



LA DESIGUALDAD DE LA MUJER EN LA SALUD

Hoy 8 de marzo queremos inaugurar una serie de artículos desde el Observatorio de Salud y Género de SOCALEMFCY. Se trata de visibilizar las diferencias en salud y atención que sufren mujeres y hombres en distintos aspectos, suponiendo un eje de desigualdad. En este primer artículo queremos abordar el tema de la **desigualdad en la atención de la mujer en los servicios de salud**.

Hace más de 30 años, en 1991, un artículo fundamental publicado en *The New England Journal of Medicine*¹ detectó diferencias significativas entre la atención a hombres y mujeres con enfermedad coronaria, al observar que se realizaban menos angiografías a las mujeres que a los hombres con igual patología de base. A partir de aquí se acuñó el término **sesgos de género en salud** cuando a igual necesidad sanitaria en hombres y mujeres se realiza un mayor esfuerzo diagnóstico o terapéutico en un sexo respecto al otro, pudiendo contribuir a desigualdades en salud.

Todos estos años ha ido aumentando el conocimiento a este respecto en muchas especialidades, en 2019 la revista *Nature Communications*² publicó evidencias acerca del mayor retraso diagnóstico en mujeres que en hombres en al menos 700 enfermedades. Las mujeres son diagnosticadas de cáncer 2,5 años más tarde que los hombres, y 4,5 años después en la diabetes. La única excepción es la osteoporosis, cuyo diagnóstico se retrasa más en hombres. Las **consecuencias** son errores y demoras en el proceso diagnóstico y en la estrategia terapéutica, condicionando cambios en el pronóstico en términos de morbilidad y mortalidad.

Estas diferencias e inequidades en la salud de la mujer se deben a **varios factores**:

-Usar el **patrón masculino**, como patrón standard, para ambos sexos en todos los aspectos de la salud y no tener en cuenta no solo las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, que hacen que la misma enfermedad o factor de riesgo, pueda tener distintos síntomas, distinta evolución, etc., como por ejemplo la enfermedad coronaria, la artritis reumatoide, el ictus, la enfermedad renal crónica, el tabaquismo, etc., sino las que tienen que ver con el contexto social de unos y otras, con sus roles y condicionantes que influyen en la manera de enfermar, de pedir ayuda y en la utilización de los servicios sanitarios.

-**No aplicar con la misma intensidad las guías** o protocolos diagnósticos y/o terapéuticos en enfermedades que tengan que tratarse de la misma forma en ambos sexos, tendiendo a minimizar los síntomas en mujeres o achacarlos a causas psicosomáticas o emocionales.

-No tener en cuenta los **sobrecargas debidas al género** (roles sociales que se presuponen y asumen por cada uno de los sexos), por ejemplo tener en cuenta que en la mujer recae mucho más la carga de los cuidados familiares, con lo que ello afecta a su salud y sus procesos de enfermar.

-**Medicalizar** más habitualmente los problemas de la vida cotidiana en las mujeres, en vez de buscar otros apoyos, con lo que ello conlleva de patologización, efectos secundarios, dependencia, etc. ¿Qué hay detrás de la utilización del cuerpo de la mujer como banco de pruebas, la patologización y cosificación del cuerpo de la mujer?



Hay mandatos y mensajes contruidos socialmente sobre patrones de belleza y de conducta, sobre sexualidad, maternidad, sobre nuestro deber en los cuidados, utilizados a veces engañosa y lucrativamente por la industria farmacéutica y la medicina estética, aunque no solo por ellos.

A veces esta falta de conocimiento se ha debido a una **baja inclusión de mujeres en las investigaciones sanitarias** hasta hace relativamente pocos años, sobre todo en los ensayos de medicamentos. Pero también tiene que ver la **escasa investigación de los problemas de salud con datos desagregados por sexo**, que nos impide visibilizar y analizar estas diferencias en la evolución de las enfermedades y las desigualdades en la atención.

Está demostrado que **aplicar la perspectiva de género mejora la calidad de la atención, la eficiencia, la equidad y en suma los resultados en salud**. La atención sanitaria debe realizarse con un enfoque holístico, biopsicosocial y de género que nos haga plantearnos si hemos tenido en cuenta además de los aspectos biológicos, lo emocional y lo social en las personas que atendemos en cualquier consulta sanitaria.

Para todo ello, es necesaria la **formación y la práctica en este enfoque**. Esta formación debe estar presente desde las facultades de carreras sociosanitarias, hasta la formación continuada de los y las profesionales. Se deben **incorporar las diferencias por sexo y género en todos los procesos de atención integral, guías y protocolos de salud**, ya existe evidencia de sesgos en la atención en casi cualquier problema de salud en el que investiguemos. Para conocer más, proponemos la lectura del interesante monográfico: *Perspectiva de género en medicina*. Coordinado por Maria Teresa Ruiz Cantero.

<https://www.esteve.org/libros/perspectiva-de-genero-en-medicina/>

Por último, destacar que la **violencia de género**, que es el ejemplo más rotundo de desigualdad de la mujer en nuestra sociedad, es un problema de salud pública con consecuencias devastadoras para la salud de las mujeres que la sufren y sus hijos e hijas. Desde el ámbito sanitario debemos tener en cuenta que está invisibilizado y que el enfoque que proponemos (biopsicosocial y de género) nos ayuda detectarlo, mirando más allá de los síntomas y enfermedades por los que nos van a consultar.

Desde **SOCALeMFyC** queremos expresar nuestro **compromiso por la equidad en salud de las mujeres** e impulsar la inclusión de la perspectiva de género en todos los ámbitos de la atención primaria: prevención y promoción, atención en consulta individual, actividades grupales y comunitarias y en la formación e investigación³. El enfoque de género es componente imprescindible de la calidad y de la ética en la atención para avanzar hacia dicha equidad que es el objetivo a conseguir en cualquier práctica sanitaria, y todo ello contando con la participación ciudadana y promoviendo el empoderamiento de la mujer desde sus cuidados de salud.

¹ Ayanian John Z, Epstein Arnold M. Differences in the use of procedures between women and men hospitalised for coronary heart disease. N Engl J Med. 1991;325:221-5

² Westergaard David, Moseley Pope, Sørup Hemmingsen, Baldi Pierre, Brunak Søren. Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. Nat Commun. 2019;10:666.

³ Ruiz Cantero M Teresa, Salvador Sánchez Lydia. Retos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de género. Sesgos e innovaciones. AMF 2020;16(5):250-257