

Género y Pobreza: determinantes sociales de la salud y el acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres

Jornada *Determinantes sociales de la salud y acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres*

---

GRACIELA MALGESINI REY

22 diciembre 2020



El Programa de Investigación Aplicada Nuevas M.I.R.A.D.A.S. (Mujeres, Igualdad, Rentas, Acceso a Derechos y Atención Sociosanitaria) determinantes sociales de la salud y del acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres en España, está vinculado al desarrollo de cinco de los fines sociales como Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES):

- Promover y acrecentar la eficacia y la eficiencia de las acciones de lucha contra la pobreza y la exclusión social dentro del marco del Estado Español, procurando la sinergia de entidades públicas y privadas en los niveles local, autonómico y estatal.
- Colaborar en la definición de las políticas públicas que directa o indirectamente inciden en el fenómeno de la pobreza y exclusión social, como en el diseño de los programas de lucha contra ambas situaciones.
- Asegurar la función de grupo de presión, denuncia y reivindicación a favor de las personas y grupos en situación de pobreza y exclusión social.
- Promover la formación e intercambio de experiencias entre personas afectadas, voluntarios y profesionales.
- Contribuir a la estructuración del Tercer Sector Social y la mejora y fortalecimiento de sus organizaciones.

El estudio sobre “Género y Pobreza: determinantes sociales de la salud y el acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres” es una investigación aplicada con el siguiente esquema metodológico:

- Elaboración del Marco Teórico de la investigación.
- Investigación documental descriptiva. Con este tipo de investigaciones se pretende caracterizar la situación de las mujeres en el acceso a los servicios sociosanitarios, visibilizando los obstáculos y determinantes sociales de la salud con las que se encuentran las mujeres en situación de pobreza y/o exclusión social.
- Investigación cualitativa, basada en el testimonio de mujeres atendidas por las entidades sociales que forman parte de EAPN ES.

Temas clave de salud  
femenina/1  
WHO (2015), Promoting  
health through the life-  
course,

<https://www.who.int/life-course/news/commentaries/2015-intl-womens-day/en/>

- **Cáncer:** dos de los cánceres más comunes que afectan a las mujeres son los cánceres de seno y cervical. La detección temprana de ambos tipos de cáncer es clave para mantener a las mujeres vivas y saludables. Las últimas cifras mundiales muestran que alrededor de medio millón de mujeres mueren de cáncer cervical y medio millón de cáncer de seno cada año. La gran mayoría de estas muertes ocurren en países de bajos y medianos ingresos donde la detección, prevención y tratamiento son casi inexistentes, y donde la vacunación contra el virus del papiloma humano necesita establecerse.
- **Salud reproductiva:** los problemas de salud sexual y reproductiva son responsables de un tercio de los problemas de salud de las mujeres entre 15 y 44 años. El sexo inseguro es un factor de riesgo importante, especialmente entre las mujeres y las niñas en los países en desarrollo. Por eso es tan importante obtener servicios para las 222 millones de mujeres que no reciben los servicios anticonceptivos que necesitan.
- **Salud reproductiva:** muchas mujeres ahora se benefician de mejoras masivas en la atención durante el embarazo y el parto introducidos en el siglo pasado. Pero esos beneficios no se extienden a todas partes y en 2013, casi 300 000 mujeres murieron por complicaciones en el embarazo y el parto. La mayoría de estas muertes podrían haberse evitado si se hubiera tenido acceso a la planificación familiar y a algunos servicios bastante básicos.

Temas clave de salud  
femenina/2  
WHO (2015), Promoting  
health through the life-  
course,  
[https://www.who.int/life-  
course/news/commentaries/2015-intl-womens-day/en/](https://www.who.int/life-course/news/commentaries/2015-intl-womens-day/en/)

- **VIH** : Tres décadas después de la epidemia del SIDA, son las mujeres jóvenes las que sufren la peor parte de las nuevas infecciones por VIH. Demasiadas mujeres jóvenes todavía luchan para protegerse contra la transmisión sexual del VIH y para obtener el tratamiento que requieren. Esto también los deja particularmente vulnerables a la tuberculosis, una de las principales causas de muerte en los países de bajos ingresos de mujeres de 20 a 59 años.
- **Infecciones de transmisión sexual:** ya he mencionado la importancia de proteger contra el VIH y la infección por el virus del papiloma humano (VPH) (la ITS más común del mundo). Pero también es vital hacer un mejor trabajo para prevenir y tratar enfermedades como la gonorrea, la clamidia y la sífilis. La sífilis no tratada es responsable de más de 200,000 muertes fetales y muertes fetales tempranas cada año, y de la muerte de más de 90 000 recién nacidos.

## Temas clave de salud femenina/3

- **Violencia de género:** las mujeres pueden estar sujetas a una variedad de formas diferentes de violencia, pero la violencia física y sexual, ya sea por parte de una pareja o de otra persona, es particularmente nociva. Hoy, una de cada tres mujeres menores de 50 años ha experimentado violencia física y / o sexual por parte de una pareja, o violencia sexual no asociada, violencia que afecta su salud física y mental a corto y largo plazo. Es importante que las personas profesionales sanitarias estén alertas a la violencia para que puedan ayudar a prevenirla, así como brindar apoyo a las personas que la experimentan.
- **Salud mental:** la evidencia sugiere que las mujeres son más propensas que los hombres a experimentar ansiedad, depresión y molestias somáticas, síntomas físicos que no pueden explicarse médicamente. La depresión es el problema de salud mental más común para las mujeres y el suicidio es una de las principales causas de muerte para las mujeres menores de 60 años. Ayudar a sensibilizar a las mujeres sobre los problemas de salud mental y darles la confianza para buscar ayuda es vital, así como disponer de planes adecuados de salud mental, con enfoque de género.

## Temas clave de salud femenina/4

- **Enfermedades no transmisibles:** en 2012, alrededor de 4,7 millones de mujeres murieron a causa de enfermedades no transmisibles antes de cumplir 70 años, la mayoría de ellas en países de ingresos bajos y medianos. Murieron como resultado de accidentes de tráfico y hábitos no saludables: uso nocivo de tabaco, abuso de alcohol, drogas y sustancias y obesidad. Ayudar a niñas y mujeres a adoptar estilos de vida saludables desde el principio es clave para una vida larga y saludable.
- **“Ser joven”:** las adolescentes enfrentan una serie de desafíos de salud sexual y reproductiva: ITS, VIH y embarazo. Alrededor de 13 millones de adolescentes (menores de 20 años) dan a luz cada año. Las complicaciones de esos embarazos y partos son una de las principales causas de muerte de esas madres jóvenes. Muchas sufren las consecuencias del aborto inseguro.
- **“Envejecer:”** Habiendo trabajado a menudo solamente en el hogar, muchas mujeres mayores pueden tener menos pensiones y beneficios, menos acceso a la atención médica y servicios sociales que sus contrapartes masculinas. Combinan el mayor riesgo de pobreza con otras condiciones de vejez, como la degeneración cognitiva, y las mujeres mayores también tienen un mayor riesgo de abuso y, en general, mala salud.

# El enfoque feminista de la medicina en España

Sánchez, Tasia (2018), "Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres", en **Revista de Bioética y Derecho**, Nº 43, ver [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1886-5887&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=1886-5887&lng=es&nrm=iso)

- **Carmen Mozo** señala que en los años setenta el movimiento feminista visibilizó, mediante la noción de género, al sexo que había sido excluido y esta operación se realizó también en el análisis del androcentrismo en la ciencia.
- **Carme Valls-Llobet**: en el ámbito de la medicina, hasta los ochenta dominaba un enfoque que sostenía que las mujeres y los hombres son básicamente iguales en lo biológico y que las discriminaciones sanitarias encuentran su causa en la sociedad. En los 90 la menstruación y la menopausia se perciben como problemas de salud "que hay que resolver mediante tratamiento hormonal". Esto da lugar, como reacción, al interés por las diferencias biológicas, sociales y psicológicas entre mujeres y hombres.
- **La red de mujeres profesionales de salud del CAPS** (Centro de Análisis y Programas Sanitarios) representa el cambio de paradigma hacia uno que rechaza el patrón masculino como defensorio de la salud.
- **Isabel Ruiz Pérez**: en los noventa aumentó el interés por las necesidades de salud de las mujeres más allá de la salud reproductiva y se denuncia el desconocimiento científico acerca de las enfermedades de alta prevalencia femenina. La última década del siglo veinte llevó consigo un fuerte cuestionamiento de la investigación y las pruebas de medicamentos, por la ausencia de participación femenina en dichos estudios que luego se extrapolaban a las mujeres.
- **Carmen Mozo, Valls-Llobet y Ruiz Perez** coinciden en situar en la década de los noventa el verdadero desarrollo de la perspectiva de género en la medicina en España, con la reivindicación de que las mujeres aparezcan como sujeto en las investigaciones y protocolos, que se estudien sus enfermedades específicas y las diferencias en la sintomatología de las enfermedades.



# Sanidad como institución atravesada por el género (gendered)

- El concepto de "**organización de género**" (gendered organization), acuñado por **Joan Acker**, significa que "**la ventaja y la desventaja, la explotación y el control, la acción y la emoción, el significado y la identidad, se modelan a través y en términos de una distinción entre hombre y mujer, masculino y femenino**".
- El sistema organizacional de género incluye "prejuicios de género de segunda generación" que ha reemplazado la discriminación abierta con formas de prejuicio más sutiles y menos visibles.
- Estudio OMS 2019 sobre 104 países: la proporción de mujeres empleadas en el sector sociosanitario es del 67%.
- Existen diferencias sistemáticas en la distribución de género por ocupación en todas las regiones. En la mayoría de los países, los hombres constituyen la mayoría de los médicos, dentistas y farmacéuticos, mientras que las mujeres son la gran mayoría de la enfermería y partería.
- En Europa, estos porcentajes son algo diferentes, ya que las mujeres llegan al 53% de la profesión médica y al 84% de la enfermería.
- En la UE (Eurostat), existe una brecha salarial de género promedio de alrededor del 28% en la fuerza laboral correspondiente a los servicios sanitarios, con grandes diferencias según los países, como se aprecia en el mapa y tabla siguientes. **En España esta brecha es del 22,3%**. Los hombres son la mayoría de los directores de los Colegios profesionales de la medicina.

# Sesgo en la investigación de la salud

- El género influye no sólo en las diferentes necesidades de salud y búsqueda de atención sanitaria, así como en los diferentes tratamientos y resultados en hombres y mujeres, sino también en la **investigación en salud**.
- Los sesgos de género en la investigación mantienen un círculo vicioso que resta importancia a las cuestiones de género en la salud y perpetúa su descuido. Ejemplo: fibromialgia, endometriosis..
- Clásicamente **las mujeres han estado infrarrepresentadas en la investigación clínica y, especialmente, en los ensayos clínicos**, con lo que se han realizado extrapolaciones en las mujeres de los resultados obtenidos en estudios realizados mayoritariamente en población masculina.
- Esto estaría cambiando con la aparición de las **Guías SAGER** (Sex and Gender Equity in Research), que proponen la incorporación equitativa del sexo y del género en la investigación mediante un procedimiento integral para informar sobre el sexo y el género en el diseño de estudios, análisis de datos, resultados e interpretación de los hallazgos.

# Ciencia masculinizada, perjuicio generalizado

DeFilippis, Ersilia; Lau, Emily; Wei, Janet; Hayes, Shannon y Wood, Malissa (2018), "Where are the women in academic cardiology?", **The Lancet**, volume 392, issue 10160, p2152-2153, November 17, 2018

- Las mujeres **son infravaloradas en carreras relacionadas con la salud**, según los informes publicados en la revista científica 'The Lancet'.
- La investigación médica está orientada hacia las necesidades de los hombres, ya que casi tres cuartos de los trabajos de investigación biomédica no consideraron las diferencias en los resultados según el sexo.
- Los documentos en los que una mujer figuraba como la autora principal tenían más probabilidades de incluir diferencias de género, de acuerdo con un análisis de más de 11,5 millones de artículos de investigación médica entre 1980 y 2016.
- "Nuestros hallazgos muestran que las disparidades de género en la ciencia tienen consecuencias para la salud de toda la población", Vincent Lariviere, de la Universidad de Montreal (Canadá).

# Sesgo de género en la atención sanitaria, medicina androcéntrica

Ana Maestre Peiró (2019) "El sesgo de género en la atención sanitaria", en <https://medicinainternaaltovalor.fesemi.org/colaboraciones/el-sesgo-de-genero-en-la-atencion-sanitaria/>

- Acceso distinto a los servicios sanitarios
  - Paternalismo ginecológico, gestión comercializada de los partos por cesárea (superior al límite del 15% OMS) y violencia obstétrica
- Aplicación de los mismos procedimientos terapéuticos en hombres y mujeres para un problema de salud (del "gender blind" al "gender biased")
- Diferencias en la demora y espera de la asistencia sanitaria
- Diferente prescripción y consumo de fármacos.

# Sesgo de género en la atención sanitaria

- Para evaluarlo, hay que identificar si para igual necesidad, se realizan esfuerzos similares en un sexo respecto a otro por parte de los profesionales sanitarios. Este sesgo de género se puede producir en todos los niveles de la atención sanitaria:
- **Las mujeres son afectadas por la enfermedad de diferente manera** y como resultado necesitan una prevención, un tratamiento y una atención diferenciada. También es importante tener en cuenta que el sesgo depende no sólo del profesional sanitario sino de la propia mujer, y aquí tenemos una responsabilidad compartida.
- **Esfuerzo diagnóstico y terapéutico**, muy relacionados entre sí: la probabilidad de que quien padece una enfermedad sea tratado adecuadamente es muy pequeña si por cualquier causa es excluido del proceso diagnóstico, o bien disminuye si no se realizan las pruebas pertinentes o no se interpretan en la forma correcta.
- Esto depende tanto **de la persona profesional sanitaria** (con sus conocimientos médicos, la interpretación de los signos y síntomas y la valoración de la gravedad inicial) **como de la mujer y sus condicionantes biológicos y de género** (socioculturales).

## Ejemplo: la atención a la enfermedad cardiovascular

- Uno de los ejemplos de sesgo de género más estudiado y del que más evidencia se dispone es el relacionado **con la enfermedad cardiovascular**.
- Es la principal causa de muerte en las mujeres en países desarrollados y sin embargo, la enfermedad *en la mujer* sigue siendo poco estudiada, infradiagnosticada e infratratada, persistiendo una percepción errónea de la magnitud del problema entre las propias mujeres, la sociedad y los profesionales sanitarios. Recomendaciones circulan desde 2016.
- La hipertensión arterial, el tabaquismo y sobre todo la diabetes mellitus están asociados con un aumento del riesgo de IAM tanto en hombres como en mujeres, *pero con un riesgo relativo mayor para las mujeres*. Por ello, es de vital importancia que hombres y mujeres tengan el mismo acceso a recibir tratamientos eficaces para la hipertensión y al diabetes y los mismos recursos para ayudarles a bajar de peso y dejar de fumar.

## Interseccionalidad en el enfoque de género

Llano, Juan Carlos (2019), **La desigualdad en la salud**. EAPN España, disponible en [https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1568024450\\_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1568024450_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf)

- **La existencia de desigualdades en salud entre diferentes grupos de personas es un hecho comprobable y que ha quedado en evidencia con la pandemia del COVID-19. Una buena parte de estas diferencias vienen explicadas por la existencia de un gradiente social en el estado de salud.**
- Junto a los factores biológicos, la salud está intersectada por las condiciones de vida de las personas: la edad, la nacionalidad y pertenencia a un grupo étnicamente diferenciado, el lugar de residencia, la situación socioeconómica, la composición del hogar, el nivel educativo, el empleo o la profesión, la situación de discapacidad, la vivienda, etc. influyen en la salud y en la probabilidad de que aparezcan distintas enfermedades.
- Otro conjunto de factores está relacionado con el acceso y la calidad de la sanidad disponible, no sólo a la atención a las enfermedades, sino también a su prevención o profilaxis.

# La pobreza en la salud y sanidad de las mujeres

- (ENSE, 2017) **El estado de salud se percibe claramente de forma más negativa entre las personas en situación de pobreza, quienes sufren una mayor incidencia de enfermedades crónicas y limitaciones básicas de la vida diaria.**
- 4 de cada diez personas pobres consideraban que su salud es regular, mala o muy mala, con datos de 2017, últimos disponibles. Esta cifra es once puntos más elevada que la de las personas que no se encuentran en pobreza (26, 2%).
- Con respecto a la asistencia sanitaria, la falta de acceso por causas económicas tanto a medicamentos recetados como a atención médica, bucodental y salud mental es entre tres y cinco veces más elevada entre las personas pobres que entre las no pobres.
- Las personas en situación de pobreza fuman más (24,5% / 20,8%); son más obesas (21,9% / 15%); hacen menos ejercicio (47% / 32,6%) y consumen menos alcohol (28,8% / 43,5%). Además, se alimentan peor y consumen menos fruta, verduras, carne y pescado.
- **Ser mujer agudiza las inequidades en materia de salud. Los porcentajes de mujeres con falta de atención sanitaria por causas económicas son más altos que los de los hombres para todas las tipologías analizadas: atención médica, dental, salud mental y acceso a medicamentos.**
- (Llano, JC (2019), “Desigualdades de Salud”, EAPN ES)



# IMPACTO DE GÉNERO DE LA PANDEMIA

1. **Sobrecarga del trabajo sanitario y de servicios esenciales:** las mujeres representan **el 70% del personal sanitario** y son mayoría en sectores del comercio de alimentación y de los servicios de limpieza hospitalaria y de residencias que son esenciales para el mantenimiento de las poblaciones.
2. **Centralidad de las tareas de cuidados:** las mujeres siguen realizando **la mayor parte del trabajo doméstico y cuidado de personas dependientes, remunerado y no remunerado, asumiendo también una mayor carga mental derivada de la misma**. Además, muchas mujeres se ven abocadas a no poder seguir trabajando por tener que hacer frente a las tareas de cuidado al encontrarse los centros escolares cerrados. En las familias monoparentales, la responsabilidad de gestionar la crisis recae exclusivamente sobre el más de 80% de mujeres que componen estos hogares (que son el 10% del total de hogares de España). Si no cuentan con ayudas de sus redes de familiares y amistades, el impacto será el máximo.
3. Las mujeres sufren **mayor precariedad y pobreza laboral**, lo cual las sitúa en un peor lugar para afrontar un nuevo periodo de crisis (especialmente mujeres jóvenes, las mujeres con baja cualificación y las mujeres migrantes), además algunos de los sectores más afectados, como el comercio, turismo y hostelería, están altamente feminizados. Los hombres tienen una tasa de empleo a tiempo parcial del 7%, mientras que las mujeres tienen una tasa del 23,9%, es decir 4 veces más elevada. El alto nivel de precariedad se completa con empleos fijos-discontinuos y en sectores en los que el pago se realiza por hora trabajada, como es el caso de las 700.000 trabajadoras domésticas. **Si no hay trabajo, no hay salario.**
4. **Aumento del riesgo de violencia de género y otros tipos de violencia** contra las mujeres derivado de la situación de confinamiento. En el contexto de las medidas de confinamiento, se ha producido un incremento de la violencia de género debido al mayor tiempo de convivencia víctima-agresor, mayor control sobre la víctima, más dificultad para recibir ayuda externa, **agresiones más invisibilizadas** y más dificultad para acudir a los centros de asistencia, lo cual ha dado lugar a la necesidad de reforzar las medidas de protección.
5. **Impacto negativo en la salud física y mental** de las mujeres, debido en parte a estas razones, sumadas a las condiciones individuales. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de España de 2017, **las mujeres duplican las tasas de depresión y ansiedad crónica de los hombres**. Esta cifra puede dispararse ante estas nuevas circunstancias generadas por la crisis sanitaria.

# Necesidad de una medicina adaptada a la mujer

- *“El cáncer de mama, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades mentales sin tratamiento, englobadas bajo el triste calificativo freudiano de “histeria”, la osteoporosis y otras enfermedades asociadas a la menopausia no son más que algunos ejemplos que, junto a la anorexia y la bulimia, hijas del tiránico culto al cuerpo, claman por una medicina adaptada a la mujer.”*
- Carme Valls Llobet, 2020

# Resultados del trabajo de campo



## Alcances del estudio

- Población objetivo: mujeres atendidas por entidades sociales en España, en cualquier tipo de proyecto o actuación → N desconocido, no hay base de datos o registro único.
- Al no poder disponer de la población objetivo, la investigación se ciñe al concepto de **población investigada**.
- El método de definición de la población investigada se ha establecido por uno de los procedimientos alternativos, que es el de **autoselección aleatoria** de las unidades.
- Los resultados **explican las circunstancias de la población investigada** y no son generalizables a la población objetivo, las mujeres atendidas por entidades sociales en España.

253 mujeres

- **El 54,2% de ellas participa en proyectos y actividades de una única entidad, Cruz Roja Española, con un total de 140 respuestas.** Las restantes entidades que aportaron encuestadas son CEAR (13,3%), Fundación Secretariado Gitano (6,6%) y Candelita (5,8%).
- El 17,7% de las mujeres encuestadas residen en Castilla La-Mancha, el 14,2% en Andalucía, el 11% en Castilla y León, el 10,6% en la Comunidad de Madrid y un 10,2% en la Comunidad Valenciana.
- **Los grupos de edad** más numerosos son el de 31 a 40 años (31%), el de 41 a 50 años (25,9%), el de 20 a 30 (21,6%) y el de 51 a 60 años (17,6%). Solamente un 3,1% tiene entre 61 y 70 años y un 0,8% cuenta con más de 71.
- **La mayoría de las encuestadas tiene nacionalidad española (60%);** un 4,7% cuenta con una nacionalidad comunitaria y el 35,3% con una de fuera de la Unión Europea.
- **El nivel de estudios es heterogéneo,** 33,9% con nivel universitario y de posgrado, 24% con formación o bachillerato, 19,7% con estudios primarios y 13,4% con educación obligatoria.

## Situación familiar y descendencia propia

- **74% ha tenido hijos/as biológicos** y un 26% no los ha tenido; sólo dos personas han indicado tener hijos/as adoptados/as. Dichos hijos e hijas han nacido mayoritariamente en España (75,4%).
- **El tipo predominante de familia entre quienes tienen hijos/as es la monoparental (47,3%)**; un 42% indica tener una familia nuclear y el 10,6% responde que tiene “otros tipos” de familia.

# Cuidados

- El 52% indica que cuida de miembros de la familia, en tanto que el 48% no lo hace.
- El 36% dice que se ocupa “ella sola”, el 29% que “nos repartimos las tareas, pero yo me ocupo más” y el 10% que “me ayudan mis padres u otros familiares”. Otro 10% dice que “se reparten las tareas”.

# Testimonio

“A excepción de la comida, que de hace un año se dedica el padre en el 99%, el resto lo hago yo (lavado ropa, organización, burocracia, listado de compra, hablar con los profesores). Una de mis hijas (la segunda empezará a estudiar) es de “Necesidades Específicas Educativas”, por lo que requiere un seguimiento exhaustivo y continuo, que me produce agotamiento mental y físico; siempre intentando que no fracase como pude hacerlo yo, aún así repitió un curso. Ha tenido también depresiones, a consecuencias de sus NEAE, que le han hecho autolesionarse etc, por lo que ha sido doblemente agotador. El padre siempre me dice, “eso hazlo tú que yo no sé”, pero bueno, es así con casi todo. Con la comida era igual hasta que un día me enfadé muchísimo porque estaba harta de que viniese cada dos por tres a preguntarme como se hacía algo que ya le había explicado mil veces.”





## Situación ocupacional

- 149 mujeres (59%) indican no están trabajando.
- Sólo 44, el 17%, está empleada a jornada completa y 11, un 4%, a media jornada.
- Excepto por las 5 mujeres que están jubiladas, el resto se encuentra en distintas situaciones de precariedad laboral.

# Testimonios

- “No, estoy en recuperación por una agresión de violencia de género. Aunque actualmente gracias al grupo Acércate de la Cruz Roja, me estoy formando en un curso de Autonomía y ayuda a la dependencia.”
- “No he conseguido trabajo con el compaginar con el cuidado de mis hijas y mi físico (tengo obesidad, sufrí bulimia en mi adolescencia y ahora tengo otros problemas), se me han cerrado puertas. La verdad, soy o era buena en lo mío, pero es un mundo o de hombres o tienes que tener un súper cuerpo.”
- “Tengo un trabajo supuestamente a media jornada (aunque hay que dedicarle la jornada completa luego desde casa) y lo compagino con encargos puntuales en régimen de autónomos, ya que mi salario a media jornada es insuficiente (no llega al salario mínimo interprofesional).
- “Todavía no tengo permiso de trabajo”. “No trabajo por que aún no tengo el permiso para hacerlo”.
- “Cantamos en las calles y ese es nuestro ingreso único. Uno de mis hijos cobraba el ERTE y otro el paro, pero ya no”.
- “No puedo trabajar por mi mala salud”.
- “Cuido a mi prima que tiene Alzheimer, sin pago”.



# Pobreza

- El 78% llega a fin de mes con dificultad:
  - 107 de ellas (42%) indica “muchísima dificultad”
  - 92 (36%) con “algo de dificultad”.

Estado de  
salud  
autopercebida  
¿sesgo de  
optimismo  
vital?

- El 60% de las mujeres tiene una percepción positiva de su estado de salud: 123 (49%) considera que su estado de salud es “bueno” y 27 (11%) como “muy bueno”.
- Le sigue un tercer grupo de lo percibe como “regular”, con un 32%.
- Las categorías “malo” y “muy malo” solo son señaladas por 12 mujeres (5%).

Discapacidad: afecta a 25 mujeres (10% del total)

- El tipo principal de discapacidad es la física, con 13 mujeres (52%), seguida por la mental con 7 (28%).

Discapacidad (% reconocido)	Número de mujeres
de 20% a 30%	2
de 30% a 39%	9
de 40% a 49%	3
de 50% a 59%	2
de 60% a 70%	4
<b>Total</b>	<b>20</b>

## Estrés y ansiedad

- El 74% de las mujeres lo sufre en algún grado
- En el día de la encuesta:
  - 46% indicó tener niveles “altos” o “muy altos”
  - 28% señaló un nivel regular.
  - sólo 26% optó por niveles “bajos” y “muy bajos”.

pagos nervios gracias  
**pagar**  
 angustia querer  
 sentir difícil ayuda  
**mucho**  
 acceder genera  
 fuentes siempre  
 venir

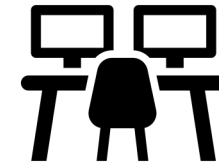
mal cabeza cubrir edad nada  
**veces**  
 dormin  
 dia  
 vida  
 vida  
**mes**  
 sola  
**salud**  
 falta  
 familia  
 gastos  
 dinero  
 ánimo  
 comprar  
 insomnio mejor  
 mental

mal  
 hogar  
 hija  
 comer  
 hijos  
 padres  
 piso  
 físico  
 llegar  
 bienestar

vida  
 acceso  
 irritable  
 cuidado  
 mental  
 afrontar  
 físico  
 familia  
 ingresos  
 sanitarios  
 cuanto  
 medicamentos  
 encontrar  
 influir  
 comida  
 condiciones  
 estresada

## Testimonios relativos al trabajo (tenerlo, por sus exigencias; o carecer de él, por sus consecuencias), falta de ayudas y discriminación

- “El teletrabajo me está generando estrés.”
- “Al no contar con un trabajo, genera estrés.”
- “Me preocupa que no me renueven el contrato de trabajo.”
- “Depende del día o de la semana, depende de los usuarios con los que estoy tratando, o depende de los tipos de la tarea y el tiempo límite que tengo.”
- “Quisiera poder ayudar en casa económicamente teniendo un trabajo estable. Pero como no hay manera de encontrarlo. Me siento mal.”
- “Extraes ansiedad de saber que se te acaba la ayuda y que te quedas sin ingresos para tirar hacia delante, y que por más que echo currículum por Internet no hay manera.”
- “Por la enfermedad de mi padre y por no tener trabajo.”
- “Sin empleo con tantos gastos que cubrir y con una niña que mantener y tantas cosas.”
- “No tengo trabajo y con la grave problemática del Coronavirus ya no están contratando personal para trabajar y aunque trato de ser optimista y busco empleo sin cesar, se hace ahora más difícil que nunca y yo en este amable país; pero sola, no veo que puedo hacer... He pedido varias ayudas para gentes sin recursos, pero todavía no se han hecho efectivas.... Todo ello, aunado al no poder ayudar a mi familia en mi país y sentirme sola y sin apoyo, genera en mi un muy muy grande estrés.”





Testimonios relativos a la sobrecarga de tareas no compartidas y la imposibilidad de conciliar adecuadamente:

- Teletrabajo, tele-educo y me ocupo de las tareas de la casa.”
- “Estoy con mucho trabajo tanto laboral como personal.”
- “La dificultad de conciliación de la vida laboral, personal y familiar en mi unidad monomarental fomenta el aumento de mi estrés. La carga de trabajo laboral y de cuidado del menor sin apoyo, a veces me desborda.”



Testimonios relativos a problemas y tensiones intrafamiliares, especialmente los derivados de la pobreza, la falta de autonomía y la pandemia.

- “Tengo mucho estrés y ansiedad, ya que vivo con mi mamá y mi hija, donde una hermana y la situación en casa no es agradable, ya que ni mi madre ni yo tenemos empleo. Tenemos gastos y vivo el día, buscando empleo, porque debemos salir lo más pronto posible del lugar donde vivimos. Y tengo que ver muchas veces como hago para la alimentación de mi hija, mi madre y la mía.”
- “Actualmente mi situación de estrés y ansiedad son altos, ya que en el piso donde convivimos mi madre, mi hija y yo, hay un ambiente muy tenso. Pues debemos independizarnos lo mas pronto posible. Pero debido a la situación económica se nos ha hecho imposible y con el tema pandemia y covid-19, se me ha retrasado mucho mas el poder conseguir empleo. Además, la alimentación de mi hija, madre y la mía, no es la mas adecuada.”

Con relación a la vivienda:

- “Debido a que me vence el contrato del centro el 24 de julio y no encuentro piso, mi estado es que no duermo y lo poco que duermo me levanto empapada en sudor tengo insomnio debido a que tengo pesadillas de verme en la calle... Se que el centro esta haciendo todo lo que puede, se han portado sensacionalmente conmigo me han tratado muy bien, son unas excelentes personas.”



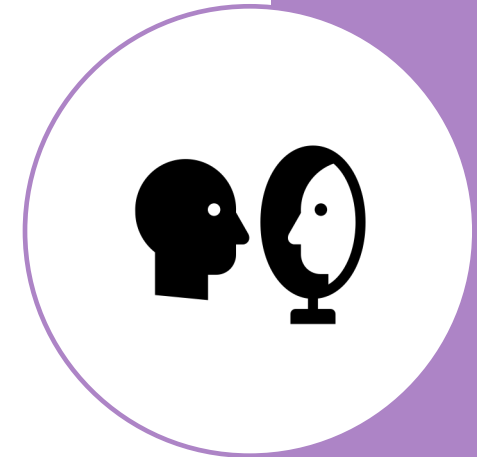
# Testimonio relativo a la experiencia migratoria:

- “Vivo bajo mucho estrés y mucha presión por la situación familiar al tener que haber salido de nuestro país por amenazas de muerte contra mi esposo hijos y hacia mi el temor no me deja vivir tranquila aún estando fuera de Colombia vivo en constante angustia y zozobra”.
- “Mi situación con respecto al trámite de protección internacional no está definida y eso me genera estrés y ansiedad por lo que pasara conmigo y mi hija.”
- “Trabajo inestable, sin documentación de residencia y viviendo en un centro de acogida.”
- “Como además de ser solicitante de asilo soy victima de violencia de género y ahora mismo vivo en casa de acogida, el estrés es muy grande debido a que debo conseguir empleo para poder tomar un piso en alquiler, y esto no es fácil entonces se hace difícil comenzar porque el COVID dejó mas desempleados y eso resta opciones a quienes acabamos de llegar y no tenemos experiencia laboral en España.”



# Testimonio sobre la autoexigencia:

- “No me permito a mí misma mucho descanso, ni tengo opción a ocio. Aunque no lo hago premeditadamente, no me permito relajarme. No paro de buscar empleo por internet, cuadrar cuentas para salir de esto airosos, intentar que mi hija tome conciencia de la situación sin que su autoestima se vea perjudicada... etc.”
- “Las obligaciones de la vida diaria sumadas a la mi propia autoexigencia provocan ir siempre con prisas, lo que provoca estrés.”



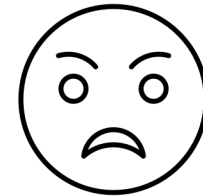
## Testimonios relativos a la pobreza y la angustia por no llegar a fin de mes:

- “Tengo mucho miedo por el coronavirus y estoy agobiada por no poder darle de comer a mis hijos.”
- “Estrés por la preocupación de llegar a fin de mes y de cubrir las necesidades de mi hija.”
- “Pues con mucho estrés, por la situación que nos rodea, sin trabajo, con muchos pagos.”
- “Inestabilidad emocional, problemas para pagar la vivienda y llegar a fin de mes.”
- “Por la situación que atravesamos económicamente al encontrarse mi pareja en ERTE.”
- “Me siento así por la pérdida del trabajo de mi esposo, el confinamiento incluso se me ha descontrolado mi presión arterial.”
- “Me agobia mucho a no tener ingresos.”



# Testimonios relativos a las experiencias de violencia sufridas:

- “Tengo episodios de ansiedad y me he aislado a causa de mi desagradable experiencia, al haber sufrido la agresión, me llevo a un aborto de cuatro mese de gestación y no tengo un entorno familiar o de amigos, por lo que mi recuperación, con mucho esfuerzo, la hago sola (conmigo).”
- “Pleno proceso de divorcio por malos tratos”
- “Mucha ansiedad, estrés de hecho soy persona (víctima) de violencia de género y llevo durante 5 años tomando tratamiento para la depresión.”
- “Estoy de baja por una agresión en el entorno laboral.”



Testimonios sobre las situaciones complejas e incertidumbre que no se pueden sobrellevar y causan estrés y miedo:

- “Ahora mismo por el COVID-19 que enfermó mi marido, por el estrés del trabajo y por mis familiares afectados por el confinamiento.”
- “Me causan estrés las situaciones difíciles.”
- “La incertidumbre me ocasiona mucho estrés.”
- “Desde la situación personal vivida la ansiedad es difícil que se vaya, hay días en que no la siento y otros, especialmente que son más elevadas, sobretodo por la realidad que me ha tocado vivir.”
- “Por toda mi situación personal, más el día a día de lo que todos estamos viviendo.”





Determinantes de la salud



## Situación económica

- Se preguntó a las mujeres si creían que la situación económica, de ingresos y vivienda influye en su salud y, específicamente, cómo y en qué sentido se manifiesta dicha influencia.
- **El 78% de las mujeres indican que su situación económica, de ingresos y de vivienda sí les produce una influencia negativa en su salud (183 respuestas sobre un total de 235).**
- Las principales consecuencias indican problemas de salud física, psicológica y de malestar.
- En el caso de aquellas 52 respuestas (22%) en las que las mujeres indicaron que no les influía la situación económica, de ingresos y de vivienda, 31 de ellas no dieron explicación y simplemente escribieron: "No". Entre las que ofrecieron alguna explicación, la perspectiva compartida es que no tienen problemas de salud, al no ser su situación económica mala. Las explicaciones que se dan son diversas.

## Tabaco y alcohol

- Sobre un total de 236 mujeres que ofrecieron respuestas a ambas preguntas, puede observarse que la mayoría indica tener hábitos saludables con respecto a estos consumos.
- Tabaco, 142 (60%) señala que no fuma, 61 (26%) indica que fuma y 33 (14%) señala que “ha fumado, pero ya no”.
- Bebidas alcohólicas, las respuestas son variadas, con 127 mujeres (54%) que indican no beberlas, 71 (30%) que las consume muy pocas veces al año y 38 (16%) que al menos una vez al mes, siendo la frecuencia más habitual “una vez a la semana”.

# Drogas

- ¿“Sesgo de deseabilidad social” en la respuesta?
- Sobre un total de 236 mujeres, 211 (89%) contestaron que no las consumen y 20 (8%) admitieron que “no ahora, pero las he consumido”.
- Con respecto a las que indican un consumo activo, 1 lo hace una vez al mes, 1 pocas veces al año y 3 cada día o casi cada día (algo más del 1%).

# Alimentación

- Del total de 236 respuestas, 133 (56%) respondieron que “Sí”, 68 (29%) indicaron que “no” y 17 (7%) no sabe o no contesta.
- Otros: 6 respuestas concretas sobre “esfuerzos para hacerlo e intentarlo” y 12 que hablan de las restricciones que tienen que sufrir con respecto a la alimentación a causa de la pobreza, entre otras razones, y que incluimos a continuación.
- Ninguna de las mujeres se refirió a razones estéticas o de imagen en su explicación, aunque sí hay referencias a la ingesta emocional

## Deporte y ejercicio físico

- De un total de 236 mujeres:
  - 96 (41%) no practica deporte o ejercicio físico,
  - 109 (46%) indica una práctica frecuente, de al menos una vez a la semana y
  - el resto dio otras respuestas que se refieren a que “caminan”, “salen a andar” o andan en bicicleta.
  - Otras: “Mi vida diaria es un deporte” (sic)

## Peso corporal

- De un total de 236 mujeres,
  - 124 (53%) señala que tiene “un peso normal”.
  - El 44% tiene un peso considerado excesivo: 36% con sobrepeso, 6% con obesidad y 2% con obesidad mórbida
  - Dos mujeres (1%) dicen tener “delgadez extrema”.

# Enfermedad y gestión de la enfermedad

La salud física y mental están interrelacionadas y son fundamentales para el bienestar general. Se reconoce que una salud mental deficiente puede conducir a enfermedades físicas crónicas y las personas con enfermedades físicas crónicas tienen más posibilidades de desarrollar enfermedades mentales. A pesar de los conocidos vínculos entre las dos, a menudo se da prioridad a la investigación sobre la salud física frente a la investigación sobre la salud mental.

## Enfermedades crónicas

- Sobre un total de 231 respuestas:
- 79 mujeres (34%) indicaron que tienen enfermedades crónicas
- 152 (66%) dijeron que no.
- Entre las personas que señalaron padecer enfermedades, se obtuvieron 56 respuestas válidas, en las cuales se observa la mayor frecuencia de las enfermedades de huesos y degenerativas, las endocrino-metabólicas, la enfermedad mental, la neurológica y respiratoria.



## Impacto de su situación en el seguimiento de los tratamientos

- Esta pregunta se amplió a toda las encuestadas (es decir, no restringirlo solamente a quienes dijeron padecer enfermedades) se debe a la intención por capturar la problemática de aquellas mujeres que, sin tener enfermedades crónicas, pueden presentar dolencias y enfermedades puntuales o temporales.
- El total de las mujeres que han respondido que “realizan tratamientos” se eleva a 183.
- El 67% sigue los tratamientos adecuadamente, pero el 20% no lo puede hacer debido a la situación económica, el 7% debido a la situación laboral y otro 7% a la sobrecarga de cuidados.

# Diagnóstico de enfermedad mental

- Los problemas de salud mental y el bienestar mental son a menudo pasados por alto, ignorados o reprimidos, debido al estigma, los prejuicios o la falta de conocimiento o recursos; que esto conduce a que muchas de las personas con problemas de salud mental no busquen asistencia, y a que los médicos no logren diagnosticar a los pacientes, o a veces, realicen un diagnóstico incorrecto; que el diagnóstico de los problemas de salud mental está condicionado en gran medida por un sesgo de género, ya que las mujeres tienen más probabilidades de que se le diagnostiquen determinadas enfermedades que los hombres.
- **Se obtuvieron 229 respuestas, de las cuales 138 (60%) fueron en sentido negativo y 76 (33%) en sentido afirmativo. Este último número es muy superior al de aquellas 14 que indicaron tener (actualmente) una enfermedad mental.**
- Además, 15 mujeres contestaron que no saben o no contestan.

## Medicación que toma actualmente (medicalización del malestar social)

- La enfermedad no determina el uso de medicamentos, ya que el número de mujeres que indica estar tomando medicación llega a 148, muy superior al número que indica tener enfermedades (49), y sólo 80 indicaron no tomarlos.
- Un elevado número de estas mujeres toma psicofármacos y muchas toman varios a la vez. Es decir que nos encontramos con un caso claro de medicalización del malestar social, de la pobreza y la desigualdad de género y, además, un ahogamiento de los mismos a través de la medicación psiquiátrica.
- Los fármacos que se utilizan con mayor frecuencia son los psicofármacos y, en varias ocasiones, las mujeres señalan el consumo de más de uno por tipo. Los indicados por las encuestadas son:
- **Ansiolíticos:** Alprazolam, Bromazepam, Diazepam (el más popular), Lexatin, Lorazepam, Trankimazin, Yiurelax, Orfidal, Lormetazepam, Oxitril, Placinoral.
- **Antidepresivos:** Deprax, Sertralina, Amitriptilina, Citalopram, Trazodona, Mirtazapina, Sertralina, Escitalopram, Fluoxetina, Prozac, Paroxetina, Rexer, Heipram, Valium, Seroxat, Brintellix
- **Antipsicóticos:** Risperidona, Paliperidona, Tiaprizal, Zyprexa

Recuerdo  
Medicamentos  
Omeprazol  
Vitamina  
Deprax  
Epilepsia  
dolor

Huesos  
depresión  
Ansiedad  
Estomago  
Ansiedad  
Vitaminas  
Escitalopram  
Tomo  
cabeza  
Enalapril  
Trankimazin  
Anti-inflamatorio  
Pastillas  
Calcio  
tension  
Diabetes  
dormir  
Diazepam  
Migrañas  
Lexatin  
Fluoxetina  
Lorazepam  
Paracetamol  
Tratamiento  
Sertralina  
Arterial  
Ventolin  
Ibuprofeno  
Citalopram  
Anticonceptivos  
Magnesio  
Ibuprofeno  
Bisoprolol  
ayuda  
Piarina  
Espalda  
Eutirox  
Lorazepam  
Alergia  
Crisis  
Alergia  
Crisis  
Diabetes  
dormir  
Diazepam  
Migrañas  
Alprazolam  
Colesterol  
Nervioso  
Paracetamol  
Tratamiento  
Sertralina  
Arterial  
Ventolin  
Fluoxetina  
Lorazepam  
Paracetamol  
Tratamiento  
Sertralina  
Arterial  
Ventolin  
Anemia  
Amoxicilina  
Bromazepam  
Paracetamol  
Tratamiento  
Sertralina  
Arterial  
Ventolin  
Alcohol  
Ansiolíticas  
Fortalecer  
Vitamina  
Escitalopram  
Tomo  
cabeza  
Enalapril  
Trankimazin  
Anti-inflamatorio  
Pastillas  
Calcio  
tension  
Diabetes  
dormir  
Diazepam  
Migrañas  
Lexatin  
Fluoxetina  
Lorazepam  
Paracetamol  
Tratamiento  
Sertralina  
Arterial  
Ventolin



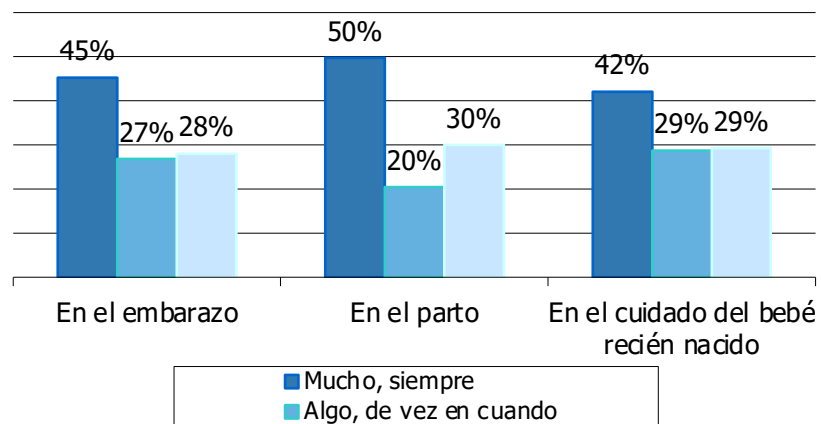
Maternidad y educación sexual

Valoración de la atención médica recibida durante el embarazo, el parto y el postparto

- La pregunta comprendía la posibilidad de una reflexión amplia, en el caso de que la mujer hubiera tenido varios procesos gestacionales.
- De un total de 187 mujeres:
- 126 (81%) indicaron que era buena o muy buena,
- 21 (13%) regular y
- 10 (6%), mala y muy mala.

# Apoyo por parte del progenitor en el embarazo, parto y post-parto

- Entre las 157 mujeres que contestaron a esta pregunta, el mayor apoyo (“mucho, siempre”) registrado por el progenitor es más numeroso en el caso del parto (78 mujeres, 50%), menor en el embarazo (71 mujeres, 45%) y llega al punto más bajo en el post-parto (66 mujeres, 42%).
- Cerca de un 30% señala no haber contado “nada o casi nunca” con este tipo de apoyo, en momentos tan difíciles para la salud física y mental de las mujeres.
- Las que indican haber contado con apoyos puntuales son entre el 20% en el caso del parto y el 29% en el cuidado del niño/a recién nacido/a.



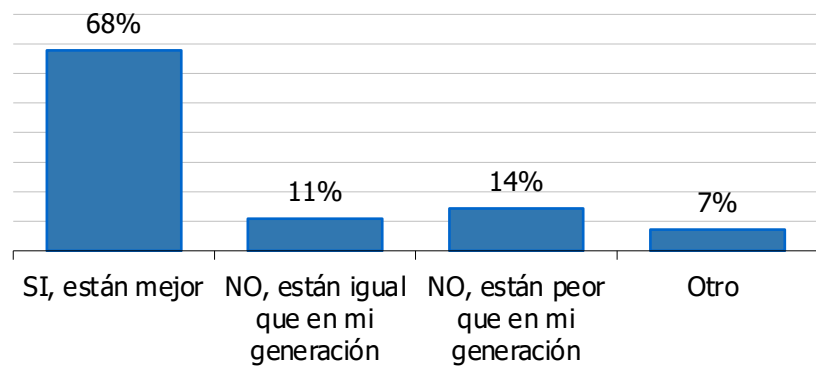
## Educación sexual y sobre reproducción

- De un total de 211 mujeres,
- 97 (46%) contestaron que sí y
- 97 (46%) que no,
- mientras que 6 indicaron que “no saben o no contestan”.
- Las 11 que señalaron la opción “otros”, dieron explicaciones que indican un nivel formativo bajo y/o tardío.



## Opinión sobre la formación de las adolescentes actuales sobre enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados

- “Creo que sí, pero también depende del interés que pueda tener el adolescente, al buscar esa atención o información.”
- Si, están mejor preparadas por los adelantos que hay hoy en día, pero no se les informa.”
- “Por un lado, tienen más medios para informarse y más apertura, pero por otra parte me parece que hay cierta frivolidad o falta de madurez.”
- Información tienen, pero no sé si son conscientes de lo importante de protegerse y proteger.”
- “Tienen más información.”
- “Deberían estar mejor preparadas, pero son más irresponsables.”



## Atención ginecológica

- Sobre 209 respuestas,
- sólo 79 (30%) indicaron que hacía menos de un año.
- El porcentaje más alto es el de las que se la hicieron hace más de un año, pero menos de 3 (63 mujeres, 30%);
- 36 mujeres (17%) se la hizo hace más de tres años y
- 20 (10%) no se la ha hecho nunca.

# Última mamografía

- Sobre un total de 208 mujeres,
- 107 (51%) no se ha hecho nunca una mamografía.
- Entre el resto encontramos 37 mujeres (18%) que se la hicieron hace más de un año,
- 31 mujeres (15%) hace menos de un año y
- 28(13%) que se la hizo hace más de tres años.

## Efectos de la menopausia

- Esta pregunta está dirigida a mujeres en la franja de edad correspondiente y fue respondida por un total de 50 mujeres.
- Más de la mitad (54%) dijo que le ha afectado algo (19, 38%) o
- mucho (7, 14%),
- en tanto que 16 (32%) indicaron que no le había afectado o no se había dado cuenta.



# Violencia de género

La violencia de género tiene un impacto sobre todos los aspectos de la vida de las mujeres que víctimas, siendo sus secuelas tanto a corto, como a largo plazo. Aunque en la opinión pública se caracterice de una manera reduccionista, por sus episodios de agresión física más extrema, la definición del Convenio de Estambul refiere una violencia multidimensional, con implicaciones sobre la autonomía, la economía, el empleo, la vida social, la salud física y mental, la sexualidad y la seguridad de la víctima. Es una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación

# Experiencia

- Sobre un total de 208 encuestas respondidas,
- 118 mujeres (57%) indicaron que no eran víctimas de violencia de género,
- **pero el 43% sí lo fue o lo está siendo:** 74 (36%) señalaron haberla sufrida y 15 (7%) vivirla actualmente.

## Durante el confinamiento

- De un total de 14 encuestas respondidas,
- 7 mujeres (50%) indicaron que “no ha aumentado, sigue igual que antes”;
- 3 (21%) dijeron que “sí ha aumentado, pedí protección y la recibí” y
- 1 (7%) admitió que había aumentado, pero no había solicitado protección.
- Otros dos testimonios se refieren a situaciones específicas, que han sido abordadas por las mujeres con la ayuda de la entidad que las apoya (CRE)



# Atención sanitaria y desigualdad de género



## Satisfacción con la atención sanitaria recibida

- Un total de 206 mujeres contestaron a la pregunta de valoración de la sanidad recibida a lo largo de tu vida, concretamente en la atención recibida por parte de médicos/as, enfermeros/as, en ambulatorios y hospitales (si ha estado en alguno).
- La mayoría, 161 encuestadas, indicó que estaba o algo (44%) o muy (34%) satisfecha.
- Un 21% integrado por 43 mujeres indicó algún grado de insatisfacción (16%) o mucha insatisfacción (4%).
- Un 1% nunca ha estado en un ambulatorio u hospital.

Percepción  
comparativa de  
la atención  
sanitaria que  
reciben  
hombres y  
mujeres

- A pesar de los estudios sobre la desigualdad de género en la atención sanitaria con respecto al esfuerzo terapéutico, la administración de medicinas, la indicación de pruebas y otros aspectos como la admisión hospitalaria, la percepción de las mujeres encuestadas (N=296) **es mayoritariamente que no existen diferencias entre hombres y mujeres (162, 79%)**.
- Por otra parte, 11 mujeres (5%) señalan que es “mejor para los hombres” y 6 mujeres (12%) que “es mejor para las mujeres”.
- Un 11% proporciona “otras” respuestas.

## Impacto de la COVID-19

- Esta pregunta fue respondida por 204 mujeres.
- Aunque los testimonios son algunas veces confusos, en general se observa que 132 mujeres (65%) no han sufrido la enfermedad ni ellas, ni su entorno cercano;
- 35 mujeres (17%) sí lo han tenido ellas o sus familiares y amistades y
- 37 mujeres (18%) señalan que, **aunque no lo han padecido, han estado muy afectadas por diversas cuestiones, como el miedo, la sensación de ahogo por el aislamiento, la caída de los ingresos, la pérdida de trabajo, entre otros factores.**

## NECESIDADES Y DESEOS

- “Necesitaría ayuda ...ya que he tenido mucho cansancio psicológico, con tanta lucha teniendo 3 hijos a cargo pues no lo ponen nada fácil, tampoco quiero que me lo pongan fácil pero creo que a las mujeres que estamos en esta situaciones deberían de facilitarles un empleo y una vivienda digna donde poder criar a sus hijos sin ningún miedo a verse en la calle, aseguro que para mi ha sido y es un trauma bastante malo el estar de un lado al otro sin una seguridad, es el peor infierno para una madre.”
- Necesito respaldo moral, necesitaría ser más joven para tener más oportunidades y que las instituciones regionales y municipales nos tengan más en cuenta a las personas desempleadas.
- “Necesito apoyo, me falta fuerza de voluntad.”
- “Acceso a cursos para inclusión laboral.”
- “Recursos económicos para mantener a mi familia.”
- “Me gustaría poder tener un empleo para poder tener a mis hijas en un lugar estable y una buena alimentación.”
- “Tener más formación.”
- “Me gustaría tener trabajo.”

## NECESIDADES Y DESEOS

- “Me gustaría tener trabajo.”
- “No tengo ingresos para pagar terapia psicológica y me gustaría mucho poder tener esto.”
- “Pues económicamente si necesito ayuda somos cinco en casa mas pagamentos.”
- “Tener un trabajo decente, para no depender de nadie.”
- “Sí, me gustaría dejar de fumar y me gustaría sacarme el doctorado.”
- “La economía en las familias es el todo, pago de recibos, alimentación, vestidos, colegios, estudios de adultos como personas que queremos formarnos en una oposición y es difícil poder estudiar sin un profesor y es costoso y lento, poder tener ayuda en estos temas es también importante para algunas personas y a día de hoy no he encontrado a nadie que financie unas oposiciones. En el tema del colegio igual, los uniformes, libros... cuando una madre, en mi caso, se encarga de todo con una ayuda de 430€ es muy difícil conciliar toda la vida diaria y mensual.... No toda ayuda tiene que ser económica física, pero si ayuda en recibos, colegios, alimentos...”

# Atención sanitaria con enfoque de género en España/1

- El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud establece su Estrategia 4: “Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género”. Es un hecho reconocido por las propias instituciones la existencia de dificultades y brechas en el acceso de las mujeres a la sanidad, debido a la desigualdad estructural en la que viven. La vida más prolongada de las mujeres y sus situaciones de salud exclusivamente femeninas -tales como el embarazo o el parto- entrañan riesgos y asistencia específicos. El deterioro del bienestar psicológico femenino es un fenómeno en aumento, especialmente en contextos como el de la pandemia. Según la OMS, el suicidio es una de las causas principales de muerte en las mujeres entre los 20 y los 59 años. Los trastornos mentales, como la depresión, son asimismo una causa importante de discapacidad en las mujeres. Los estudios demuestran que la discriminación social, legal y económica -causante de sentimientos de indefensión, dependencia y baja autoestima- es responsable de estos trastornos. La OMS también apunta a la violencia de género, como una de las principales causas de desórdenes mentales y dolencias físicas cuyo impacto en la salud, tanto de la víctima como de sus allegados, es muy elevado. El rol de género no es ajeno a la salud, hay una influencia clarísima tanto en hombres como en mujeres.
- Considerando este contexto, hacemos algunas recomendaciones específicas para España:
- **Erradicar la brecha salarial de género** que afecta a las mujeres que trabajan en el sector sanitario. Establecer Planes de Igualdad que se supervisen periódicamente y se siga un régimen sancionador adecuado, a fin de erradicar prácticas discriminatorias.
- **Realizar inspecciones laborales a instituciones y establecimientos sanitarios públicos y privados para garantizar los derechos laborales de las mujeres empleadas.**
- **Garantizar la no discriminación en el acceso a prestaciones** de la seguridad social, como en los casos de los permisos maternales de las mujeres sanitarias con contratos precarios, a demanda, por tiempo determinado, etc.
- **Establecer una política de cuota paritaria de mujeres y hombres en los Colegios Profesionales de Medicina.**
- **Incorporar la perspectiva de género en todas las facultades españolas.** El problema del sesgo de género en la atención no se puede atribuir solo a los profesionales médicos. Los y las profesionales sanitarias aprenden en instituciones donde se les enseña de manera sesgada, en perjuicio de las mujeres.

# Atención sanitaria con enfoque de género en España/2

- Mejorar la calidad de la información y análisis disponibles sobre la atención sanitaria:
  - Desagregar todas las estadísticas actualmente recogidas al menos por sexo y edad.
  - **Realizar estudios estadísticos para comprobar si existe mortalidad diferencial de género por las causas de muerte más comunes**, como los infartos o el cáncer. Especialmente, la situación de las mujeres que fallecen en hospitales por retrasos en el diagnóstico, en la realización de pruebas o en las órdenes de internación, lo cual incidiría para que ingresaran en situación de mayor gravedad.
  - **Estudiar el factor de la inequidad en las necesidades no atendidas, como el uso de mamografías o consultas al especialista del servicio nacional de salud, analizando las variables de edad, nacionalidad, situación familiar, estado de salud, inactividad física en el tiempo libre, situación laboral, nivel de estudios, renta equivalente, tipo de cobertura (acceso directo a especialista, por ejemplo, con seguro privado o quienes tienen estatus especial, como funcionarios), región de residencia.**
  - **Estudiar las estadísticas correspondientes a los procesos de atención primaria**, para establecer comparaciones en tiempos, derivación a especialistas, solicitud de pruebas diagnósticas y tiempos para su concesión, internación, participación en estudios experimentales. Incorporar las variables interseccionales, como edad, discapacidad, origen, pertenencia a grupo minoritario, situación de pobreza, violencia de género, víctima de trata o prostitución.
  - **De acuerdo con los resultados estadísticos obtenidos, adoptar medidas para la corrección de procesos de discriminación.**
- **Vigilar los procesos de inducción al parto y cesáreas establecidos en la sanidad privada (30%) y, en menor medida en la pública (21%), dado que estos datos son de los más altos de la UE.** En España, uno de cada cuatro niños/niñas nace por esta vía (el 26%), un porcentaje que no ha dejado de escalar en las últimas décadas y que excede las recomendaciones de la OMS (hasta el 15%). Es imprescindible conocer cuántas de las cesáreas se hacen de forma sobrevenida por vía de urgencia y cuántas son programadas.
- **Establecer un servicio de acompañamiento a las mujeres embarazadas y durante la maternidad en los hospitales privados y públicos, con un enfoque de prevención y actuación inmediata ante denuncias de violencia obstétrica.**
- **Establecer equipos multidisciplinares (sociales, sanitarios, educativos), con perspectiva intercultural,** para atender integralmente las situaciones de diversidad representadas por la población de origen inmigrante y gitana y/o las mujeres con discapacidad, para detectar problemas de violencia, adicciones, depresión, ideación suicida, trastornos alimentarios y de la percepción de la imagen, enfermedades mentales, pobreza que genera una falta de recursos para seguir tratamientos, otros factores determinantes de la salud, necesidad de programas de respiro a las cuidadoras, entre otros.

Muchas gracias

