de trato y de oportunidades, y la no discriminación por razón de sexo. Artículo 21. Derecho a la protección de la salud con perspectiva de género.*

1. La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha garantizará la igualdad de trato y de oportunidades de mujeres y hombres en la protección de la salud, teniendo en consideración las diferentes circunstancias, condiciones y necesidades, y con la incorporación de la perspectiva de género en la investigación de la sintomatología de las enfermedades y en los tratamientos.

2. Las mujeres tienen derecho a una asistencia médica especializada en materia de salud reproductiva y sexual, embarazo, contracepción, interrupción voluntaria del embarazo y maternidad, a través del sistema de salud pública.

*Título II. Medidas activas para implantar la igualdad de trato y de oportunidades de hombres y mujeres. Capítulo III. Salud y Bienestar. Artículo 45. La Perspectiva de género en salud.*

2. El acoso sexual y el acoso relacionado con el género, en el trabajo, afectan a la salud laboral y por ello deberá tratarse como un riesgo profesional.

*Título II. Medidas activas para implantar la igualdad de trato y de oportunidades de hombres y mujeres. Capítulo III. Salud y Bienestar. Artículo 46. Salud y Género.*

a) Garantizar en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha una asistencia médica especializada en materia de salud reproductiva sexual, embarazo, contracepción y maternidad, así como la prevención de enfermedades prevalentes.

b) Garantizar que en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha habrá un servicio especializado de salud reproductiva adaptado para las mujeres con diferentes discapacidades.

c) Atender a los colectivos de mujeres con mayor riesgo para su salud con la creación de programas educativos y preventivos específicos, en particular a mujeres adolescentes, víctimas de violencia de género, mayores, inmigrantes, con diferentes discapacidades, con enfermedad mental, drogodependientes y prostitutas.

[Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha](#)

*Artículo 26. Derecho a la atención sanitaria.*

El sistema público de salud garantizará la atención sanitaria y seguimiento de las mujeres víctimas de violencia de género.

[II Plan Estratégico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla-La Mancha 2019-2024](#)

*Eje 6. Calidad de Vida y Salud.*

1. Fomento de una cultura social y sanitaria no androcéntrica
2. Salud sexual y reproductiva
3. Acceso y control de los recursos y servicios sanitarios, sociales y deportivos
4. Mejora de la calidad de vida a través de las políticas urbanas

### 3

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN CASTILLA-LA MANCHA

A continuación, compartimos algunos datos que conforman la fotografía de la situación de salud en la Región<sup>1</sup>. Dichos datos han sido tomados de la última Encuesta Nacional de Salud de 2017, en concreto desagregado por CCAA y en particular de Castilla -La Mancha.

### LO QUE DICEN LOS DATOS:

- ⇒ **PERCEPCIÓN DE LA SALUD:** en Castilla-La Mancha un 16% de las mujeres indicaron que su estado de salud era "regular" (frente a un 21% de los hombres) e indicaron que era "malo" o "muy malo" un 5% de las mujeres participantes (frente al 6% de los hombres). Del total de personas que indicaron que su estado de salud era "regular" o "malo", un 45,5% eran mujeres. Los hombres valoran su salud favorablemente (78%) con mayor frecuencia que las mujeres (70%)<sup>2</sup> y "la brecha se ensancha según se desciende en la escala social"<sup>2</sup>.
- ⇒ **DOLOR PADECIDO:** Los hombres destacan en las categorías "moderado" y "severo" representando el 13% de la muestra. Las mujeres son las que más manifiestan un dolor "extremo". Según los datos recogidos en el año 2019 por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), **un 68% de las mujeres presentan alguna enfermedad crónica frente al 60% de los hombres.**
- ⇒ **CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN:** Durante 2019, en Castilla-La Mancha 90.226 mujeres y 84.082 hombres fueron ingresadas en hospitales por diferentes causas. Dentro de las mujeres, la primera causa de ingreso hospitalario era en relación al embarazo y el parto, con una prevalencia mayor que la media nacional - un 19% del total de ingresos en mujeres en CLM frente a 17,6% en la media nacional.
- ⇒ **ESPERANZA DE VIDA:** La media de la región alcanza los 86,03 años para mujeres y 81,18 para hombres, mientras que la media de España es de 85,85 para mujeres y 80,46 para hombres.
- ⇒ **SALUD MENTAL:** Las mujeres acuden en mayor medida a consultas de salud mental que los hombres (5,1% frente a 3,7%). La sintomatología

---

<sup>1</sup> Para ampliar información sobre la situación de salud de la región, consultar el [Anexo 1](#).

<sup>2</sup> <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/home.htm>

depresiva es la que más prevalece, seguida de la ansiedad. Ambas problemáticas tienen una incidencia notablemente mayor en las mujeres, llegando casi a doblar la proporción de hombres afectados.

Profesionales del ámbito de la salud mental informan de la frecuencia de los diagnósticos tardíos en mujeres con patología mental grave (PMG). Además, teniendo en cuenta los roles tradicionales de género y los trabajos de cuidado que recaen en las mujeres, las pacientes con PMG se enfrentan a situaciones complejas al ser ellas las necesitadas de cuidados.

- ⇒ **SALUD SEXUAL Y PREPRODUCTIVA:** En la actualidad las mujeres en Castilla- La Mancha no pueden ejercer su derecho a la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) en el sistema sanitario público. En caso de desear acogerse a su derecho de hacerlo, deben acudir a una de las dos únicas clínicas concertadas en la región, ubicadas en Ciudad Real y en Albacete.
  
- ⇒ **SOBRECARGA DE TRABAJO:** En la última encuesta de empleo del tiempo (INE, 2010) se observa que las mujeres castellanomanchegas invierten en un día casi 3 horas más que los hombres en las actividades relacionadas con el hogar y la familia.

## 4

## PERSPECTIVA DE GÉNERO: DESVELANDO LOS SESGOS

En este apartado analizaremos en qué áreas se manifiestan los sesgos de género en el ámbito sanitario.

### *CÓMO SE CONSTRUYEN LOS SESGOS*

Tal y como ya se hemos adelantado en la introducción los sesgos de género se construyen no solo por el proceso de socialización de género: desde temprana edad niñas y niños aprenden e interiorizan las **expectativas sociales, roles, identidades y comportamientos asociadas a mujeres y hombres**. Si los cumplen obtienen un **refuerzo positivo y una validación externa**. En caso de **no cumplirlos**, surge la posibilidad de recibir algún tipo de **castigo social**. Sino también, por la concepción androcéntrica de las ciencias. En este sentido, como apunta Cabanillas-Montferrer, et al (2022)<sup>3</sup> de manera general el sesgo de género en la asistencia sanitaria es causado por su presencia en la producción y la difusión del conocimiento (Chilet-Rosel, 2014), dando lugar a un sesgo en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Este hecho tiene consecuencias relacionadas con el conocimiento médico, el manejo clínico y la prestación de la asistencia sanitaria que repercuten en la salud de las mujeres, pero también de los hombres. Asimismo, Maria Teresa Ruiz Cantero (2004) refiere que los servicios sanitarios y la investigación pueden sesgar su práctica presuponiendo erróneamente que la situación de salud de las mujeres y los hombres y sus riesgos son similares o, alternativamente, presuponiendo que son diferentes cuando realmente son similares. Es por ello que las acciones y la investigación derivadas de ambas aproximaciones menoscaban la salud de ambos sexos, pero en mayor medida la de las mujeres. Veamos **ejemplos concretos** de donde se producen los sesgos de género en salud:

---

<sup>3</sup> Cabanillas-Montferrer, T., & Giménez-Bonafé, P. (2022). El sesgo de género en la asistencia sanitaria: definición, causas y consecuencias en los pacientes. *MUSAS. Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, 7(1), 106–129. <https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num1.6>

## Sesgos por el modelo de investigación en la ciencia médica

La investigación científica se ha realizado históricamente con un profundo carácter androcéntrico, partiendo de una visión en la que el sujeto abstracto responde al modelo masculino de lo humano. Concretamente, el patrón de referencia es el varón adulto, autónomo, sin responsabilidades de cuidado, con un rol productivo predominante. Analizar e investigar desde una mirada androcéntrica, ha implicado la exclusión de las mujeres de los estudios de investigación y de los ensayos clínicos, atribuyéndoles las mismas características del sexo masculino y extrapolando a estas los resultados obtenidos, con los consecuentes riesgos para la salud de las mujeres.

### CÓMO SURGE ESTE SESGO:

- Las mujeres han tenido restringidos muchos derechos, entre ellos el derecho a la educación, por lo que ha sido difícil que alcanzasen estatus dentro de diversas ciencias. En consecuencia, las necesidades, vivencias y miradas de las mujeres han estado ausentes del paradigma de la salud humana.
- A lo anterior se ha sumado el especial contexto moral y cultural que impedía y castigaba el conocimiento del cuerpo de las mujeres, lo que llevó a presuponer que la salud y la enfermedad funciona de manera similar en unos y otras.

### QUÉ IMPLICACIONES TIENE ESTE SESGO:

Este sesgo provoca que no se investiguen enfermedades de la manera en que afectan a las mujeres, que se manifiestan con sintomatología distinta a la que sufren los varones, que se invisibilicen en la investigación padecimientos porque no son frecuentes en los hombres. Por poner un ejemplo, en 2020 la investigación "Mujer, discapacidad y enfermedad crónica" (Finker et al., 2020) desveló que mientras que los hombres de media esperan unos 3,2 años para la obtención de un diagnóstico efectivo sobre su enfermedad crónica, las mujeres esperan hasta 6 años.

**IMPORTANTE:** No obstante, el problema es mucho más complejo puesto que, tal como señala Marta Bueno Saz, investigadora en neurociencias: *"el sexo de una persona no siempre encaja claramente en las categorías de masculino y femenino: está determinado por un espectro de características, que incluyen la genética, el desarrollo anatómico y los niveles de hormonas, cada uno de los cuales podría influir en las necesidades ante la terapia del dolor"*. Es decir, es realmente relevante seguir prestando una atención centrada en la persona y poder mantener abiertas todas las hipótesis pertinentes sin construir sesgos en una u otra dirección, sino teniendo en cuenta que la sintomatología es mucho más diversa de lo que inicialmente se ha previsto siempre.



Es necesario, por lo tanto, seguir profundizando en cuáles son los sesgos aún existentes y actualizar el conocimiento de la medicina con todas las investigaciones que visibilicen las diferencias existentes para impedir que se acaben transformando en una vía más de discriminación a la población femenina.



### Sesgos en el diagnóstico sanitario

El personal sanitario ha adquirido un conocimiento que tomaba como norma de lo humano los padecimientos basados en la experiencia masculina y los síntomas asociados a estos. Este conocimiento se ha interiorizado sin conciencia de que está sesgado. Las y los investigadores han desarrollado investigaciones que tenían como punto de partida sus propios sesgos y las conclusiones de las mismas han sido aceptadas como información veraz y de relevancia sin ninguna crítica al respecto por el cuerpo médico, perpetuando así la desigualdad y convirtiéndola en un factor más imperceptible aún.

#### EJEMPLO

*Un ejemplo claro de lo anterior evidenciado por la “Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS)” 2013<sup>4</sup> es lo que sucede con la Endometriosis, una enfermedad inflamatoria crónica y tumoral que afecta a entre un 10-15% de la población femenina. La falta de investigación sobre la misma ha generado que incluso hoy en día sea difícil realizar un diagnóstico.*

*Por un lado, con el nivel de conocimiento actual y la variabilidad sintomática de la enfermedad, hay una dificultad derivada de la falta de conocimiento por el androcentrismo. Por otro lado, debido a la normalización del dolor menstrual, tanto profesionales como mujeres pueden llegar a infravalorar la importancia del mismo.*

*El resultado, al cruzarse estos sesgos, deriva en que la media de años que espera una mujer para recibir un diagnóstico de endometriosis es de entre 8 y 10 años, exponiéndola a un menoscabo de su salud que impacta no sólo en su bienestar físico, sino también en el psicológico; siendo de especial relevancia el impacto que puede llegar a tener incluso en su sexualidad.*



### Sesgos en la atención

Al tomar de forma inconsciente el modelo masculino como el patrón para diagnosticar y tratar, se dejan de percibir causas, síntomas diferenciales y otros elementos. Se dejan de diagnosticar patologías que pueden afectar específicamente a las mujeres. Para comprenderlo mejor a continuación se expone un ejemplo relacionado con la atención primaria en el ámbito sanitario:

La promoción y la educación en hábitos saludables en este sentido no pasan solo por la higiene postural y la ergonomía, sino que también incluyen, desde una

<sup>4</sup> Disponible en [ENDOMETRIOSIS \(semg.es\)](http://www.semg.es)

perspectiva de género, toda una línea relacionada con la concienciación y la sensibilización en materia de corresponsabilidad. Se trataría, por tanto, de legitimar el malestar de la mujer y explorar su deseo en relación a la reducción de las tareas que provocan los dolores y las lesiones.

Tal como se ha podido contemplar en el ejemplo, la aplicación de la perspectiva de género ofrece oportunidades para intervenciones interdisciplinarias que actúan sobre las causas que originan finalmente los daños a la salud. Sin esta mirada, se actuaría de una manera pasiva ante el contexto existente, asumiéndolo como una cuestión incapaz de ser transformada.

**IMPORTANTE:** no se pretende sobrecargar las responsabilidades del personal sanitario, sino **desarrollar determinadas competencias de detección de desigualdades entre mujeres y hombres** que permitan una intervención desde diversos ámbitos de las políticas públicas.

Existe un impacto diferencial del género en la salud, debido tanto a la socialización de género que provoca desigualdades materiales y simbólicas como al propio proceso de interiorización que hacen mujeres y hombres sobre las normas de género. A la vez, los sesgos androcéntricos en la concepción de la salud y la enfermedad, en el diseño e implantación de las políticas sanitarias tienen también efectos en la calidad de la salud de mujeres y hombres. Es por lo que el género es un determinante estructural, que, combinado con otros factores sociales, da lugar a diferencias en la exposición de riesgos y la vulnerabilidad de las personas que repercuten en la salud (OPS, 2010). Estos factores generan distintas situaciones de salud en mujeres y hombres. **Veamos las más relevantes:**



### El impacto desigual en la salud mental

#### QUÉ DICEN LOS DATOS:

La OMS calcula que en el mundo hay unos 450 millones de personas con algún tipo de patología mental, estimando que el 4,4% de la población mundial padece depresión y un 3,8% ansiedad, cifras que van en aumento.

A nivel mundial según la OMS, en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030, en muchas sociedades los trastornos mentales relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación, especialmente para la salud de las mujeres. La depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. En este sentido, la depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%) (OMS, 2018)<sup>5</sup>

¿A que se puede deber esta situación que explique el impacto que tiene la sobrecarga de los trabajos de cuidados y la responsabilidad de la gestión de las relaciones y de las redes familiares y sociales, que lleva a las mujeres a situaciones de estrés y malestar? Mabel Burín et al. (1991) señalan que la identidad relacional atribuida a las mujeres conlleva una serie de roles que ella ha apodado roles enfermantes, ya que se construyen en base a las relaciones de poder entre ambos sexos con efectos negativos para la salud mental de las mujeres. Mientras que a ellas se les asigna socialmente el poder de los afectos (identidad relacional).

---

<sup>5</sup> Disponible en: [Salud de la mujer \(who.int\)](http://salud.de.la.mujer(who.int))

En el caso de las mujeres, por tanto, las manifestaciones de disconformidad con el rol, con las tareas, con el proyecto vital asignado (maternidad, cuidados, sostén de la red de relaciones, etc.) serán percibidas como situaciones que precisan de medicación que las contenga. Es lo que Mabel Burín et al. (1991) han denominado "la tranquilidad recetada". En los estudios sobre prescripción de psicofármacos, María Jesús Soriano (2009) concluye que la relación entre hombres y mujeres recetados con tranquilizantes ha sido siempre de dos a uno, es decir, el doble de mujeres que de hombres toman psicofármacos.

Por otro lado, otras corrientes señalan que las mayores cifras de diagnóstico y de prescripción de psicofármacos no se deben exclusivamente a la peor salud mental de las mujeres, sino a que existe un proceso de etiquetaje. En ese sentido, Andrea Cabezas (2021) se basa en señalar que algunos diagnósticos psiquiátricos son construcciones socioculturales que se han alineado con los atributos emocionales de la feminidad hegemónica, facilitando la catalogación de las mujeres como enfermas mentales.

La peor salud mental de las mujeres ha sido demostrada tanto en encuestas de salud como en estudios de base clínica. La hipótesis acerca de una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres es inconsistente, lo que haría que las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres, junto con los modelos imperantes de masculinidad y feminidad hegemónicos, puedan estar explicando estas desigualdades de género en la salud mental (Bacigalupe, et al, 2020)

## SESGOS EN LOS DIAGNÓSTICOS DE SALUD MENTAL

Los sesgos de género en el diagnóstico llevan a catalogar como problema psicológico:

- En las mujeres: todas aquellas conductas o actitudes que se salen de la norma de género, en el entendido de que la salud femenina es aquella que se ajusta a la norma de conformidad y sumisión que se ha prescrito para las mujeres.
- En los hombres: la salud mental en los varones será aquella que siga los mandatos de valentía, riesgo e iniciativa que se le presupone a un hombre auténtico.

**A TENER EN CUENTA:** No se define igual a un hombre con problemas de salud mental que a una mujer con problemas de salud mental. El estigma se retroalimenta en el caso de las mujeres por el mero hecho de serlo. A las mujeres con trastorno mental se les llega a tildar de "incapaces", "malas madres", "desaliñadas", "histéricas", "sensibles" e "inferiores"<sup>6</sup>. El estigma también condiciona el relato de las mujeres con problemas de salud mental, porque se les

---

<sup>6</sup> Para una mayor profundidad consultar la Guía salud mental. *La interseccionalidad*. Disponible en: <https://atelsam.org/guia/la-interseccionalidad/>

da poca credibilidad y las descalifica cuando sufren y argumentan algún tipo de abuso o violencia.



## Carga global de trabajo

### QUÉ DICEN LOS DATOS:

Como afirmó María Ángeles Durán (2000), “la disparidad en el volumen de la carga global de trabajo sostenido por mujeres y hombres en España es muy grande”. La jornada real de trabajo (remunerado más no remunerado) a lo largo de la vida es casi doble para las mujeres (un promedio de 56.07 horas a la semana) que para los hombres (36.43 horas como promedio). Además de dedicar más horas al cuidado, las mujeres asumen las tareas más intensas. La carga global de trabajo es un concepto que recoge la suma de trabajo remunerado y trabajo no remunerado (García Sainz, 1999) y que visibiliza la importancia del trabajo no remunerado, casi en exclusiva a cargo de las mujeres, para lograr los niveles de vida de las unidades familiares en España.

### CONSECUENCIAS PARA LA SALUD:

Algunos estudios han evidenciado dicho impacto en la salud (García Calvente *et al*, 2004) esta dedicación casi exclusiva de las mujeres al trabajo no remunerado tiene consecuencias en su salud. Las principales son:

- Peor salud general.
- Más dolor y malestar.
- Mayor frecuencia de enfermedades crónicas.
- Reducción de los hábitos de vida saludables: escaso ejercicio físico, mala alimentación, descanso insuficiente.
- Mayor frecuencia de problemas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés.



## Impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres

### QUÉ DICEN LOS DATOS:

La violencia ejercida contra las mujeres tiene importantes implicaciones en su salud. Según los resultados de la Macroencuesta de Violencia contra la mujer (2019), en España 1 de cada 2 mujeres (57,3%), de 16 o más años han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres. Suponen 11.688.411 mujeres.

Un reciente estudio basado en los datos de la Macroencuesta para la Violencia de Género, mostraba que las mujeres de diferentes grupos de edad que habían estado expuestas a violencia física y/o sexual, así como a violencia psicológica por parte de su pareja, presentaban mayor probabilidad de tener mala salud mental que aquellas que no experimentaban ningún tipo de violencia<sup>7</sup>.

### EFFECTOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD:

Tal y como refieren Isabel Ruiz Perez, et al (2019)<sup>8</sup> *las mujeres expuestas a violencia física y/o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico que aquellas que no son víctimas de tal violencia*. A continuación, se presentan según la autora los efectos de la violencia en la salud de las mujeres:

- Salud física: Lesiones físicas, alteraciones funcionales, síntomas físicos, autopercepción de muy mala salud, síntomas inespecíficos, discapacidad permanente, obesidad severa.
- Trastornos crónicos: Síndromes dolorosos crónicos, síndrome de colon irritable, trastornos gastrointestinales, fibromialgia.
- Salud mental: Estrés postraumático, depresión, angustia, fobias/estado de pánico, trastornos de la conducta alimentaria, disfunción sexual, escasa autoestima, abuso de sustancias psicotrópicas.
- Salud sexual y reproductiva: Embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos o provocados, complicaciones del embarazo, bajo peso al nacer, enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones urinarias, infertilidad.
- Comportamientos negativos para la salud: Tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, comportamientos sexuales arriesgados, trastornos de la conducta alimentaria.

**IMPORTANTE:** Debido al especial impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres, es relevante reflexionar sobre la incorporación del ámbito sanitario como un agente más implicado, no ya solo en la detección sino también en la reparación del daño posterior a la violencia.

Por ejemplo, una buena práctica de incorporación de la perspectiva de género consistiría en la evaluación de los servicios actualmente disponibles y en su mejora para fomentar la seguridad de las mujeres durante el uso de los espacios. Del

---

<sup>7</sup> Sanz-Barbero B., Barón N., & Vives-Cases C. (2019). Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLOS ONE*, 14(10), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049>

<sup>8</sup> Ruiz Pérez, I., Pastor Moreno, G. (2019): "Violencia de género: cómo afecta a la salud de las mujeres". Cuaderno n.º 2. Cuadernos para la salud de las mujeres. EASP

mismo modo, es relevante que se tenga en cuenta la característica de ser supervivientes de violencia de género debido al amplio espectro de consecuencias que se pueden manifestar.



## Masculinidad hegemónica y riesgos para la salud

La socialización diferencial de género también tiene consecuencias negativas para la salud de los hombres en concreto. Todo lo expuesto anteriormente sobre el impacto de la socialización de género diferencial tiene su correlato en la salud de los varones y, también, en los efectos que su conducta tiene sobre la salud de las mujeres.

Como señala Luis Bonino (2001), el mandato de la masculinidad hegemónica “se mide en la competitividad, en la puesta a prueba, la confrontación y el riesgo, siendo la violencia un recurso válido para resolver conflictos y el vínculo entre los varones queda definido entre la amistad, la burla, la presión, la enemistad y la violencia”. El autor profundiza en las conductas que impone la matriz de la masculinidad hegemónica, saturadas de competición, riesgo y desprecio por la vulnerabilidad y deficitarias en comportamientos cuidadosos y afectivos.

### QUÉ IMPACTO TIENE EN LA SALUD DE LOS HOMBRES:

Esto conlleva el abuso del alcohol, la conducción temeraria, las peleas y otros patrones que generan problemas de salud específicos, con mayores índices de siniestralidad que para el género femenino.

Mabel Burín (2001) añade que “en el caso de los varones, parecería que el imperativo social de adscripción a su género (...) los llevaría a modelos de construcción de su subjetividad que los alejaría de la intimidad consigo mismos y con sus cuerpos”. Este alejamiento de su subjetividad y de sus cuerpos tendrá consecuencias en la gestión de la salud. A su vez, la legitimación, en su caso, del uso de la violencia tiene un impacto directo en la salud de las mujeres, por las consecuencias generadas por la violencia de género.

Un ejemplo del impacto de este alejamiento de la subjetividad se sigue encontrando en la mayor tasa de suicidios en los hombres frente a las de las mujeres. La propia incapacidad de verbalizar los malestares psicológicos, la gestión del malestar mediante mecanismos evasivos que impiden que se acrecienten son dos elementos clave en esta mayor tasa de suicidios directamente relacionada con la interiorización de una masculinidad hegemónica.

**IMPORTANTE:** Todo lo anterior obliga a definir, en cualquier programa de atención a la salud, ya sea en el nivel preventivo, en el de promoción de la salud y en el del tratamiento, un análisis de la construcción social de género que ha interiorizado cada paciente y las implicaciones que esta construcción subjetiva tiene para su salud.

En este apartado se compartirán las claves para la incorporación de la perspectiva de género de una manera transversal en base a las recomendaciones internacionales realizadas, como por ejemplo las recogidas como la labor de ONU Mujeres en las experiencias de las Conferencias Mundiales sobre la Mujer.

Para la OPS la planificación de políticas de salud y el abordaje de los problemas en este campo deben apoyarse en un análisis de contexto a partir de información y datos desglosados por sexo, así como otras categorías socioeconómicas clave para identificar y comprender las desigualdades. Esta desagregación permite (OPS, 2009: 26):

- Desvelar y caracterizar las diferencias por sexo en la salud y sus determinantes.
- Estimar la magnitud de la distribución de la carga de problemas que limitan y recortan prematuramente la vida de mujeres y hombres.
- Determinar para cada sexo el balance entre contribuciones y compensaciones por su respectivo trabajo en salud.
- Caracterizar el nivel de participación de mujeres y hombres en la toma de decisiones relacionadas con la salud en los niveles familiar, comunitario, sectorial y nacional.

En este sentido se han seleccionado cuatro herramientas teórico metodológicas:

### ***1. Datos desagregados por sexo***

Una herramienta básica es contar con datos desagregados de los siguientes aspectos:

- Hábitos saludables y de riesgo: consumo (y abuso) de sustancias legales e ilegales, dieta equilibrada, actividad física.
- Enfermedades graves y enfermedades crónicas: afectación diferencial por cáncer, desarrollo de enfermedades crónicas y discapacidades de nacimiento frente a las sobrevenidas.
- Uso de Servicios de atención a la Salud y la tipología de estos: atención primaria, atención por especialistas, atención hospitalaria con o sin ingreso.



- Tiempo medio para el diagnóstico de las enfermedades con especial impacto en la vida, especialmente en las de mayor afectación a las mujeres.
- Nivel de satisfacción de las personas usuarias con las atenciones sanitarias recibidas.
- Índice de diagnóstico erróneo, especialmente en aquellas enfermedades y situaciones que se saben infra o sobre diagnosticadas en hombres y mujeres.
- Impacto socioeconómico de las enfermedades o nivel de mejora o empeoramiento del estatus económico de las personas pacientes, con especial atención en realidades de enfermedades crónicas y de gran impacto en la calidad de vida.

## ***2. Cuestiones de especial relevancia en cuanto a género***

Es fundamental poder obtener datos de especial relevancia sobre:

- Tiempo de espera hasta la atención y el diagnóstico en enfermedades.
- Tiempo de espera hasta la atención y el diagnóstico en enfermedades y casuísticas de especial afectación a las mujeres:
  - ✓ Cáncer de mama.
  - ✓ Cáncer de útero.
  - ✓ Fibromialgia.
  - ✓ Diagnósticos de salud mental de alta prevalencia en mujeres.
- Nivel de satisfacción con la escucha y la validación prestada por profesionales.
- Índice de comentarios sexistas en servicios sanitarios.
- Índice de denuncias por agresión sexual.
- Índice de experiencias de resistencia y/o negación de acceso a derivaciones y servicios sanitarios específicos (por ejemplo, resistencias en el acceso a mecanismos de planificación familiar).

## ***3. Enfoque dual: medidas de acción positiva y transversalidad***

El enfoque dual se empezó a materializar a partir de la IV Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing, en 1995. En concreto, según la Comisión Europea (1996) supone integrar sistemáticamente las situaciones, prioridades y necesidades respectivas de mujeres y hombres en todas las políticas, con vistas a promover la

igualdad entre hombres y mujeres y recurrir a todas las políticas y medidas generales con el fin específico de lograr la igualdad, teniendo en cuenta activa y abiertamente, desde la fase de planificación, sus efectos en las situaciones respectivas de unas y otros cuando se apliquen, supervise y evalúen [comunicado de la Comisión COM9667 final de 21.2.1996]. Paralelamente a la «transversalidad», la persistencia de desigualdades sigue exigiendo la aplicación de medidas específicas en favor de las mujeres. En eso se basa este enfoque dual, es decir, en seguir haciendo acciones positivas dedicadas específicamente a ocuparse de las prioridades y las necesidades de las mujeres y las niñas.

En el caso que nos ocupa, este enfoque recomienda combinar los programas de promoción de la salud, de prevención y atención dirigidos específicamente a mujeres y hombres, abordando sus problemáticas específicas, con la incorporación de la perspectiva de género en todo el diseño de la política sanitaria, desde el diagnóstico, el diseño de políticas de prevención, promoción de la salud, asistencia sanitaria y evaluación del impacto de las políticas.

Es decir que las medidas van desde los enfoques de la salud de las mujeres que hacen hincapié en la salud reproductiva y la violencia contra las mujeres hasta programas específicos dedicados a destacar el género como determinante estructural de la salud de las mujeres y los hombres, centrados en modificar las relaciones desiguales de poder y subordinación, así como en permitir el empoderamiento de la mujer para acceder a los recursos de salud (OPS, 2019).

Para implantar la estrategia dual es necesario:

- Legitimar la transversalidad desde la máxima autoridad política en materia de salud.
- Formar a los cuadros directivos en materia de género y salud.
- Formar al personal sanitario en materia de género y salud haciendo especial hincapié en la interseccionalidad y la diversidad.
- Mantener programas estables de formación de género con el personal de salud.
- Considerar la morbilidad diferencial en la planificación de los programas de salud específicos para mujeres.
- Garantizar que toda la política sanitaria incorpore el enfoque de género.

#### ***4. Actualización y formación del personal sanitario***

El personal sanitario, es probablemente el grupo profesional que mayor continuidad formativa mantiene a lo largo de su vida. Los avances científicos y tecnológicos no cesan y cualquier rama médica requiere de actualizaciones en estos sentidos.

Sin embargo, no siempre se da importancia a la rigurosidad de la mirada sobre el género en esos avances concretos, ni se revisan conocimientos previos en base al género. Por lo tanto, una primera área relevante en el sentido de esta propuesta práctica de mejora es la incorporación de la perspectiva de género en las formaciones técnicas que permita no solo la actualización de conocimientos, sino la revisión de los previamente adquiridos.

A su vez, es probable que no haya formaciones específicas sobre cómo incorporar miradas basadas en el enfoque de Derechos Humanos, Interseccionalidad y Género pensadas para el personal sanitario, dado que a menudo se olvida esta dimensión de alta relevancia del trato a la población y los posibles sesgos.

Por ello, también sería interesante ofrecer acciones formativas que permitiesen vencer los sesgos presentados en esta guía desde esta otra dimensión, analizando el trato a pacientes y personas con quienes se trabaja y dialoga a diario. En este sentido sería interesante actualizar las competencias profesionales que ofrezcan mejoras de trato a la ciudadanía atendida.

7

## EXPERIENCIAS RELEVANTES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE DE GÉNERO EN POLÍTICAS DE SALUD

Se exponen a continuación algunas experiencias relacionadas con género y salud que podrían servir de ejemplo para adaptarlas en el contexto de Castilla-La Mancha.

### Nivel estatal

#### Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM). Ministerio de Sanidad.

El Observatorio forma parte de la Dirección General de Salud Pública<sup>9</sup>. En él se trabaja en la elaboración de líneas de actuación comunes que consigan disminuir las desigualdades en salud basadas en el género. Mediante este organismo se construye un espacio donde diversos agentes implicados pueden colaborar y participar en la construcción y difusión de conocimiento actualizado.

Estas reflexiones conjuntas pueden permitir realizar un análisis ajustado a la realidad con una perspectiva de género presente que permita interferir y modificar las políticas públicas y los sistemas de salud. Sus actuaciones se articulan en los siguientes ejes con amplia documentación, estudios y enlaces de interés referidos a cada uno:

- Investigación.
- Formación.
- Violencia contra las mujeres.
- Salud sexual y reproductiva.
- Políticas de género.

**PARA LA REFLEXIÓN ¿ES POSIBLE ADAPTAR ESTA EXPERIENCIA AL CONTEXTO CASTELLANO MANCHEGO?:** Si bien a nivel estatal contamos con un modelo en el que se incorpora la perspectiva de género, cabe la consulta de si para un nivel autonómico sería recomendable seguir ese modelo o construir un eje propio del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha más allá, o que sirva de apoyo a la labor de la propia Unidad de Igualdad en la Consejería correspondiente. Tal como se verá en otras experiencias, incluso se puede reflexionar sobre la posibilidad de la creación de un foro de participación abierto también a la ciudadanía partícipe de movimientos relevantes en materia de Salud y Género.

<sup>9</sup> Ministerio de Sanidad. Observatorio de salud de las mujeres. Disponible en: <https://www.observatoriosaludmujeres.es/>

Entre los materiales promovidos desde el OSM cabe señalar la publicación "Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género" (2009) que parte de una mirada integral a la atención clínica. Es decir, no tiene en cuenta solo los sesgos propios de la falta de actualización profesional en materia de descubrimientos de la propia rama de conocimiento, sino que también incluye sesgos fruto del proceso de socialización individual. Atiende al impacto que puede tener una sociedad no del todo igualitaria en la propia comprensión del personal profesional sobre las problemáticas sociales, puesto que ninguna persona del ámbito sanitario está exenta de haber crecido en entornos discriminatorios.

## Nivel autonómico

### **Género y salud, de la Unidad de Igualdad de Género de la Junta de Andalucía** <sup>10</sup>

Esta experiencia a nivel autonómico que se desea rescatar es la del Instituto Andaluz de la Mujer de la Junta de Andalucía. Incluye apartados de publicaciones relacionadas con la temática y se anima desde esta guía a su consulta. Pero, además, en esta ocasión, tenemos un Módulo introductorio en el cual se analiza la temática en sí misma sin entrar de lleno con cualquiera de los subtemas que serían posibles. Por ello, se considera como un documento que puede reafirmar un buen punto de partida y establecer algunas pautas claras.

Además, también debemos mencionar que estas iniciativas de trabajo y de introducción de la perspectiva de género como labor del Instituto Andaluz de la Mujer de la Junta de Andalucía también han revertido sobre las políticas en el ámbito sanitario, por ejemplo, la Escuela Andaluza de Salud Pública tiene un Portafolio específico de Salud y Género<sup>11</sup>.

### **Área temática "Atención Social y Salud".**

En el área Temática "Atención Social y Salud" se incluye información sobre recursos de especial interés de las mujeres. En este caso, el Instituto Andaluz de la Mujer colabora con entidades sin ánimo de lucro, ONGs y otros organismos similares.

---

<sup>10</sup> Unidad de Igualdad de Género de la Junta de Andalucía. *Género y salud*. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/node/306>

<sup>11</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública. *Salud y género*. Disponible en: <https://www.easp.es/project-category/genero-y-salud/>

## PARA LA REFLEXIÓN ¿ES POSIBLE ADAPTAR ESTA EXPERIENCIA AL CONTEXTO CASTELLANO MANCHEGO?:

En el contexto de la región de Castilla-La Mancha, cabe la reflexión sobre si, formaciones o módulos que permitan el aprendizaje autodidacta, serían viables también como materiales a compartir y a poner en valor dentro del sistema de la Escuela de la Administración Regional, por poner un ejemplo.

Además de pensar sobre las vías de posibilidad de incorporación de algunos de estos servicios, es necesario también reflexionar sobre la manera más ágil de su incorporación desde el punto de vista de difusión a la ciudadanía. Es decir, cabe la pregunta de, para las mujeres manchegas, ¿qué es más cómodo? ¿ver que son servicios específicos para ellas del ámbito de políticas Sanitarias o acudir a la información a través de la web del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha?

## Red pública de consultas ginecológicas y obstétricas accesibles en Andalucía.

Esta red es una iniciativa autonómica puesta en marcha en Andalucía, fruto de la incidencia política de los movimientos asociativos de las mujeres con discapacidad en el territorio<sup>12</sup>. En este caso nos encontramos ante una política pública del ámbito de la salud que no solo cuenta con la perspectiva de género, sino que también tiene una apuesta interseccional desde el momento en el que se centra en poder ofrecer espacios a mujeres con discapacidad que sean libres de barreras arquitectónicas y con equipos profesionales con formación especializada.

PARA LA REFLEXIÓN ¿ES POSIBLE ADAPTAR ESTA EXPERIENCIA AL CONTEXTO CASTELLANO MANCHEGO?: Es relevante partir de los datos desagregados mencionados anteriormente en esta guía para poder detectar si hay dificultades específicas detectadas, por ejemplo, en la oferta de atención a mujeres con algún tipo de discapacidad. Incluso cabe la posibilidad de reflexionar sobre otras características que generen especial vulnerabilidad o riesgo de exclusión en el contexto de Castilla-La Mancha o repensar los elementos clave en la facilitación de atención sanitaria a cada colectivo.

---

<sup>12</sup> Para una mayor profundidad consultar en el Boletín de Generosidad de Fundación CERMI Mujeres. Disponible en: <http://boletingenerosidad.cermi.es/noticia/protagonistas-maria-jose-melenero-experta-genero-salud.aspx>

## Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (3ª edición 2020)

El presente protocolo<sup>13</sup>, además de tener recomendaciones para la casuística de mujeres víctimas, también recoge pautas específicas para mujeres en situación de vulnerabilidad y situaciones especiales. Fue diseñado por la Consejería de Salud y Familias, parte de la Junta de Andalucía recientemente. Algunos de los colectivos de mujeres contemplados como de especial vulnerabilidad serían los siguientes en la casuística de la Junta de Andalucía: mujeres mayores, mujeres en medios rurales, embarazadas, migrantes, con discapacidad, aquellas con VIH o las mujeres transexuales.

**PARA LA REFLEXIÓN ¿ES POSIBLE ADAPTAR ESTA EXPERIENCIA AL CONTEXTO CASTELLANO MANCHEGO?:** Para poder implementar un Protocolo similar en el ámbito de la actuación sanitaria donde se preste atención a situaciones de especial vulnerabilidad y riesgo, es esencial prestar atención a la conformación demográfica de Castilla-La Mancha. Aquellas características más representativas de las mujeres de la región en materia de vulnerabilidad tendrían que ser las que obtuviesen una especial atención. Del mismo modo, sería interesante poder mejorar la formación del personal sanitario en materia de detección, dado que en ocasiones también se desarrollan sesgos en torno a determinados colectivos de mujeres que impiden la correcta detección y atención.

---

<sup>13</sup> Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/adulta/paginas/violencia-genero-protocolo.html>

## Guía de lenguaje para el ámbito de la salud. Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer.

Aunque sea una guía de no reciente publicación, ya que es del año 2009, cabe mencionarla por su especificidad y su apuesta pionera en la creación de un material de utilidad para profesionales del ámbito sanitario. Cabe subrayar este tipo de guías porque a menudo es difícil mantener presente la importancia de un lenguaje que nombre a la totalidad de la ciudadanía y que no construya sesgos inconscientes por invisibilización.

### PARA LA REFLEXIÓN ¿ES POSIBLE ADAPTAR ESTA EXPERIENCIA AL CONTEXTO CASTELLANO MANCHEGO?:

El Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha ha comenzado ya el camino de crear herramientas de ayuda para profesionales de ámbitos en los que no siempre la incorporación de la perspectiva de género es sencilla. Por lo tanto, de cara a una mejor y mayor incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias, cabe la reflexión sobre la creación de una guía propia donde se atienda a conceptos comunes y habituales del ámbito sanitario y donde no siempre es sencillo mantener un lenguaje incluyente.

Además, en este caso cabe la consulta sobre si también se incluirá en la guía un apartado que vaya dirigido, por ejemplo, a la ciudadanía, para que también tome conciencia de sus propios sesgos y usos de lenguaje sexista. Por ejemplo, muchas doctoras jóvenes expresan pesar al ver que a ojos de las generaciones más mayores son siempre tratadas mediante diminutivos, apelativos cariñosos o son confundidas con otras categorías profesionales.

Cuenta también con varias guías de comunicación incluyente y no sexista. Las publicadas hasta la fecha son las siguientes:

- ✓ Guía de comunicación incluyente y no sexista: Más que Palabras (2018).
- ✓ Guía de comunicación incluyente y no sexista: En las administraciones. Más que Palabras (2019).
- ✓ Guía de comunicación incluyente y no sexista: En las profesiones. Más que Palabras (2019).
- ✓ Guía de comunicación incluyente y no sexista: En los medios de comunicación. Más que Palabras (2021).



Para finalizar esta guía ofrecemos algunas ideas finales de áreas de mejora e incorporación de la perspectiva de género en la creación de políticas sanitarias en la región de Castilla-La Mancha. Cabe mencionar que algunas de estas recomendaciones ya están encontrando sus primeras iniciativas en la actualidad y que también deben ser contrastadas con la realidad demográfica de la región.

### **8.1. Identificar los sesgos de género en el ámbito clínico**

- ✓ Actualizar el conocimiento del personal sanitario y fomentar la investigación sobre sesgos de género, especialmente en enfermedades con prevalencias claras y sin aparentes motivos biológicos asociados.
- ✓ Identificar determinantes de género en la salud para poder promover la incorporación de políticas sanitarias que los contemplen y que se diseñen programas de prevención biopsicosocial.
- ✓ Ampliar la formación basada en la perspectiva del diagnóstico diferencial en base al género que permita vencer la menor frecuencia de diagnósticos y diagnósticos tardíos cuando las mujeres manifiestan malestares vinculados a enfermedades en las que no tienen prevalencia.

### **8.2. Modificar el sistema de valores sexistas ocasionado por el desconocimiento y los prejuicios, desarrollando una metodología que incorpore un enfoque biopsicosocial de la salud en el sistema sanitario.**

- ✓ Ofrecer formaciones extensas sobre sesgos en el ámbito sanitario e imaginarios sociales que afectan a la buena praxis.
- ✓ Analizar e investigar sobre el impacto de los sesgos sexistas en la región a través del análisis de datos desagregados por sexos que permitan analizar prevalencias, diagnósticos tardíos y otras problemáticas.
- ✓ Realizar campañas de sensibilización que modifiquen la conciencia profesional en torno a los sesgos en base al género.

### **8.3. Fomentar la sensibilidad de género en el personal de la institución sanitaria a través del conocimiento y la formación**

- ✓ Realizar formaciones en torno a campañas vinculadas a enfermedades y riesgos sanitarios específicos.

- ✓ Crear espacios que faciliten la supervisión y la revisión profesional desde la perspectiva de género.
- ✓ Fomentar espacios de diálogo entre profesionales para la formación mutua y la creación de espacios de retroalimentación positiva.
- ✓ Formaciones específicas en igualdad de género y diversidad.

#### **8.4. Promover y desarrollar programas de salud específicos para mujeres y niñas**

- ✓ Investigar sobre los retos en la región en materia de salud de mujeres y niñas para detectar las carencias.
- ✓ Crear programas adaptados a las necesidades de cada colectivo: mujeres rurales, con discapacidad, migrantes, de etnia gitana, mujeres transexuales, etc.
- ✓ Crear mecanismos que faciliten la participación en espacios grupales superando las dificultades creadas por la extensión territorial.

#### **8.5. Proveen recursos y desarrollar programas de salud específicos para mujeres y niñas que tienen algún tipo de discapacidad.**

- ✓ Crear mecanismos que permitan y faciliten el acceso a la atención sanitaria teniendo en cuenta las necesidades particulares de las mujeres con limitación en su movilidad o con otros tipos de discapacidad.
- ✓ Proporcionar la información, referente a los procesos de salud que les afectan, de una manera clara y comprensible, adaptada a sus necesidades para poder ejercer sus derechos y decidir libremente.
- ✓ Proporcionar formación al personal sanitario.

#### **8.6. Promover la Salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas**

- ✓ Trabajar una línea de sexualidad con un enfoque de la diversidad existente y no vincularla a los estereotipos. Una línea que mantiene una actitud pedagógica, de información y no culpabilización, fomentando la toma de decisiones informadas.
- ✓ Ampliar el conocimiento médico y el autoconocimiento sobre la menstruación para facilitar los diagnósticos de malestares y enfermedades relacionadas con la misma.

- ✓ Facilitar información veraz y actualizada sobre los métodos anticonceptivos y la IVE.
- ✓ Garantizar el ejercicio del derecho a la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) en el sistema sanitario público.
- ✓ Facilitar información y herramientas para que el embarazo y el parto se den de manera que responda a las necesidades y preferencias personales y no a imposiciones sanitarias sin base científica. Por ejemplo, fomentando el uso y respeto hacia documentos como el Plan de Parto.
- ✓ Normalizar la reproducción como una opción más y no patologizar su ausencia ni impedir la toma de decisiones relacionadas con la anticoncepción en base a este prejuicio.

**IMPORTANTE:** La **salud reproductiva** implica la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijas/os y cuando se desea. Esta concepción de la salud reproductiva supone el derecho de las personas a elegir métodos **anticonceptivos** seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y de tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las **personas** las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos.

Las políticas de salud sexual y reproductiva se deben dirigir a ambos sexos, para hacerles corresponsables de su papel en la reproducción, pero tiene que diseñar políticas y dispositivos específicos para atender todo el ciclo reproductivo de las mujeres: desde la menarquía, pasando por todo el ciclo reproductivo hasta la menopausia. Ver con más detalle el [anexo 2](#) sobre los derechos sexuales y reproductivos.

### **8.7. Proveer recursos y medios para la prevención de la violencia de género y la atención sanitaria y sociosanitaria de las mujeres víctimas de la misma**

- ✓ Ofrecer formación dirigida a personal sanitario en materia de detección e intervención en derivaciones en situaciones de violencia de género y otras violencias contra las mujeres.
- ✓ Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación para la mejora de los protocolos interdisciplinares de derivación y actuación existentes.
- ✓ Realizar campañas de sensibilización que permitan incidir en el compromiso profesional y en el desarrollo de nuevas competencias profesionales relacionadas con la temática.

### **8.8. Promover la atención comunitaria como metodología de participación de las propias pacientes en el proceso de transformación**

- ✓ Establecer redes profesionales que permitan la intervención multidisciplinaria clave para la atención comunitaria en materia de salud y género.
- ✓ Formar y activar a las mujeres ciudadanas en materia de agentes promotoras y mediadoras en salud con perspectiva de género.
- ✓ Crear y fortalecer redes profesionales también conformadas por la población ciudadana objetivo (en este caso, las mujeres ciudadanas).

### **8.9. Promover como eje de cuidado la corresponsabilización dentro del grupo familiar y social de los cuidados de menores y personas dependientes**

- ✓ Realización de campañas que incluyan la mirada sanitaria en la concienciación en materia de corresponsabilidad dirigida a la ciudadanía y al personal sanitario.
- ✓ Desarrollar programas que permitan una transición hacia la corresponsabilidad que atienda también a los malestares por sobrecarga de cuidados. Desarrollando, por ejemplo, espacios grupales dirigidos a mujeres cuidadoras.
- ✓ Desarrollar competencias profesionales y aptitudes que faciliten la comunicación que no refuerce sesgos y estereotipos sexistas en materia de corresponsabilidad a la hora de comunicarse con la ciudadanía. Por ejemplo, pueden incluirse pautas específicas de fomento de la corresponsabilidad y de no invisibilización de la sobrecarga de cuidados en guías de comunicación o pautas de atención a la ciudadanía.

### **8.10. Incorporar la perspectiva de género en los objetivos de la investigación sanitaria y en los trabajos de investigación que se concierten con otras entidades**

- ✓ Crear equipos y referentes en materia de perspectiva de género responsables de las evaluaciones pertinentes previa aprobación de procesos de investigación.
- ✓ Formar y crear equipos y referentes con una perspectiva interseccional.
- ✓ Verificar que las entidades con quienes se concierten trabajos de investigación cuentan con formación específica en la materia de incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de las políticas sanitarias.

- ✓ Crear un distintivo revocable para diferenciar a entidades concertadas que sí que cuenten con personal experto en perspectiva de género y darlas a conocer.

### **8.11. Promover una comunicación incluyente en el sistema sanitario de CLM**

- ✓ Desarrollar una Guía sobre la comunicación incluyente y no sexista.
- ✓ Crear campañas en relación con fechas conmemorativas que permitan recordar algunas pautas clave y los materiales creados como la Guía.
- ✓ Realizar periódicamente formaciones específicas que atiendan a las necesidades y dificultades detectadas por profesionales de ámbito sanitario.

Bacigalupe Amaia, Cabezas Andrea, Baza Bueno Mikel, Martín Unai (2020) El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020 Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020. Gaceta Sanitaria. Volumen 34. Suplement 1, pages 61-67

Bonino, Luis (2001). Salud, varones y masculinidad. *Voces para la Igualdad*.

Burin, Mabel (1991) El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada. Paidós.

Burín, Mabel (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Universidad de Buenos Aires.

Cabanillas-Montferrer, Teresa & Giménez-Bonafé, Pepita (2022). El sesgo de género en la asistencia sanitaria: definición, causas y consecuencias en los pacientes. *MUSAS. Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, 7(1), 106-129. <https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num1.6>

Cabezas Rodríguez, Andrea (2021). Desigualdades de género en salud mental. Análisis de su medicalización desde la perspectiva interseccional. Universidad del País Vasco.

Chilet-Rosel, Elisa (2014) Gender bias in clinical research, pharmaceutical marketing, and the prescription of drugs. En: *Global Health Action*. vol. 7, núm. 1

Comunicación de la Comisión, de 21 de febrero de 1996, «Integrar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el conjunto de las políticas y acciones comunitarias» COM(96) 67 final. [Integración de la igualdad de oportunidades en las políticas comunitarias \(europa.eu\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:31996COM0067)

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2019). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>

Durán, María Ángeles (2000). Uso del tiempo y trabajo no remunerado. *Revista de Ciencias Sociales*, 21, 56-70.

Finkel, Lucía, Arroyo, Millán, García, Manuel, Garcés, Mario & Gálvez, María (2020). Estudio de mujer, discapacidad y enfermedad crónica. Universidad Complutense. Disponible en: [https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe\\_mujer\\_discapacidad\\_y\\_enfermedad\\_cronica.pdf](https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_mujer_discapacidad_y_enfermedad_cronica.pdf)

Fundación CERMI Mujeres. (2017). *Por una atención adecuada a la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad*. Disponible en: <http://boletingenerosidad.cermi.es/noticia/protagonistas-maria-jose-melenero-experta-genero-salud.aspx>

García Sainz, Cristina (1999). *La carga global de trabajo. Un análisis sociológico*. Tesis. Universidad Complutense de Madrid.

García-Calvente, María del Mar, Del Río Lozano, María & Martín Barato, Amelia Inmaculada (2018) *La salud de las mujeres ¿Diferentes o Desigual? Cuadernos para la Salud de las Mujeres*. N°0. Instituto Andaluz de la Mujer. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: [000 la-salud-de-las-mujeres DIGITAL-1.pdf \(easp.es\)](#)

García-Calvente, María del Mar, Mateo-Rodríguez, Inmaculada, & Maroto-Navarro, Gracia. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 2), 83-92. Recuperado en 27 de diciembre de 2023, de INE (2010) Encuesta de empleo del tiempo. Disponible en: [INEbase / Nivel y condiciones de vida \(IPC\) / Condiciones de vida / Encuesta de empleo del tiempo / Resultados](#)

Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha. (2018). Guía de comunicación incluyente y no sexista: Más que Palabras. Disponible en: [https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201207/guia\\_01\\_definitiva\\_5\\_06\\_2020\\_0.pdf](https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201207/guia_01_definitiva_5_06_2020_0.pdf)

Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha. (2019). Guía de comunicación incluyente y no sexista: En las administraciones. Disponible en: [https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201207/guia\\_02\\_05\\_06\\_2020.pdf](https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201207/guia_02_05_06_2020.pdf)

Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha. (2019). Guía de comunicación incluyente y no sexista: En las profesiones. Disponible en: [https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201207/guia\\_03\\_definitiva\\_05\\_06\\_2020.pdf](https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201207/guia_03_definitiva_05_06_2020.pdf)

Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha. (2020). Guía de comunicación incluyente y no sexista: En los medios de comunicación. Más que palabras. Disponible en: [https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201207/guia\\_04\\_definitiva\\_20.pdf](https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201207/guia_04_definitiva_20.pdf)

Instituto Vasco de la Mujer. (2009). Guía de lenguaje para el ámbito de la salud. Disponible en: [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_guias2/es\\_emakunde/adjuntos/guia\\_lenguaje\\_sani\\_es.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_guias2/es_emakunde/adjuntos/guia_lenguaje_sani_es.pdf)

Junta de Andalucía. (2020). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/adulta/paginas/violencia-genero-protocolo.html>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009a): Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) Género y Salud: Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2019. Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de las Américas. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51809/9789275321614\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51809/9789275321614_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=)

Ruiz Pérez, Isabel & Pastor Moreno, Guadalupe (2019): "Violencia de género: cómo afecta a la salud de las mujeres". Cuaderno n.º 2. Cuadernos para la salud de las mujeres. EASP

Ruiz-Cantero, María Teresa & Verdú-Delgado, María. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 118-125. Recuperado en 27 de diciembre de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&tlng=es).

Sanz-Barbero Belen, Barón Natalia & Vives-Cases Carmen (2019). Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLOS ONE*, 14(10), 1-12.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049>

Scott, Joan (1983). Women in history. The modern period. *Past & Present*, (101), 141-157.

Soriano, Maria Jesús (2009). La medicalización de la Salud de las Mujeres. La Panacea de los Psicofármacos. *Revista Mujeres y Salud*, (25). Disponible en: [http://www.majeso.es/articulos/la%20medicalizacion de la salud de las mujeres.pdf](http://www.majeso.es/articulos/la%20medicalizacion%20de%20la%20salud%20de%20las%20mujeres.pdf)

Velasco, Sara (2009). Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>



## Anexo 1: Datos de la situación de la salud en la región.

### Morbilidad hospitalaria

Durante 2019, en Castilla-La Mancha 90.226 mujeres y 84.082 hombres fueron ingresadas en hospitales por diferentes causas. Dentro de las mujeres, la primera causa de ingreso hospitalario era en relación al embarazo y el parto, con una prevalencia mayor que la media nacional - un 19% del total de ingresos en mujeres en CLM frente a 17,6% en la media nacional-.

Las siguientes causas son compartidas tanto en mujeres como en hombres y son las enfermedades del aparato respiratorio, digestivo y circulatorio - teniendo una mayor prevalencia en hombres -. Respecto al resto de causas, se observa una prevalencia parecida en ambos sexos y se mantienen en la tendencia nacional.

Tabla 1. Tasa de morbilidad hospitalaria según sexo en 2019 en CLM.

	<b>MUJERES (%)</b>	<b>HOMBRES (%)</b>
<b>COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO</b>	19,0	0
<b>ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO</b>	12,4	17,5
<b>ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO</b>	11,4	15,1
<b>ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO</b>	10,5	14,8
<b>LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS</b>	8,2	8,9
<b>NEOPLASIAS</b>	7,8	10,5
<b>ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO</b>	7,0	6,6
<b>ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO</b>	5,6	5,6
<b>TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO</b>	2,4	2,4
<b>ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS</b>	3,2	2,3

<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO</b>	2,5	2,1
<b>ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS</b>	1,8	1,3
<b>ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL</b>	1,4	1,5
<b>ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO</b>	0,9	1,0
<b>ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO</b>	0,8	1,0
<b>OTRAS CAUSAS</b>	5,1	9,4

### Causas de Mortalidad

Entre las causas de mortalidad de la población castellanomanchega, consultando los datos del INE de 2019, las tres principales causas de muerte de las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio (30,21% de los fallecimientos), los tumores (19,26%) y las enfermedades del sistema respiratorio (12,11%). En los hombres, la primera causa fueron los tumores (30,48% de los fallecimientos), en segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio (24,46%) y, en tercer lugar, las enfermedades del sistema respiratorio (14,41%). Es importante destacar la existencia de grandes diferencias entre géneros en los fallecimientos a causa de "accidentes de tráfico" y "suicidio o lesiones autolíticas" que afectan más a los hombres; y a causa de "trastornos mentales y del comportamiento", "enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos", "enfermedades del sistema genitourinario" o "violencia de género" que afectan en mayor medida - o exclusivamente en el caso de los feminicidios - a las mujeres.

Tabla 2. *Distribución de las causas de mortalidad de mujeres y hombres de Castilla-La Mancha durante 2019.*

	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS</b>	122	100	222
<b>TUMORES</b>	1.849	3.007	4.856
<b>ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD</b>	54	40	94

<b>ENFERMEDADES ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y METABÓLICAS</b>	351	253	604
<b>TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO</b>	649	373	1.022
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b>	654	475	1.129
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO</b>	2.900	2.413	5.313
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO</b>	1.163	1.422	2.585
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO</b>	570	577	1.147
<b>ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO</b>	80	40	120
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO</b>	173	93	266
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO</b>	429	320	749
<b>EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO</b>	1	-	1
<b>AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL</b>	15	12	27
<b>MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS</b>	13	24	37
<b>SÍNTOMAS SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE</b>	264	248	512
<b>ACCIDENTES DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS DE MOTOR</b>	19	72	91
<b>SUICIDIO Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS</b>	37	115	152
<b>VIOLENCIA DE GÉNERO</b>	2	-	2
<b>OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD</b>	256	282	538

<b>TOTAL</b>	9.601	9.866	19.467
--------------	-------	-------	--------

### Esperanza de vida

Con respecto a la esperanza de vida de la población castellanomanchega, observando los datos de 2019 se comprueba que en todas las provincias se sitúa por encima de la media nacional, tanto para mujeres como para hombres. La media de la región alcanza los 86,03 años para mujeres y 81,18 para hombres, mientras que la media de España es de 85,85 para mujeres y 80,46 para hombres. Por lo que también se comprueba que, en CLM, se reduce la diferencia entre géneros de forma notable.

Tabla 3. *Esperanza de vida al nacimiento de mujeres y hombres de CLM en 2019.*

	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>DIFERENCIA ENTRE GÉNEROS</b>
<b>ALBACETE</b>	85,82	80,89	4,93
<b>CIUDAD REAL</b>	85,27	80,60	4,67
<b>CUENCA</b>	86,23	81,25	4,98
<b>GUADALAJARA</b>	86,82	82,70	4,12
<b>TOLEDO</b>	86,43	81,29	5,14
<b>MEDIA ESPAÑA</b>	85,85	80,46	5,39
<b>MEDIA CLM</b>	86,03	81,18	4,85

### Salud Mental

En Castilla-La Mancha, las mujeres acuden en mayor medida a consultas de salud mental que los hombres (5,1% frente a 3,7%). La sintomatología depresiva es la que más prevalece, seguida de la ansiedad. Ambas problemáticas tienen una incidencia notablemente mayor en las mujeres, llegando casi a doblar la proporción de hombres afectados.

Profesionales del ámbito de la salud mental informan de la frecuencia de los diagnósticos tardíos en mujeres con patología mental grave (PMG). Además, teniendo en cuenta los roles tradicionales de género y los trabajos de cuidado

que recaen en las mujeres, las pacientes con PMG se enfrentan a situaciones complejas al ser ellas las necesitadas de cuidados.

Algunas de las razones que favorecen que en las mujeres haya una mayor prevalencia de enfermedades mentales son: La falta de participación en los espacios públicos - y consecuentemente la disminución de las redes de apoyo -, la socialización diferencial de género, la precariedad laboral y la naturalización de los padecimientos de las mujeres. A esto se suma un mayor riesgo si hablamos de mujeres víctimas de violencia de género y de violencia sexual.

En los hombres, los problemas de salud mental se traducen en mayor medida en suicidio e intentos autolíticos. También tienden a padecer una mayor comorbilidad, impulsado en ocasiones por el retraso en la solicitud de ayuda profesional.

### **Salud Sexual y Reproductiva**

En materia de Salud Sexual y Reproductiva, si bien es cierto que la mayor labor no refiere solo a este apartado, es relevante señalar que en la actualidad las mujeres en la Región no pueden ejercer su derecho a la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) en el sistema sanitario público. En caso de desear acogerse a su derecho de hacerlo, deben acudir a una de las dos clínicas concertadas ubicadas en Ciudad Real y en Albacete.

Esta situación supone un reto no solo en cuanto a la mejora de la situación actual, sino también de cara a conocer mejor la propia realidad de Castilla-La Mancha para poder implementar políticas preventivas efectivas.

### **Usos del tiempo: Los trabajos de cuidados no remunerados**

La feminización de la precariedad laboral se relaciona también con la sobrecarga en los trabajos de cuidados que las mujeres desempeñan, debido a la ausencia de corresponsabilidad en los hogares. En ocasiones, este rol tradicional de cuidadoras, fuerza a las mujeres a acogerse a jornadas más reducidas para poder realizar todas estas tareas dentro del espacio doméstico y familiar.

En la última encuesta de empleo del tiempo<sup>14</sup> se observa que las mujeres castellanomanchegas invierten en un día casi 3 horas más que los hombres en las actividades relacionadas con el hogar y la familia. También muestra una diferencia de casi 2 horas en la jornada laboral semanal entre hombres y mujeres - esto es 1 hora más de diferencia que la media de España -, reforzando esa distribución desigual de las jornadas que comentábamos con anterioridad.

---

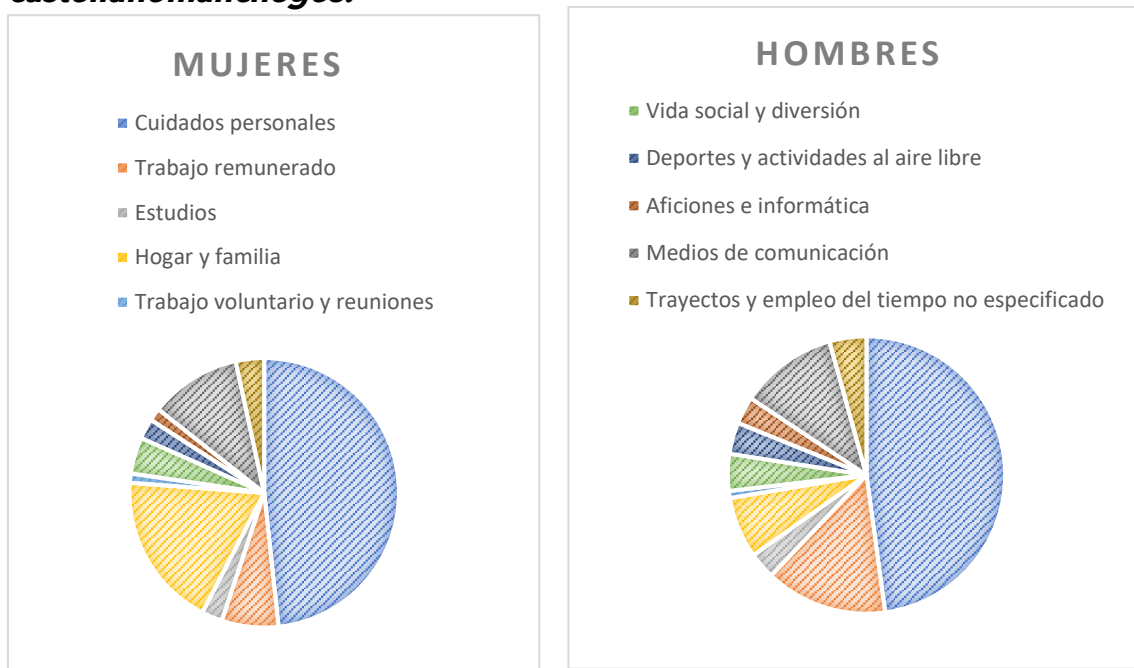
<sup>14</sup> Ine.es. 2010

También se observan diferencias entre géneros - superior a la media estatal - en las categorías de "estudios", "deportes y actividades al aire libre" y "aficiones e informática" en las que las mujeres invierten menos tiempo.

Tabla 4. Empleo del tiempo según género durante un día promedio en CLM y España.

	CASTILLA-LA MANCHA		ESPAÑA	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
<b>CUIDADOS PERSONALES</b>	11:36	11:30	11:26	11:33
<b>TRABAJO REMUNERADO</b>	1:38	3:25	1:54	3:04
<b>ESTUDIOS</b>	0:36	0:45	0:39	0:39
<b>HOGAR Y FAMILIA</b>	4:28	1:43	4:07	1:54
<b>TRABAJO VOLUNTARIO Y REUNIONES</b>	0:16	0:12	0:16	0:12
<b>VIDA SOCIAL Y DIVERSIÓN</b>	1:03	1:02	1:01	1:04
<b>DEPORTES Y ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE</b>	0:35	0:53	0:37	0:52
<b>AFICIONES E INFORMÁTICA</b>	0:22	0:46	0:24	0:44
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	2:38	2:44	2:30	2:43
<b>TRAYECTOS Y EMPLEO DEL TIEMPO NO ESPECIFICADO</b>	0:49	1:02	1:06	1:14

**Gráfico 1. Distribución de un día promedio en mujeres y hombres castellanomanchegos.**



Si se atiende al porcentaje de personas que invierten tiempo de su día en las diferentes actividades, en "trabajo remunerado" en CLM la realizan un 25,2% de las mujeres y un 40,2% de los hombres, una diferencia entre géneros agrandada respecto a la media nacional - 15 puntos de diferencia en CLM frente a 10,5 puntos de diferencia en España -. No obstante, respecto al "Trabajo voluntario y reuniones" son ellas las que más realizan esta actividad (16,4% de mujeres y 9,4% de hombres).

En la categoría de "Hogar y familia", un 90,5% de las mujeres afirman realizarlo en su día a día mientras que solo un 72,8% de los varones (casi un 2% menos de hombres que la media nacional). En esta categoría es donde se presenta la mayor brecha de género, siendo mayor que la del trabajo remunerado. En "deportes y actividades al aire libre" así como "aficiones e informática" se encuentra una diferencia de 7,4% y 14,3% respectivamente, colocándose por encima los hombres.

## Anexo 2. Derechos sexuales y reproductivos

Para comprender la relación sexualidad-salud-género es imprescindible conocer los derechos sexuales y reproductivos según las directrices de la OMS, que los reconoce como derechos humanos y fundamentales, así como el propio concepto de sexualidad. Entre los derechos sexuales y reproductivos se encuentran:

1. El derecho a la libertad sexual.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho a la equidad sexual.
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico.
10. El derecho a la educación sexual integral.
11. El derecho a la atención de la salud sexual.

Además, también es relevante considerar los principios de Yogyakarta. Estos son una serie de principios sobre cómo se debería aplicar la legislación internacional en materia de derechos humanos a las cuestiones relacionadas con la orientación y la identidad. Los 29 Principios ratifican estándares legales internacionales vinculantes que los Estados deben cumplir y pueden ser consultados en su propia página web ( <https://yogyakartaprinciples.org/introduction-sp/> ).

En este sentido, la OMS también ha señalado las precondiciones necesarias para una buena salud sexual, que son las siguientes<sup>15</sup>:

- Acceso a información integral de buena calidad sobre sexo y sexualidad.
- Conocimiento de los riesgos que pueden correr y su vulnerabilidad ante las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección.
- Posibilidad de acceder a la atención de salud sexual.
- Residencia en un entorno que afirme y promueva la salud sexual.

Queda claro en vista de todas las garantías que internacionalmente se desean ofrecer que la sexualidad no se trata solo de cuestiones reproductivas. Es más, la sexualidad es una cualidad que nos acompaña toda la vida, comenzando algunos de los procesos biológicos vinculados a la misma de forma previa al nacimiento durante la gestación.

---

<sup>15</sup> [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)