Informe
SALUD Y GÉNERO en Andalucía
2025

Resumen ejecutivo

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

Informe Salud y Género en Andalucía

Edita: Consejería de Salud y Consumo
Responsable de edición: Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
Elabora: Escuela Andaluza de Salud Pública.
Junta de Andalucía | Febrero, 2025

COORDINACIÓN GENERAL
Teresa Campos García
Servicio de Coordinación de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
Consejería de Salud y Consumo

COORDINACIÓN TÉCNICA Y ELABORACIÓN DEL INFORME
Gracia Maroto Navarro [1,2,3]
María del Río Lozano [1,2]
María del Mar García Calvente [1]

Redacción de capítulos específicos
Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, en el estado de salud y en la atención sanitaria
María del Río Lozano [1,2]
María del Mar García Calvente [1]
Gracia Maroto Navarro [1,2, 3]

Salud mental
Olivia Pérez Corral [1,2]
Silvia Toro Cárdenas [1]

Salud sexual y Salud reproductiva
Gracia Maroto Navarro [1,2,3]
Daysis Yoe Ling Chang Chan [1, 2]
Olivia Pérez Corral [1,2]

Salud y migraciones
Olga Leralta Piñán [1]
Ainhoa Ruiz Azarola [1,2]

Salud y discapacidad
Amelia Martín Barato [1]
Noelia García Toyos [1]

Violencia de género
Guadalupe Pastor Moreno [1, 2, 3]
Isabel Ruiz Pérez [1, 2, 3]

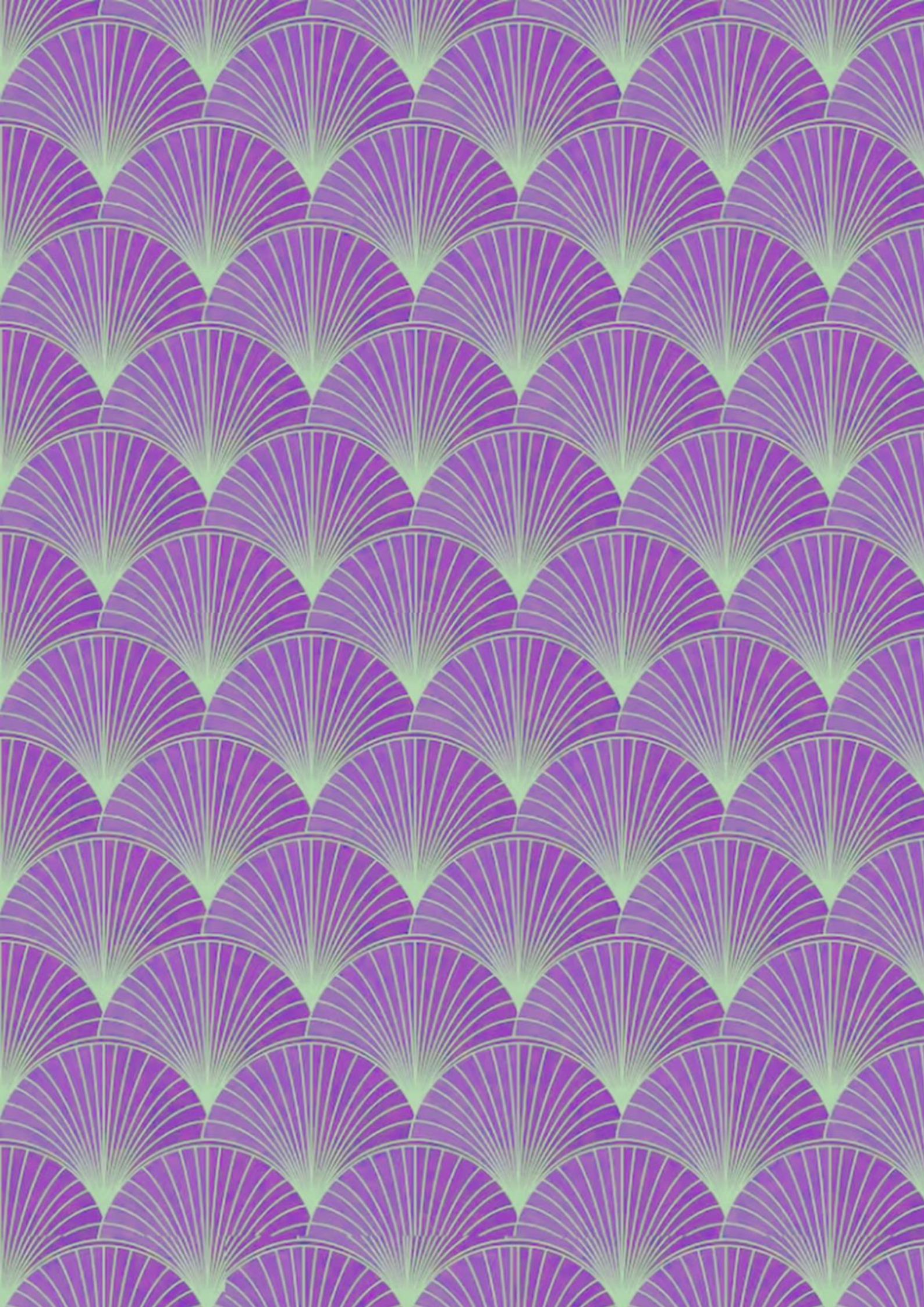
Percepciones profesionales sobre el sistema sanitario
Raquel Jiménez Manzano [4]

Apoyo en la explotación de datos
Guadalupe Carmona López [1]
Luis Castro Martín [5]
Daysis Yoe Ling Chang Chan [1]
Inmaculada Mateo Rodríguez [1]
Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido [1]
Silvia Toro Cárdenas [1]

Apoyo bibliográfico: Camila Higueras Callejón [1]

Maquetación: Cristina Pando Letona [1]

[1] Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
[2] Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada
[3] Consorcio de Investigación Biomédica y en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid
[4] Consultoría de Igualdad y Diversidad. Granada
[5] Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Granada



1. Introducción

En este documento se ofrece un resumen del Informe Salud y Género en Andalucía 2025, producto del encargo que la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía ha realizado a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). En este resumen se presentan los principales resultados sobre la situación actual de salud de la población adulta andaluza, identificando las principales desigualdades de género en salud y sus determinantes sociales. Supone una continuación del que fue publicado anteriormente, en 2018, y al que nos referimos con frecuencia en términos comparativos o para señalar avances y retrocesos. La salud de la población y su atención sanitaria está condicionada por factores contextuales cambiantes en el tiempo, entre los que cabe destacar la reciente crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19, que ha justificado aún más, si cabe, la necesidad de renovar el diagnóstico de situación de la salud realizado con anterioridad. Esta herramienta puede ser crucial para dar soporte a la toma decisiones en la planificación e implementación de políticas, planes y programas sanitarios, desde un enfoque de género.

En este Informe se ha pretendido maximizar la información de evolución y territorialidad cuando los datos disponibles lo han permitido, reforzar la información sobre diferentes dimensiones de la atención sanitaria que habían sido abordadas de manera más superficial, profundizar en temas de especial interés en el contexto sanitario actual de Andalucía, así como enriquecer los datos cuantitativos con información cualitativa recogida de manera primaria.

Volvemos a utilizar los modelos conceptuales y marcos teóricos en los que se sustentó el Informe publicado en 2018. Hacemos propio el modelo de los determinantes sociales de la salud impulsado por la OMS, en el que la contribución de la biología (ligada al concepto de sexo) es solo una parte del complejo entramado de factores (muchos de ellos ligados al género) que determinan la situación de salud de las personas y de las poblaciones. Partimos específicamente del modelo para explicar el papel del género como determinante de la salud propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network en 2007, en su informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Este modelo resulta de gran utilidad para ilustrar cómo la salud de hombres y mujeres no solo es diferente, porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, sino que también es desigual, porque hay otros factores explicados por el género que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

Asumimos que asistimos a un proceso de reformulación de las masculinidades y las feminidades, mediadas por rupturas en el sistema tradicional de género. Es importante conocer las limitaciones y peligros del modelo tradicional de masculinidad para entender el cambio cultural y la necesidad de redefinir la hombría, para construir una sociedad más igualitaria y libre de violencia contra las mujeres.

También asumimos que la población, cualquiera que sea su sexo, presenta una gran diversidad, y que no podemos obviar los distintos ejes de desigualdad que se entrelazan con el género para producir desigualdades en salud (edad, clase social, etnia, lugar de residencia, orientación sexual, identidad de género…). Por ello, consideramos que debemos incorporar en nuestro marco el concepto de interseccionalidad. Estos múltiples ejes de desigualdad social se cruzan y se construyen nuevamente en los niveles macro y micro, produciendo una amplia gama de resultados desiguales, tanto en la salud individual como en la de la población. Somos conscientes de que el análisis de la interseccionalidad es complejo y que requiere tener en cuenta múltiples dimensiones (como la discapacidad, la religión o la diversidad de orientaciones sexuales y de identidades de género). La práctica inexistencia de fuentes de datos cuantitativos que aborden estos cruces de variables ha limitado el alcance de los resultados. No obstante, hemos tratado de profundizar desde diversas metodologías en estas desigualdades para recoger la máxima diversidad posible. Este enfoque de la diversidad está relacionado igualmente con el

concepto de vulnerabilidad, esto es, hay grupos de personas, de mujeres y de hombres que, por sus características biológicas, psicológicas o sociales, están más expuestas a factores de riesgo para su salud. En este proyecto, hemos tenido en cuenta también la existencia de estos grupos al priorizar los contenidos del informe y es por ello que dedicamos capítulos específicos a colectivos que cuentan con especial vulnerabilidad.

Otro de los ejes que guía el Informe es la perspectiva de la salud como un elemento cambiante a lo largo de las distintas etapas de la vida. A lo largo de nuestra vida, tanto las características biológicas como las circunstancias sociales van cambiando, y esto influye sobre la salud. De igual forma, cambian también los intereses y las prioridades en salud, acordes con las diferentes edades y circunstancias vitales. En este proyecto, atendemos a la salud en las diversas etapas de la vida adulta, interesándonos especialmente por aquellos momentos del ciclo vital en los que la salud de las mujeres y los hombres requieren una mirada específica.

2. Objetivos

El **objetivo principal** de este Informe es ofrecer un análisis de situación actualizado sobre la salud y la atención sanitaria de la población adulta andaluza, identificando las principales desigualdades de género en este ámbito.

Se contemplan los siguientes **objetivos específicos**:

1. Analizar los determinantes sociales de las desigualdades de género en salud en Andalucía, con datos procedentes de las fuentes disponibles.

2. Analizar las desigualdades de género en el estado de salud de la población adulta andaluza, con datos procedentes de las fuentes disponibles.

3. Analizar las desigualdades de género en la atención sanitaria en Andalucía, con datos procedentes de las fuentes disponibles.

4. Ofrecer un análisis de situación sobre temáticas seleccionadas por su especial relevancia en el contexto sanitario actual de Andalucía: salud mental, salud sexual y salud reproductiva, migración, discapacidad y violencia de género.

5. Analizar las opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre desigualdades de género en la atención sanitaria en Andalucía.

Se espera que los resultados que den respuesta a estos objetivos, abordados desde metodologías diversas, permitan ofrecer recomendaciones prácticas para la planificación e implementación de políticas, planes y programas sanitarios, con la finalidad última de reducir las inequidades de género en salud en la comunidad andaluza.

3. Metodología

Este proyecto se ha desarrollado a partir del análisis de datos cuantitativos y cualitativos, obtenidos de fuentes de información tanto primarias como secundarias, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Debido a la naturaleza mixta del diseño utilizado para la elaboración de este informe, agrupamos a continuación tres grandes bloques, que se han desarrollado con distintas metodologías.

El **primer bloque** constituye la parte del informe que da respuesta a los tres primeros objetivos, consistente en la actualización de las principales dimensiones que se abordaron en el informe anterior: desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, en el estado de salud y en la atención sanitaria. En esta fase se han recogido datos cuantitativos, provenientes de fuentes tanto primarias como secundarias.

Las dimensiones abordadas para el análisis de las **desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud** han sido: la estructura socio demográfica y movimiento poblacional, la estructura de los hogares, la educación, los recursos económicos, los usos del tiempo, cuidados y trabajo doméstico, la conciliación, las condiciones medioambientales y sociales del entorno, el apoyo social, el empoderamiento y toma de decisiones, y los estilos de vida.

Las dimensiones abordadas para el análisis de las **desigualdades en el estado de salud** han sido: la mortalidad general, la esperanza de vida, las principales causas de mortalidad, la mortalidad prevenible y prematura, la salud percibida, la calidad de vida relacionada con la salud, y la morbilidad diferencial en patologías crónicas, y patologías crónicas seleccionadas.

Por último, las dimensiones abordadas para el análisis de las **desigualdades de género en la atención sanitaria** han sido: la cobertura y acceso a los servicios sanitarios, la promoción de salud y prevención de enfermedad, la Atención primaria, la Atención hospitalaria, la Atención urgente y los medicamentos.

Para abordar las dimensiones de estos apartados, se han revisado las fuentes de datos cuantitativas que pudieran contener información pertinente para el proyecto, la mayoría de ellas han sido las mismas que las utilizadas en el informe anteriormente publicado. Los momentos de extracción de los datos se han llevado a cabo en distintos momentos, comprendidos entre 2022 y 2024, y en cada uno de ellos se han recopilado los últimos datos disponibles.

Se han consultado fuentes con datos disponibles tanto a nivel autonómico, como a nivel nacional y europeo, provenientes de bancos de datos, encuestas, informes y memorias. Los criterios de inclusión para seleccionar estos datos o indicadores a incluir han sido que estuvieran desagregados por sexo y que contaran con un nivel de agregación autonómico, además de que fueran datos posteriores a los ya publicados en el informe anterior. Se han priorizado los que fueran más actuales, y en algunos casos, también aquellos que disponían de series temporales para conocer la evolución. Los datos se han recogido principalmente del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) y la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía (ESSA).

Se han calculado los datos en términos de tasas (en mujeres y en hombres), brechas de género, porcentajes y números absolutos.

El **segundo bloque** pretende dar respuesta al objetivo específico 4, para ofrecer un análisis de situación detallado acerca de diversas temáticas seleccionadas por su especial interés en el actual contexto social y sanitario de Andalucía. La finalidad de cada uno de estos capítulos ha sido ofrecer un análisis de situación en profundidad de una temática concreta desde la perspectiva de género, identificar las principales desigualdades de género en salud y los sesgos de género en la atención sanitaria prestada al colectivo o grupos implicados, así como establecer las principales áreas de mejora y recomendar algunas líneas de actuación específicas para reducir las desigualdades de género en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Estas han sido las temáticas analizadas y las principales dimensiones que se han abordado en ellas:

1. **Salud mental**: el diagnóstico de depresión y ansiedad; el consumo de antidepresivos, tranquilizantes y pastillas para dormir; la convivencia en hogares con alguna persona con problemas de nervios, depresión o salud mental; la percepción de calidad de vida relacionada con la salud y salud mental; la población con índice de bienestar emocional bajo; los diagnósticos de salud mental y población atendida; la prescripción farmacológica; las tentativas de suicidio.

2. **Salud sexual y salud reproductiva**: sexualidad y prácticas sociales; infecciones de transmisión sexual; anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo; fertilidad; natalidad y fecundidad en población adulta y adolescente; embarazo, parto y puerperio; ciclo reproductivo (menstruación y menopausia).

3. **Salud y migración**: los determinantes sociales de la salud (estilos de vida, entorno físico, empleo y educación, acceso al sistema sanitario, situación administrativa, edad); los problemas de salud específicos (Salud mental y bienestar emocional, salud sexual y reproductiva, enfermedad de Chagas, Víctimas de trata y Mutilación genial femenina; los desafíos de la atención sanitaria en contextos de diversidad cultural (problemas de comunicación, prácticas culturales y religiosas.

4. **Salud y discapacidad**: personas con discapacidad y por grupos de discapacidad; hogares con alguna persona con limitación física, mental o sensorial; percepción de salud de las personas con discapacidad; enfermedades crónicas diagnosticadas en personas con discapacidad; servicios sanitarios recibidos por personas con discapacidad; motivos por los que las personas con discapacidad no han recibido algún servicio sanitario; personas con discapacidad que reciben cuidados; ayuntamientos adheridos al Pacto Andaluz por la Accesibilidad; personas con discapacidad intelectual atendidas en Unidades de Salud Mental.

5. **Violencia de género**: víctimas mortales; prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja; denuncias por delitos relacionados con violencia de género; casos activos objetos de atención policial; órdenes de protección; casos de violencia de género y de agresiones sexuales detectados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía a través de Partes al Juzgado; prevalencia de violencia sexual; uso de servicios de salud en víctimas de violencia de género; problemas de salud más frecuentes en víctimas de violencia de género; consumo de medicamentos por víctimas de violencia de género; delitos sexuales; número de actividades formativas en violencia de género; número de profesionales participantes en actividades formativas.

La recogida de información para estos capítulos específicos ha provenido principalmente de fuentes secundarias, entre las que destacan las siguientes: la VI Encuesta Andaluza de Salud (EAS); la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía (ESSA); Bases de datos poblacionales (INE, IECA); la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2020); Informes de organismos internacionales (OMS, OPS, UNICEF, Save the Children, OIM); Informes y datos del Ministerio de Sanidad;

Informes y datos de la Consejería de Salud y Consumo y Servicio Andaluz de Salud; el Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG); la Macroencuesta de Violencia contra las Mujeres 2019 y otras publicaciones y artículos científicos especializados.

El análisis de los datos de cada uno de los capítulos específicos ha consistido en un análisis descriptivo de los datos extraídos de fuentes secundarias y presentación en tablas y gráficos desagregados por sexo y por otras categorías como edad, clase social o nivel educativo. Se presentan datos absolutos y relativos, tanto porcentajes como tasas y porcentajes de variación de las tasas anuales de los años analizados.

El **tercer bloque** responde al objetivo específico 5. Para recoger las opiniones y percepciones de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía acerca de las desigualdades de género en la atención sanitaria, se ha diseñado un estudio cualitativo ad hoc, mediante entrevistas individuales estructuradas y grupos focales.

Con este estudio se ha buscado comprender la experiencia vivida por parte de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía en relación con las necesidades de salud de mujeres y hombres en su contexto. El estudio contó con la participación de 34 profesionales de la salud que fueron entrevistados individualmente y en grupos de discusión.

El estudio contó con la participación de 34 profesionales de la salud, 24 se entrevistaron individualmente y 10 participaron en 2 grupos de discusión. La selección de participantes se llevó a cabo considerando una distribución equilibrada de profesionales de cada sexo, junto con otras características: la provincia; los niveles de Atención Primaria, Hospitalaria y Urgente, incluidas las Unidades de Salud Mental; la categoría profesional, con perfiles asistenciales y personas directivas o con cargos de responsabilidad; de distintas disciplinas; y con diferente sensibilidad y formación previa en género.

A partir de una preselección de potenciales participantes realizada desde Áreas de Gestión Sanitaria de las distintas provincias, bajo solicitud de la Consejería de Salud y Consumo, se procedió a realizar los contactos, desarrollo y análisis de 24 entrevistas y 2 grupos de discusión durante el segundo y el tercer trimestre de 2024.

Las entrevistas individuales tuvieron una duración promedio de una hora, se llevaron a cabo tanto de forma presencial en sus centros de trabajo como online, y se registraron mediante grabaciones de audio con el consentimiento de las y los participantes, utilizando una guía de entrevista flexible. Los grupos de discusión tuvieron una duración de 1 hora y media y se llevaron a cabo de forma online. Se empleó una guía de discusión y se utilizaron grabaciones de audio y notas de campo para registrar la información.

Las principales dimensiones de contenido abordadas mediante las dos técnicas han sido: formación y sensibilización de profesionales en la perspectiva de género; equidad de género en el acceso a los servicios sanitarios y en la cobertura sanitaria; equidad de género en la promoción de salud y prevención de riesgos y enfermedades; sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico y en la prescripción de medicamentos; equidad de género en la relación de profesionales y pacientes; equidad de género en la atención sanitaria en la pandemia por COVID-19. Las grabaciones de audio de las entrevistas y los grupos de discusión fueron transcritas. Además, se empleó un proceso de análisis temático inductivo para identificar patrones y temas recurrentes en los discursos.

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación Biomédica de la provincia de Granada (CEI/CEIM GRANADA) (Código 1985-N-23). El estudio se ha ceñido en todo momento a la normativa vigente. Se ha recogido el consentimiento informado de cada persona participante. No se ha recabado ningún dato personal que no atendiera estrictamente a los objetivos del estudio. Todos los datos recogidos en este proyecto han sido registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre).

4. Principales resultados e ideas clave

En este bloque se recogen los principales resultados y mensajes clave que han sido destacados en el Informe a lo largo de sus distintos apartados. Por tanto, podríamos considerarlos como los aspectos fundamentales de este análisis de situación de las desigualdades de género en la salud y los determinantes sociales en Andalucía.

4.1. Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud

Aspectos clave de la estructura sociodemográfica

Las mujeres están más representadas en todas las provincias andaluzas, excepto en Almería.

A mayor ruralidad, encontramos mayor proporción de hombres. Las mujeres se concentran en los municipios de mayor tamaño.

Seguimos inmersos en una tendencia demográfica hacia el envejecimiento poblacional, motivado principalmente por un descenso de la natalidad y un aumento de la esperanza de vida. El envejecimiento es mayor entre las mujeres, en sintonía con las pirámides del contexto español y europeo.

Hogares feminizados con alta demanda de atención

Hay dos tipos de hogares en Andalucía que destacan por su alta feminización, lo que hace que merezcan una mirada de género especial para identificar necesidades y planificar estrategias.

Los hogares unipersonales, encabezados principalmente por mujeres mayores, son uno de los tipos de hogares que requieren una atención específica, más al constatar su aumento a medida que se agudiza el envejecimiento poblacional.

Los hogares monoparentales también están altamente feminizados. El paro y la pobreza se instalan más en estos hogares, de la mano de dificultades para la conciliación, por lo que resulta importante poner el foco en ellos.

El sistema educativo está feminizado, una posición ventajosa de partida

Las mujeres andaluzas están más representadas en el sistema educativo que los hombres y protagonizan un menor abandono escolar temprano.

Las brechas se amplían a favor de las mujeres en las etapas educativas posobligatorias, aumentando la presencia femenina en las universidades andaluzas y el porcentaje de mujeres que han finalizado estudios superiores.

Sin embargo, constataremos que esta situación favorable a las mujeres, continúa sin traducirse en oportunidades equitativas en el empleo, la situación laboral y los recursos económicos.

Persisten las desigualdades en el ámbito laboral y económico

Las tasas de actividad y las tasas de paro arrojan mejores datos para los hombres que para las mujeres. Las brechas de género son marcadas en todas las provincias, más amplias en Córdoba, Jaén y Granada. Consecuentemente, el paro es más acuciante en las mujeres, excepto en Almería donde los hombres alcanzan tasas más altas. Hay que tener en cuenta que estos datos suelen fluctuar de un trimestre a otro y solo podemos tomar como una tendencia generalizada la mayor infrarrepresentación femenina en el ámbito laboral.

Promovidos por la coyuntura normativa, los contratos indefinidos aumentaron considerablemente en 2023 respecto al año anterior. Sin embargo, las mujeres han salido menos favorecidas y siguen desempeñando sus trabajos con mayor temporalidad.

A mayor edad, mayor nivel de renta en ambos sexos. Las brechas en mayores de 65 años se invierten a favor de las mujeres.

En sintonía con los datos sociodemográficos, los hogares encabezados por mujeres perciben un mayor porcentaje de prestaciones por jubilación. En cambio, y también en concordancia con la mayor representatividad masculina en la población activa, las prestaciones por desempleo entran más en los hogares encabezados por los hombres.

En términos generales, las mujeres andaluzas en riesgo de pobreza y con carencia material severa superan a los hombres ligeramente. La edad resulta un factor clave, debiendo poner el foco y una especial mirada a la infancia y juventud de todos los sexos, que registran datos más elevados en estos indicadores de pobreza que otros tramos de edad.

Más mujeres que hombres viven en hogares con baja intensidad en el trabajo, especialmente en el tramo de 45 a 64 años. Y esto está íntimamente relacionado, siendo causa y también consecuencia, de que sean ellas quienes continúen ejerciendo mayoritariamente los trabajos domésticos y de cuidados, lo que se convierte en un círculo de difícil encaje para conciliar las esferas personales y laborales y un fuerte obstáculo para gozar de una buena salud y calidad de vida.

El escenario doméstico y de los cuidados sigue estando protagonizado por las mujeres. La corresponsabilidad sigue siendo tarea pendiente en la búsqueda de la igualdad de oportunidades

Se siguen registrando importantes brechas de género en la realización de las tareas del hogar, que encabezan predominantemente las mujeres. Las mayores desigualdades entre mujeres y hombres en este terreno doméstico ocurren en las edades más avanzadas, menores niveles educativos y entornos rurales.

El encaje de tareas domésticas y trabajo remunerado sigue siendo más difícil para las mujeres, que continúan sumando estas dos esferas en mayor porcentaje que los hombres.

Los cuidados en general también tienen rostro femenino principalmente. Un perfil masculino que destaca en los cuidados de personas con discapacidad y de personas adultas con necesidades de cuidados es el de hombres de avanzada edad, jubilados, que cuidan a sus esposas.

En cuanto al cuidado de menores, las mujeres dedican más tiempo que los hombres en los días laborables y los hombres lo hacen más que las mujeres en los días no laborables y con tareas más relacionadas con el ocio y el espacio extradoméstico, lo que nuevamente dibuja un mapa de conciliación más costoso para las mujeres. Las mujeres afirman ser ellas quienes asumen mayoritariamente la planificación de

gestiones básicas del cuidado de menores a cargo como estar pendientes de las citas médicas, cuestiones escolares o la vestimenta, relacionadas todas estas con una mayor carga de gestión mental.

La brecha de género en los cuidados informales en los años previos a la pandemia ha tendido a cerrarse muy lentamente. La sobrerrepresentación femenina en cuidados de diversa índole continúa siendo muy acusado en mujeres en edad laboral activa, lo que dificulta su encaje con acceso y permanencia en el mercado laboral en condiciones igualitarias a los varones.

La pandemia ha agudizado las desigualdades en el impacto que los cuidados tienen en la salud y otras esferas de la vida. Se hace necesario reequilibrar los esfuerzos, redistribuir cargas, reconocer necesidades y apoyos, permitir oportunidades más igualitarias que favorezcan una mayor equidad en salud.

Las condiciones medioambientales y sociales del entorno también saben de género

Las mujeres encabezan más que los hombres hogares con problemas de ruido exterior, contaminación y problemas ambientales, mientras que los que están encabezados por hombres presentan más vandalismo en la zona de residencia.

La movilidad sostenible y la movilidad de los cuidados son problemas emergentes que requieren ser abordados con enfoque de género para conseguir resultados en salud más equitativos.

El apoyo social es variable en ambos sexos dependiendo de otros factores como la edad

Las mujeres tienen mejor apoyo social que los hombres en edades centrales, pero a medida que avanza la edad van perdiéndolos y teniendo menos que los hombres.

Esto podría responder a una pérdida de relaciones sociales al tiempo que se adentran más en los cuidados, especialmente aquellas sin trabajo remunerado y con nivel educativo bajo.

La brecha de género se va cerrando en puestos de responsabilidad política y económica, avances positivos que aún requieren grandes pasos hacia la igualdad real de oportunidades

La participación femenina en los distintos ámbitos del poder político ha aumentado hasta cerrarse prácticamente la brecha de género que existía de forma acusada hace solo unos años. En esto ha tenido mucho que ver la normativa vigente.

También ha aumentado de forma considerable la representación de mujeres en puestos directivos de grandes y medianas empresas.

Sin embargo, la realidad todavía dista de ser equitativa. Las mujeres empleadoras en Andalucía no alcanzan la tercera parte de la población ocupada. Los techos de cristal siguen teniendo un gran predominio en la vida de las mujeres, en detrimento de las oportunidades que encuentran para poder conciliar los distintos ámbitos de su vida y desarrollarse personal y profesionalmente.

Alimentación, ejercicio y descanso, resultados desiguales en la búsqueda de estilos de vida saludables

Más mujeres que hombres comen fruta diariamente, y ambos sexos presentan más este hábito saludable en edades tempranas que en las más avanzadas. Sin embargo, en cuanto a la adherencia a la dieta mediterránea, la franja de edad con menor adherencia es la más joven, y con peores datos en hombres que en mujeres.

Las mujeres realizan ejercicio con menos frecuencia que los hombres y su práctica se reduce en general con la edad. Una excepción, en el caso de caminar, son los hombres mayores de 65 años, que aumentan su actividad. En las mujeres, la capacidad para dedicar tiempo a actividades como caminar se reduce progresivamente con la edad, lo que puede relacionarse con el desempeño de sus roles de género.

Los datos relativos a descansar lo suficiente en las horas de sueño son más favorables a los hombres. En ambos sexos aumenta esta capacidad de descanso en las edades más avanzadas.

Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Respecto al consumo de tabaco, se registran algunas tendencias positivas en los últimos 5 años: ha descendido el consumo diario tanto en hombres como en mujeres y ha aumentado la edad media del consumo también en ambos sexos. Algunos patrones diferenciados por sexo son que un mayor porcentaje de hombres ha dejado de fumar, que el consumo moderado y extremo es menor entre las mujeres, y que la brecha de género más amplia en consumo diario de tabaco se da entre los 21 y 24 años, donde el porcentaje de hombres que fuman diariamente casi dobla al de las mujeres. El consumo de cigarrillos electrónicos en los últimos años se mantiene casi inalterable en ambos sexos.

El consumo de alcohol ha aumentado considerablemente en los últimos años y es más prevalente en los hombres que en las mujeres.

Los hombres presentan un mayor consumo de otras drogas (diferentes a tabaco y alcohol), excepto los tranquilizantes, hipnóticos y somníferos, que son más consumidos por las mujeres.

Otras adicciones comportamentales emergen con fuerza, como las relacionadas con Internet y las redes sociales, para las que no hay grandes diferencias por sexo y sí por edad.

4.2. Desigualdades de género en el estado de salud

Se mantiene en Andalucía la paradoja de género en mortalidad: Las mujeres viven más años, pero con peor salud

En Andalucía, las mujeres viven por término medio 5,4 años más que los hombres en el año 2021, aunque con diferencias interprovinciales: la brecha de género es máxima en Córdoba (6,1 años) y mínima en Granada y Málaga (4,8 años). Esta brecha de género en EVN había mantenido una tendencia decreciente en las últimas décadas, que se ha revertido durante el periodo de pandemia. Ésta ha supuesto una pérdida de años de EVN y un aumento de la brecha de género en este indicador.

Algo similar se observa en la mortalidad general, durante los años 2020 y 2021 las tasas han aumentado y la brecha de género se ha ampliado. Sin embargo, aunque el aumento de mortalidad en hombres durante la pandemia se observó en la mayoría de los grupos de edad, la concentración de mortalidad en edades mayores se observó de forma más acusada en mujeres.

A los 65 años, la esperanza de vida de las mujeres andaluzas supera en 3,6 años a la de los hombres. La brecha de género en EV65 ha mostrado una tendencia a la disminución durante las últimas décadas, tendencia que se ha mantenido durante la pandemia.

Sin embargo, una mayor esperanza de vida no siempre se acompaña de mejor salud. La brecha de género en años de vida saludable al nacer se sitúa en 3,4 años en Andalucía, cifra menor en dos años que la brecha en EVN. Este indicador también ha sufrido el impacto de la pandemia por COVID-19, con pérdidas de más de 1 año en ambos sexos en 2020, que se han recuperado en 2021. Sin embargo, la brecha de género en años de vida saludable se viene reduciendo desde 2006.

El fenómeno denominado como “paradoja de género en salud” o “ventaja de la mortalidad”, consiste en que las mujeres viven muchos de sus años adicionales con peor salud: los hombres tienen una desventaja en mortalidad y las mujeres en morbilidad. Es un hecho conocido que la esperanza de vida al nacer es mayor en mujeres que en hombres, que esta brecha disminuye para la EV a los 65 años, y que se reduce aún más (o puede llegar a invertirse) cuando se trata de años de vida saludable.

Las posibles causas de esta “paradoja” siguen sujetas a continua investigación, aunque los estudios resaltan la complejidad del fenómeno y la interacción de factores biológicos, sociales y de servicios de salud. Entre las posibles explicaciones se plantea que los hombres mueren prematuramente por causas relacionadas con comportamientos de riesgo que tienen que ver con las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la denominada masculinidad hegemónica.

Se observa un perfil de mortalidad diferencial en Andalucía, con un claro impacto de la pandemia por covid-19 en los últimos años

Las enfermedades circulatorias siguen siendo la primera causa de muerte en mujeres en la actualidad, y suponen el 30% del total de muertes en mujeres andaluzas. Los tumores son la primera causa de muerte en hombres, contribuyendo al 29% del total de muertes en ellos. Las enfermedades infecciosas se situaron en el tercer lugar en ambos sexos, con una contribución del COVID-19 que supuso el 5,9% del total de muertes en hombres y el 5,4% en mujeres.

La mortalidad por tumores muestra la mayor brecha de género de todas las causas, con signo negativo que indica una mayor mortalidad en hombres. Entre las diez primeras causas de muerte en mujeres, las

enfermedades circulatorias, del sistema nervioso, mal definidas, trastornos mentales, genitourinarias y endocrinas, presentan brechas de signo positivo (mayores tasas en mujeres).

Se sigue observando una mayor mortalidad prematura en hombres que en mujeres. La magnitud de la brecha de género en APVP se ha incrementado en los años 2020 y 2021 modificando la tendencia decreciente de años anteriores. Este aumento de la brecha de género puede estar relacionado con el impacto de la pandemia por COVID-19.

Los tumores son en la actualidad la principal causa de mortalidad prematura para ambos sexos, seguidos de las enfermedades circulatorias en mujeres y de las causas externas en hombres. Las enfermedades infecciosas se han situado como cuarta causa de mortalidad prematura en ambos sexos, aunque con tasas de APVP mucho mayores en hombres.

Existe también una clara brecha de género en mortalidad prematura sensible a la prevención y a la asistencia sanitaria, aunque la magnitud de la brecha de género en este último indicador es menor que en el primero. La tendencia descendente de la mortalidad evitable se ha revertido durante el periodo de pandemia (2020-2021) para ambos sexos, con una disminución de la brecha de género en este periodo. Hasta 2019, las causas de mortalidad evitable relacionadas con el consumo de tabaco presentaron una peor tendencia de la mortalidad en mujeres.

Además de los posibles determinantes ligados a la biología diferencial entre ambos sexos, se sabe que las normas, estereotipos y roles de género conforman modos de enfermar y de morir diferentes en hombres y en mujeres, así como patrones diferenciales en la atención sanitaria. Los comportamientos de mayor riesgo para la salud relacionados con la llamada “masculinidad tradicional”, se han postulado como uno de los determinantes de la mayor mortalidad prematura en hombres. La transformación de las normas y roles de género en nuestra sociedad actual, está relacionada con la experimentación por las mujeres de determinadas condiciones, comportamientos y estilos de vida, antes considerados típicamente masculinos (mayor consumo de tabaco, mayor estrés laboral…) y que son perjudiciales para la salud. Estos fenómenos pueden condicionar la peor tendencia de mortalidad evitable en las mujeres.

A pesar de su mayor longevidad, la vida de las mujeres parece ser menos saludable que la de los hombres

La salud percibida es un indicador clave del bienestar de las poblaciones, que a su vez es un buen trazador del progreso de una sociedad y de la calidad de vida a nivel individual. Aunque las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, la percepción subjetiva de su salud es peor que la de ellos. En Andalucía las mujeres declaran peor salud percibida que los hombres: el 74% de ellas valoran su salud como buena/muy buena, frente al 83% de los hombres, según datos del 2020. En relación a la media nacional esta situación ha mejorado respecto al Informe de Salud y Género del 2018 y en la actualidad Andalucía se sitúa por encima de las cifras de España. Según la VI Encuesta Andaluza de Salud, en 2023 el 24,3% de las mujeres andaluzas declaraban que su salud es mala o regular, frente al 17.3% de los hombres. Este fenómeno es similar en los países del entorno, ya que, en todos los estados miembros de la Unión Europea, la proporción de mujeres que declaran tener "mala o muy mala salud" es mayor que la de los hombres, aunque con una amplia variabilidad entre países.

La brecha de género en salud percibida va aumentando con la edad. Aunque en todos los grupos las mujeres presentan peor salud que los hombres —con la sola excepción del grupo de 25 a 34 años—, en las edades más mayores, el 60,4% de mujeres de 75 años y más, frente al 44,3% de hombres de esa edad declaran mala salud. Es importante destacar que la diferencia en salud percibida entre mujeres y hombres ya se inicia en edades tempranas de la vida, y empieza a ser evidente durante la adolescencia. Mientras que a los 11-12 años la brecha de género en este indicador no es significativa, sí se observa ya a los 13-

14 años (un 3,7% menos de chicas perciben su salud como buena en relación a los chicos de su edad), y va aumentando con la edad hasta llegar a un 6% a los 17-18 años. Este dato señala a la pubertad como una etapa importante para las desigualdades de género en salud percibida, y es un reflejo de los efectos combinados de la edad, el sexo, las normas y valores de género y el estatus socioeconómico.

Además de la edad, el género también intersecciona con la posición social: son las mujeres de clase social menos privilegiada y de bajo nivel de estudios las que presentan peor salud percibida, mientras que los hombres de elevada clase social y los que tienen estudios universitarios son los que muestran mejor salud percibida. La brecha de género se va ampliando conforme la clase social disminuye, y una tendencia similar se puede observar si tenemos en cuenta el nivel de estudios alcanzado, cuya brecha va aumentando conforme disminuye el nivel de educación alcanzado. Estos datos muestran cómo las desigualdades en posición social (clase social y educación) interactúan con las desigualdades de género para definir la percepción de salud. Si tenemos en cuenta que las mujeres de clase social privilegiada (grupos I y II) presentan una prevalencia de mala salud 1,8% por encima de los hombres de clase social inmediatamente inferior (grupo III), podríamos afirmar que pertenecer al género femenino equivale a "bajar un escalón" en clase social en cuanto a la percepción de salud se refiere. El lugar de residencia también marca diferencias: son las mujeres que viven en entornos rurales las que tienen peor salud percibida.

Si analizamos la evolución de este indicador con datos de las cuatro últimas encuestas andaluzas de salud observamos que en las mujeres se ha reducido la prevalencia de mala salud en casi un 5% desde 2007 (28,6%), hasta 2016 (23,9%), con un ligero repunte en 2023 (24,3%). La tendencia en hombres es más estable, también con un aumento en 2023 (17.4%). Los datos del último año registrado pueden estar relacionados con las consecuencias de la situación de pandemia vivida entre 2020 y 2023 y su impacto en la salud de la población.

Las razones de la peor percepción de salud en las mujeres están sometidas a un amplio debate. Aunque se manejan hipótesis sobre la mayor facilidad de las mujeres para expresar sus malestares, debido a una socialización de género desde edades tempranas, hay un amplio consenso en aceptar que este es un indicador de la mayor carga de enfermedad que soportan ellas. Los hombres presentan enfermedades más graves y fatales mientras que las mujeres acumulan problemas crónicos que repercuten en la valoración de su salud, hecho que ya expresaba Thorslund en 1993 al afirmar que "los hombres mueren de sus enfermedades, mientras que las mujeres tienen que convivir con ellas".

La brecha de género en calidad de vida aumenta con la edad y son las mujeres mayores empobrecidas las que presentan más limitaciones para las actividades cotidianas

La calidad de vida relacionada con la salud es peor en las mujeres que en los hombres: las puntuaciones medias del componente físico del SF-12 en la población adulta de Andalucía son menores en las mujeres (49,5) que en los hombres (51,5), lo cual supone una brecha de género global de -2 puntos desfavorable para las mujeres. La puntuación de esta escala va disminuyendo con la edad, al tiempo que la brecha de género va aumentando, de manera más evidente a partir de los 55 años, y alcanza un máximo en las personas de 75 y más años.

De manera inversa a lo que ocurre con la edad, la CVRS aumenta conforme lo hace el nivel de estudios alcanzado, y las brechas de género son más amplias en el grupo de estudios primarios. Esto ocurre de manera similar para la clase social: las mujeres de clase social menos privilegiada muestran peor CVRS y los hombres de clase social más privilegiada presentan las puntuaciones más altas. Este fenómeno es similar a lo que ocurre con la percepción de salud, como hemos comentado anteriormente.

En cuanto a la evolución de la CVRS, se observa un descenso de las puntuaciones medias del SF-12 para 2023 respecto a los periodos anteriores, tanto en mujeres como en hombres, así como un empeoramiento en 2012 respecto a 2007. Estas variaciones coinciden con las dos crisis ocurridas en el periodo analizado: la crisis económica iniciada en 2008 y la crisis pandémica iniciada en 2020, hechos que podrían explicar las oscilaciones en calidad de vida relacionada con la salud que muestran estos datos.

La calidad de vida relacionada con la salud tiene mucho que ver con las limitaciones para realizar las tareas habituales. El 19,7% de las mujeres adultas, frente al 12,5% de los hombres, tuvieron que dejar de hacer tareas en su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos. Aunque en todas las edades las mujeres mostraron mayor porcentaje de limitación de la actividad, la brecha de género va aumentando con la edad hasta un máximo de 22,6 puntos porcentuales en mayores de 74 años. La prevalencia de limitación en las actividades cotidianas muestra un gradiente por clase social, de modo que más del 25% de las mujeres de clase social más baja presentan estas limitaciones, en contraste con el 7,7% de los hombres de clase social privilegiada. Las brechas de género van aumentando conforme desciende el nivel de clase social y esta tendencia es similar si tenemos en cuenta la educación: las diferencias entre hombres y mujeres son mayores en las clases sociales y niveles educativos más bajos.

La peor salud y calidad de vida de las mujeres mayores es la culminación de los acontecimientos que se van sucediendo en etapas vitales más tempranas. Los estereotipos de género en la juventud, los trabajos más precarios e informales en las edades medias de la vida, el coste de los cuidados, las carreras profesionales interrumpidas y la brecha de género salarial que se produce con la maternidad, condicionan una peor calidad de vida en las mujeres mayores. Además, las mujeres constituyen la mayoría de la población mayor, más a partir de los 80 años, y tienen mayor riesgo de pobreza en casi todos los países europeos, en especial aquellas mujeres mayores que viven solas. El envejecimiento se asocia también a mayores tasas de discapacidad, de tal forma que en Europa entre un 25 y un 50% de las mujeres mayores tienen limitaciones funcionales para las actividades de la vida diaria, de modo que los efectos sociales y en salud del envejecimiento son diferentes para las mujeres.

Las mujeres padecen una mayor carga de enfermedad crónica a lo largo de sus vidas y se pone de manifiesto la morbilidad diferencial en el perfil de los padecimientos entre mujeres y hombres

La peor salud percibida de las mujeres obedece a una mayor carga de enfermedad. Las mujeres padecen un mayor número de patologías y dolencias crónicas a lo largo de su vida. Según la Encuesta Europea de Salud para España 2020, el 55% de las mujeres en Andalucía padecían alguna enfermedad crónica, superando en un 12% la prevalencia de morbilidad crónica en los hombres. Las mujeres padecen como media casi el doble de problemas crónicos por persona (2,2) que los hombres (1,4). Tanto el número de problemas declarados como la brecha de género va aumentando conforme aumenta la edad, de forma que la mayor brecha de género la presentan las personas de 75 años y más. También se observan diferencias según la clase social, evidenciándose también en este indicador la intersección de dos ejes de desigualdad (clase y género): son las mujeres de las clases menos privilegiadas las que declaran un mayor número de padecimientos crónicos.

Además del número y la frecuencia de enfermedad, hay que tener en cuenta el tipo de problemas padecidos por mujeres y por hombres. Nuestro análisis pone en evidencia el distinto perfil de patologías que se ha denominado morbilidad diferencial, entendida como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las diferencias entre mujeres y hombres. El perfil de morbilidad diferencial varía con la edad.

El dolor destaca como uno de los problemas crónicos más frecuentes en la edad adulta, con una importante brecha de género que indica mayor prevalencia en las mujeres. Los dolores de espalda, junto a las migrañas y cefaleas, se encuentran entre las dolencias más frecuentemente declaradas por la población andaluza, con una prevalencia mayor en mujeres en ambos casos.

Otros padecimientos en los que la brecha de género es amplia y con signo positivo (desfavorable a las mujeres) son la artritis, las varices y problemas de mala circulación, los problemas tiroideos, las anemias y la osteoporosis, la fibromialgia y otros dolores crónicos, y los trastornos ansiosos y depresivos. En el caso contrario, las enfermedades con brecha de género negativa (desfavorable a los hombres) son diabetes, trastornos cardiacos, accidente cerebrovascular y angina de pecho.

La morbilidad diferencial responde a la exposición a distintos factores de riesgo (condiciones de vida desiguales, diferentes exposiciones laborales, roles y estereotipos de género, y distintos hábitos de vida y conductas de riesgo) y también a una diferente vulnerabilidad frente a los factores de riesgo por razones tanto biológicas como socioculturales. No hay que olvidar el papel que juegan los sesgos de género en la atención sanitaria, que pueden condicionar un mayor esfuerzo diagnóstico de determinadas patologías en función de estereotipos de género.

La creciente investigación sobre las relaciones entre el sistema sexo-género y la salud ha identificado el papel fundamental del sexo y el género como modificadores de las principales causas de muerte y de morbilidad. Se trata de relaciones complejas para explicar cómo los factores genéticos, epigenéticos y hormonales asociados al sexo biológico, influyen en la enfermedad, y cómo los constructos sociales de género afectan al comportamiento de la comunidad, de clínicos y de pacientes en el sistema sanitario e interactúan con la fisiopatología.

Existen diferencias en el perfil de los padecimientos y patologías crónicas entre mujeres y hombres

En este apartado hemos analizado algunas de las condiciones crónicas de salud que pueden afectar de manera diferencial a mujeres y a hombres.

El dolor crónico es el padecimiento más frecuente: un 38,8% de las mujeres y un 21,4% de los hombres lo padecen en Andalucía. La prevalencia de dolor aumenta con la edad y es mayor en las clases sociales menos favorecidas, mientras que disminuye en las clases más privilegiadas. La mayor prevalencia de dolor crónico en mujeres se da en todas las edades y en todas las clases sociales. El dolor de espalda y la cefalea son los tipos de dolor crónico más frecuentes, ambos con mayor prevalencia en mujeres. La fibromialgia es una de las causas de dolor crónico generalizado en la que la brecha de género es más llamativa: hay 10 veces más de mujeres que de hombres con diagnóstico de fibromialgia en Andalucía y su frecuencia se ha duplicado en 2023 para mujeres, mientras que en los hombres las cifras se mantienen estables. Se observa una tendencia creciente del dolor crónico de diferentes orígenes en el año 2023, con un incremento de la brecha de género en este último año. El dolor crónico es una de las patologías en la que se han evidenciado importantes sesgos de género: aunque se considera una patología de mujeres, éstas no reciben el esfuerzo diagnóstico y terapéutico que necesitan ya que los estereotipos de género imperantes consideran que las mujeres son más proclives a la “queja” que los hombres y padecen condiciones menos graves que producen dolor.

Las enfermedades cardiovasculares son un paradigma de patologías consideradas tradicionalmente “masculinas”, y los datos de la EAS así lo indican. Sin embargo, este patrón no es el mismo en todas las condiciones ni en todos los grupos de edad. Por ejemplo, en la angina de pecho la BG se torna positiva en el grupo de 55 a 64 años (sin significación estadística). Para el ICTUS, en mujeres jóvenes la frecuencia es superior a la de los hombres del mismo grupo. Los roles tradicionales de género asignados a las

mujeres suponen uno de los factores de riesgo cardiovascular en ellas. Sin embargo, las enfermedades cardiovasculares en mujeres siguen siendo poco estudiadas, poco reconocidas, infradiagnosticadas y poco tratadas. Es muy importante concienciar tanto a las mujeres y allegados como a profesionales sanitarios de estos sesgos para mejorar la calidad de la atención a estas condiciones que tienen un elevado potencial de mortalidad y discapacidad.

Las enfermedades musculoesqueléticas son tres veces más frecuentes en las mujeres, y esta brecha de género amplia va aumentando con la edad. Su frecuencia es mayor en las clases sociales más desfavorecidas, especialmente en las mujeres de grupos más vulnerables. En el año 2023 su frecuencia aumentó, especialmente en las mujeres, como vemos en otras condiciones crónicas.

La diabetes es una patología de predominio en hombres y relacionada con la edad, aunque en mayores de 75 años crece la frecuencia en mujeres, y especialmente de clase social menos favorecida, y se reduce la brecha de género. La evolución de la brecha de género ha invertido el signo, de positivo en 2007 y 2012 (predominio de mujeres), a negativo en 2016 y 2023 (predominio de hombres). El exceso de peso es el factor de riesgo principal para desarrollar diabetes, y su frecuencia es similar en ambos sexos para 2023, la brecha de género se comporta de manera diferente en cada franja etaria: en las edades más jóvenes, predominan las mujeres (brecha de género positiva), así como de los 65 años en adelante. Sin embargo, en las edades medias entre 45 y 64 años la brecha es negativa, con predominio de los hombres. Si analizamos la evolución temporal, se observa una tendencia descendente en las mujeres desde 2012 hasta 2023, mientras que en los hombres prácticamente las prevalencias se han mantenido.

La prevalencia de EPOC según los datos de la EAS 2023 es similar en hombres y en mujeres, sin embargo, no es homogénea en todas las edades. La brecha de género es positiva en las edades más jóvenes (16 a 34 años) y se va haciendo negativa (predominio de hombres) en grupo mayores, donde la mayor brecha se muestra a partir de los 65 años. La evolución temporal resulta interesante: las cifras disminuyen en 2012 (se mantiene la brecha negativa), para ir aumentando sobre todo en mujeres en 2016 y 2023. Aunque en este último año también aumentó la frecuencia de EPOC en hombres, el aumento fue mayor en mujeres de tal forma que la brecha de género fue reduciéndose hasta prácticamente cero. Persisten importantes sesgos de género en la atención a este tipo de patología, a pesar de que las enfermedades respiratorias en las mujeres se manifiestan de forma más grave que en los varones, con mayor expresión sintomática y más afectación de la calidad de vida.

4.3. Desigualdades de género en la atención sanitaria

Más mujeres que hombres llegan a la puerta de entrada de los servicios sanitarios públicos, y menos acceden a la atención sanitaria hospitalaria.

Aunque los servicios sanitarios públicos son el principal recurso de la población andaluza para cubrir sus necesidades de salud, en los últimos años se han incrementado las coberturas sanitarias mixtas (público-privado), y ha habido un descenso en el uso que hace la población de los recursos públicos por motivos propios o como acompañantes. Estos cambios podrían deberse a que la pandemia en su fase inicial se caracterizó por una gran incertidumbre, lentitud en la respuesta y falta de recursos materiales y humanos, que persistió durante las siguientes fases, unido a la mayor concienciación de la población sobre la importancia de los riesgos vinculados a la salud.

Más mujeres que hombres hacen uso de los servicios sanitarios públicos disponibles y tienen coberturas sanitarias mixtas. Su mayor acercamiento a tales servicios sanitarios como acompañantes se puede entender por razones de género y de los roles que tienen marcados socialmente como principales sustentadoras de los cuidados, la salud y el bienestar global, algo que se vio acusado en los años posteriores a la pandemia. Además, el mayor uso que hacen las mujeres por problemas propios podría apuntar a mayores necesidades de salud ligadas a razones sociales y de género, y también por sus características biológicas y funciones reproductivas. El hecho de que las mujeres tengan coberturas sanitarias mixtas en mayor medida que los hombres también puede explicarse ante la premisa de mayores necesidades de salud que no resultan totalmente cubiertas en el ámbito público. El descenso en las brechas de género favorables a las mujeres en los últimos años podría apuntalar la idea de una mayor desviación de las mujeres a los recursos privados para intentar dar respuesta a sus problemas.

La mayor utilización de los recursos sanitarios públicos por parte de las mujeres, sobre todo de menor nivel de estudios y peor estatus laboral ocupacional, permite señalar cómo la intersección del género con otras categorías sociales, configura peores condiciones de vida, más problemas propios de salud, más carga de cuidados y, por tanto, mayor proximidad a los servicios sanitarios disponibles para buscar ayuda al respecto.

Las mujeres llegan en mayor medida que los hombres a la puerta de entrada de los servicios sanitarios más accesibles (tanto consultas generales y urgentes en centros sanitarios públicos, como consultas privadas entre quienes, de manera desigual, pueden asumir mayores costes económicos sanitarios). Ahora bien, de manera contraria, menos mujeres que hombres tienen acceso a la atención hospitalaria en el ámbito público, que depende de las actuaciones desde dentro del sistema sanitario, ya sea por derivaciones desde la Atención Primaria como de Interconsultas hospitalarias.

Las listas de espera para una primera consulta de atención sanitaria hospitalaria se han incrementado en los últimos años, sobre todo entre las mujeres, así como desde el año 2018 al 2023 ha aumentado 28 y 26 días el tiempo de demora para la atención hospitalaria en hombres y mujeres, respectivamente. Los hombres esperan más tiempo y más mujeres parecen presentar dificultades para acceder a la atención hospitalaria, sobre todo desde interconsultas sanitarias. Si bien las cargas de enfermedad diferentes por sexo pueden explicar el fenómeno, se sigue planteando la necesidad de revisión de posibles sesgos de género en la asignación de recursos sanitarios y en la agilidad para asignar éstos. Es necesario conocer cómo se adaptan las desigualdades de género a un contexto socioeconómico cambiante para responder de forma efectiva a las diferentes necesidades y realidades de mujeres y hombres, para evitar que los determinantes de género aumenten las desigualdades en salud de la población.

La pandemia de COVID-19 ha modificado las tendencias estables que se venían registrando en mujeres y hombres en relación al volumen de consultas, la frecuentación y el uso de servicios sanitarios en Atención Primaria y Hospitalaria

En Andalucía, los años posteriores al inicio de la pandemia alteraron los datos que se venían registrando de forma estable en el volumen de visitas realizadas a los centros de atención primaria, con brecha de género favorable a las mujeres. En 2020 y 2021 aumentó considerablemente la realización de al menos una consulta al año en ambos sexos, más en hombres, lo que hizo que la brecha en este indicador se estrechara de forma notable. En 2022, se observa una nueva bajada de estos datos, que están retornando a los niveles previos. Esta tendencia fluctuante se relacionaría con la tensión que sufrió la atención primaria en los primeros años de la crisis, que requirió un esfuerzo extraordinario de atención de los casos leves y de detección precoz de los casos potencialmente graves por parte de los centros de salud.

En cambio, en el periodo de 2018 a 2022 descendió la frecuentación a consultas de atención primaria tanto en mujeres como en hombres, y lo hizo más en consultas de medicina de familia que en las de enfermería. Esto puede estar relacionado con las restricciones durante la pandemia y el uso de teleconsulta, que como muestran los registros, fueron más usados por las mujeres que por los hombres.

Los datos de la Encuesta Andaluza de Salud más reciente (2023) indican que más mujeres que hombres han estado ingresadas en un hospital al menos durante una noche. Las brechas de género han sido favorables a las mujeres (han ingresado más que los hombres) en toda la serie de encuestas desde 2007.

En 2023, tanto las mujeres como los hombres aumentan la probabilidad de tener algún ingreso hospitalario a medida que aumenta la edad y disminuye el nivel educativo. Otros factores interaccionan de manera diferente con el género. Entre las mujeres, se observa un aumento en este indicador en la población extranjera y residentes de capitales, mientras que en hombres es más probable que esto ocurra si han nacido en España y si residen en poblaciones pequeñas. En cuanto a la frecuencia de hospitalizaciones no hay diferencias destacables por sexo. Las estancias hospitalarias medias son superiores en los hombres que en las mujeres en todo el periodo desde 2018 a 2022, tanto si incluimos como si excluimos partos en las mujeres.

Respecto a los cuidados informales en los ingresos hospitalarios, la encuesta de 2023 señala amplias brechas de género en el acompañamiento durante el ingreso (el 72% de los hombres y el 41% de las mujeres estuvieron acompañados de una mujer durante su ingreso), lo que apuntala la idea repetida a lo largo del informe de que son las mujeres quienes continúan asumiendo en mayor medida los roles de cuidados. Se pone de manifiesto que el género y otras variables con las que interacciona, como la edad, el nivel socioeconómico o el cuidado de personas dependientes siguen determinando la existencia de desigualdad en el uso de recursos del sistema sanitario.

La donación de órganos y trasplantes es superior en los hombres que en las mujeres en todos los años observados. Desde 2020 a 2023 se ha producido un aumento paulatino en ambos sexos.

Respecto a la atención urgente, la brecha de género es favorable a las mujeres (más consultas urgentes por persona asignada que los hombres) tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria, en todos los años observados. En 2020 se produjo una bajada en este indicador, en ambos sexos, que pudo responder a las restricciones derivadas del confinamiento durante la pandemia, aunque estos datos volvieron a recuperarse en 2021 y 2022. Las mujeres acuden más a las urgencias, mientras los hombres utilizan más las emergencias del servicio 061.

Las mujeres reciben más consejo médico sobre hábitos saludables, predominan en los controles médicos metabólicos y muestran más aceptación a la vacunación y pruebas de cribado.

Las mujeres reciben más que los hombres consejo médico y de profesionales de la salud sobre hábitos alimentarios, y los hombres lo reciben más que las mujeres de otras personas ajenas al ámbito sanitario. Por otra parte, el consejo sobre la práctica de ejercicio físico ha seguido una tendencia ascendente desde 2007 en ambos sexos, más acusada en las mujeres que en los hombres, lo que ha reducido la brecha de género paulatinamente. No obstante, sigue siendo amplio el margen de mejora en el consejo médico que se realiza sobre estos importantes aspectos, ya que en ningún caso han alcanzado al 40% de la población andaluza. Es conocido que los programas de promoción de la salud son una herramienta clave para instaurar hábitos de vida saludables en la población de forma equitativa y amortiguar las desigualdades de género en salud.

Las actuaciones dirigidas a la prevención de riesgos desde el sistema sanitario de Andalucía también han seguido una tendencia generalizada al alza en los últimos años. Los controles médicos de parámetros metabólicos, como el nivel de colesterol, de la glucosa y de la presión arterial, se han realizado más en las mujeres que en los hombres. Estos tipos de controles han aumentado en los últimos tres años en ambos sexos, de forma que las brechas de género favorables a las mujeres se han mantenido bastante estables.

Actualmente, el cribado de cáncer de colon es una prioridad en las actuaciones de prevención del sistema sanitario de Andalucía, con un aumento muy considerable en los últimos cinco años en las personas que han sido invitadas a realizarlo, similar en ambos sexos. La totalidad de la población diana ha recibido en 2023 una invitación a participar en este cribado (con la excepción de las provincias de Granada, Jaén y Sevilla, que no han llegado al 100%). De las personas invitadas, el 41% de las mujeres y el 39% de los hombres lo han completado.

Los datos de la encuesta andaluza más reciente ofrecen un amplio consenso entre la población sobre la efectividad de las vacunas, con una aceptación superior en las mujeres que en los hombres (el 95 y el 93% respectivamente están total o bastante de acuerdo). En torno a un tercio de la población, más mujeres que hombres, declaran haberse vacunado de la gripe en la campaña 2022-2023. Los registros sanitarios también muestran este predominio en las mujeres, así como la tendencia al alza en ambos sexos en la última campaña. Merece especial atención el sentido de las brechas de género en función de la edad. Aunque son ajustadas, las mujeres menores de 65 años predominan en la cobertura vacunal de gripe, mientras que los hombres lo hacen en la franja superior a esa edad.

La dispensación y consumo de medicamentos es mayor en las mujeres, aunque encontramos patrones diferenciados por sexo según el tipo.

Se observa una mayor dispensación de medicamentos a las mujeres que a los hombres en los últimos cinco años, con una brecha especialmente alta en los años 2021 y 2022, lo que evidencia un consumo diferencial en los años posteriores al inicio de la pandemia.

A partir de los hipertensivos y los analgésicos y antipiréticos, que son los más consumidos por ambos sexos, comenzamos a observar un patrón diferenciado para mujeres y para hombres, variando de signo las brechas según los tipos de fármacos. Las mujeres predominan especialmente en el consumo de antidepresivos y ansiolíticos, seguido de antiinflamatorios y antirreumáticos, antihistamínicos, corticoesteroides, antibióticos, antipsicóticos y opioides, con un ascenso continuado en los últimos 5

años. Los hombres predominan en antitrombóticos, insulinas y análogos, hipoglucemiantes y fármacos para la hipertrofia prostática benigna, si bien todos ellos siguen una tendencia descendente en este periodo.

El consumo informado por la población andaluza de algún medicamento coincide con estos resultados. Las cuatro últimas Encuestas Andaluzas de Salud son contundentes en el mayor consumo de medicamentos en las mujeres que en los hombres. En 2023 se ha observado un considerable ascenso del policonsumo (5 o más medicamentos en las últimas dos semanas) en las mujeres, registrándose la brecha de género más amplia de toda la serie.

Tanto el consumo de algún medicamento como el policonsumo aumentan con la edad y disminuyen a mayores niveles educativos y de clase social, con brechas más desfavorables a las mujeres. Esto evidencia nuevamente cómo el género se cruza con otros ejes de desigualdad para determinar el impacto en los procesos de salud, enfermedad y atención. Las peores condiciones de vida de las mujeres asociadas a determinantes sociales y de género pueden explicar un mayor impacto emocional y en su salud mental.

4.4. Ideas clave de la profundización en situaciones y ámbitos específicos de salud

Salud mental

- Se observan desigualdades de género en distintos aspectos de la salud mental. Las mujeres presentan porcentajes más altos en los diagnósticos de depresión o ansiedad, siendo éste el problema de salud mental más frecuente en mujeres. La opción de tratamiento farmacológico y el consumo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos y sedantes también es mayor en mujeres que en hombres.

- Las diferencias entre hombres y mujeres se presentan más acusadas en los grupos sociales más desfavorecidos, con menores niveles de estudios y en grupos de edad a partir de 55 años. Este patrón se muestra en los distintos indicadores relacionados con salud mental que se han analizado en la última EAS de 2023: la convivencia en hogares en los que existe algún problema de salud mental, el diagnóstico de depresión y ansiedad, así como el consumo de pastillas para dormir.

- El género condiciona la experiencia individual creando, en el caso de las mujeres, condiciones de opresión y desventaja material que afectan a su salud mental. Se genera malestar tanto por obediencia como por disidencia de los mandatos de género que también afectan a las estrategias de afrontamiento.

- Por todo esto, se hace necesario trascender el paradigma de lo individual y ampliar el marco para incluir los determinantes sociales de la salud atendiendo a las distintas intersecciones (la edad y el nivel socioeducativo se han revelado especialmente importantes) y considerando todos los elementos que la crítica feminista ha puesto de manifiesto e incluso dar un paso más y atender también a los determinantes comerciales de la salud ya que es seguro que afectarán también de manera diferencial a hombres impactando en su bienestar físico y emocional.

- Los sistemas y servicios de salud han de ser conocedores y sensibles a estas diferencias entre hombres y mujeres que muestran los datos ofreciendo respuestas adecuadas y acorde con estas realidades distintas y contemplando la perspectiva de género en el diseño de intervenciones y programas. Igualmente, importantes deben ser los esfuerzos para limitar los sesgos de género en la atención presentada de manera que los sistemas de salud estén en disposición de disminuir las desigualdades de género existentes y no contribuyan a consolidarlas.

- Los servicios de salud deberían atender adecuadamente al “malestar de las mujeres”, frecuentemente invisibilizado y minusvalorado por las y los profesionales sanitarios. Este malestar es responsable de la peor salud mental de las mujeres, y se corresponde con una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en ellas. Las respuestas del sistema sanitario a estos malestares suelen estar excesivamente medicalizadas, y a menudo no tienen en cuenta los determinantes psicosociales de género que están a la base de estas situaciones. El abordaje de la salud mental desde la perspectiva de género es especialmente necesario, y se debe incidir aún más en la investigación, la formación de profesionales y el abordaje de la salud mental teniendo en cuenta el género desde un enfoque integrado.

- Es necesario visibilizar las desigualdades de género en salud mental y apostar por un abordaje que tenga en cuenta estas diferencias y el contexto social en el que se producen.

- Se recomienda atender a las diferencias en salud mental entre hombres y mujeres en un marco holístico haciendo esfuerzos por conectar su vinculación con otros problemas de salud pública como podrían ser la violencia de género, las adicciones y diferentes tipos de patologías donde diferencia de prevalencias entre hombres y mujeres sean significativas.

- Es importante ofrecer formación en perspectiva de género a los y las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental, que abarque desde la sensibilización hasta la capacitación en el diseño de políticas e intervenciones.

- Se precisa ahondar en el conocimiento de los problemas de salud mental en personas LGTBI considerando también la diversidad del colectivo y las intersecciones que se producen entre orientación sexual e identidad de género.

Salud sexual y salud reproductiva

- La salud sexual y la salud reproductiva están fuertemente vinculadas al contexto social y cultural y se ve afectada por sistemas de valores, prácticas y conductas que están en constante cambio y redefinición. Por tanto, a la vez que se producen avances y mejoras, aparecen nuevos retos.

- Entre los principales logros que se pueden extraer de los datos consultados, estaría la reducción de las tasas de embarazos adolescentes y la estabilidad en valores bajos en las tasas de mortalidad materna, neonatal y postnatal de mortalidad infantil. Queda pendiente evaluar en profundidad el acercamiento a las recomendaciones de la OMS en lo que a reducción de violencia obstétrica se refiere.

- En relación a los retos, son muchos los que se vislumbran y en distintos ámbitos. Vinculado con los cambios sociales, el uso habitual de las TIC en relación con la sexualidad (exposición a pornografía, cibersexo, sexting, etc.) plantea desafíos de cara al estudio del impacto de estas prácticas en la salud sexual y afectiva haciéndose necesaria su incorporación en los servicios y programas de promoción de salud sexual. Igualmente, la creciente visibilidad de la sexualidad femenina (especialmente en población joven), bajo un marco de supuesta autonomía y empoderamiento, contrasta con las cifras que este mismo grupo reporta en cuanto a insatisfacción sexual y práctica de relaciones sexuales sin deseo y por compromiso. Otro cambio social significativo lo constituye la conquista de derechos para las personas LGTBI y la creciente expresión de distintas identidades de género y opciones de sexuales que difieren de la heterosexualidad cisgénero tradicionalmente dominante. Esta realidad social ha de ser recogida en los distintos estudios realizados y desde los sistemas y servicios de salud se ha de incorporar esta perspectiva.

- El aumento de las ITS se presenta como uno de los más importantes retos, siendo necesario estudiarlo vinculado a los contextos sociales en los que se manifiesta la sexualidad de las personas y tomando en consideración lo que aportan los datos recabados que parecen apuntar a un relajamiento en el uso de los métodos de protección existiendo también importantes diferencias entre hombres y mujeres. En líneas generales, los hombres se ven más afectados por las ITS que las mujeres y entre ellos, la principal vía de contagio es los hombres que tiene sexo con hombres (HSH) mientras que para las mujeres es la vía heterosexual. En el caso de las mujeres, sería relevante explorar en mayor medida si se prima la anticoncepción a la protección frente a ITS y en qué medida esto podría explicar el aumento de ITS detectado en el grupo de mujeres de 45 a 54 años que, al tener menos necesidad de usar medidas de anticoncepción, podría relajar aún más el uso de métodos de protección. Además, este grupo de edad en el caso

de las mujeres, es especialmente importante al situarse en esta horquilla de edad la vivencia del climaterio y la menopausia.

- Igualmente, la salud reproductiva sigue siendo un espacio de mejora continua para garantizar el acceso a estos derechos en situación de garantía y equidad. En este sentido, la atención mental perinatal aparece como un elemento para contemplar la atención que se ofrece en este campo en el que también las técnicas de reproducción asistida, que en su mayoría se sitúan en el ámbito de lo privado, requieren una especial atención por las implicaciones (de salud, económicas, emocionales) para quienes hacen uso de ellas.

- Hay que señalar también la necesidad de seguir trabajando desde la investigación biomédica en distintas cuestiones (endometriosis, manejo del dolor menstrual y de los síntomas del climaterio) que afectan a la salud de las mujeres y para las que los sistemas de salud siguen sin tener respuestas ágiles y efectivas.

- Hay que mencionar la utilidad de la investigación cualitativa en este ámbito como complemento valioso para acompañar e interpretar los datos que se desprenden de las distinta encuestas y datos manejados para el presente informe. Incorporar en los estudios relativos a sexualidad y salud sexual y reproductiva una perspectiva amplia que recoja las distintas opciones de diversidad sexual e identidad de género.

- Es necesario impulsar la labor de los servicios de promoción y prevención de la salud sexual atendiendo también la dimensión afectiva de la sexualidad especialmente en la población joven. También se debe atender a los factores que están motivando el aumento de las ITS y diseñar estrategias de prevención selectiva. Por otro lado, es preciso considerar los cambios sociales relacionados con la vivencia de la sexualidad a través de las TIC (relaciones abiertas, poliamorosas, uso de drogas en relaciones sexuales, exposición a pornografía, cibersexo, sexting, etc.) y su impacto diferencial en estrategias de promoción y prevención universal y selectiva.

- Sería deseable promover investigación (y su transferencia a la práctica clínica) relativa tanto al ciclo menstrual como a la menopausia para mejorar la calidad de vida de las mujeres que, en uno u otro momento (o en los dos) del ciclo reproductivo, experimentan diversa sintomatología que afecta negativamente a su calidad de vida.

- En relación a la salud reproductiva, seguir trabajando para lograr la reducción de cesáreas y episiotomías hasta alcanzar las recomendaciones de la OMS en relación a estas prácticas, así como garantizar el acceso a IVE en condiciones de equidad en todo el territorio andaluz. Observar las tendencias y la evolución de las técnicas de reproducción asistida y su impacto en la salud de las mujeres.

Salud y migraciones

- En general, las mujeres migrantes son jóvenes y sanas, con hábitos más saludables que las mujeres autóctonas. A pesar de su buen estado de salud, con los años de estancia, pierden los hábitos saludables y su salud empeora, fundamentalmente por las circunstancias en las que viven.

- En las mujeres migrantes concurren condiciones sistémicas y circunstancias de mayor vulnerabilidad. Tanto en origen como durante el trayecto migratorio o en la sociedad receptora tienen, por su condición de género, mayor desventaja social y menos oportunidades, corren el riesgo de ser objeto de violencia sexual y de género.

- Destaca cómo la situación de irregularidad administrativa tiene consecuencias negativas en la vida de las niñas, las adolescentes y las mujeres migrantes y sus hijas, que sufren más riesgo de pobreza y mayores dificultades de acceso a una vivienda digna, a la formación, a la participación en actividades de ocio o al sistema judicial.

- Las trabajadoras migrantes en Andalucía sufren la llamada "doble desventaja" de ser migrantes y mujeres. Tienen tasas de desempleo mayores que los hombres migrantes y que las mujeres españolas y están relegadas a empleos de baja cualificación, como el servicio doméstico y el cuidado de personas dependientes. Además, el trabajo en esos sectores precarizados y, en muchos casos, informales, complica la obtención o renovación de sus permisos de trabajo, incrementando una vulnerabilidad que afecta negativamente a su salud.

- Las barreras en la comunicación e interacción con los servicios de salud en contextos de diversidad cultural, afectan negativamente a la salud de muchas mujeres migrantes. Existen herramientas para superar dichas barreras, como la mediación intercultural y la colaboración con asociaciones de migrantes y entidades del tercer sector.

- Las mujeres migrantes son activos de salud en la sociedad de acogida, La crisis de la COVID-19 ha puesto en evidencia la contribución de las mujeres migrantes en nuestra sociedad, destacando en los cuidados de personas dependientes. Por todo ello es determinante su papel en la formulación de políticas que reconozcan y reflejen no solo los riesgos sino todos los beneficios de salud que aportan.

- Se recomienda aumentar la difusión de información sobre los derechos de las mujeres migrantes, para que conozcan sus opciones y normalizar el acceso a los servicios sanitarios, promover grupos de apoyo e incidir en actividades preventivas culturalmente adaptadas y en detección precoz de enfermedades más prevalentes entre mujeres migrantes.

- Es fundamental simplificar los requisitos de empadronamiento y asegurar que las mujeres migrantes puedan acceder a la tarjeta sanitaria de manera más ágil, lo que les permitiría recibir atención médica sin demoras excesivas.

- Se necesita capacitar a las y los profesionales de la salud sobre las necesidades específicas de las mujeres migrantes y las barreras que enfrentan, para que puedan ofrecer un trato más inclusivo y sensible a sus circunstancias.

- Hace falta promover un enfoque integral que incluya no solo la atención médica, sino también el apoyo psicológico y social, especialmente para las mujeres que han sufrido violencia de género o traumas relacionados con su proceso migratorio.

Salud y discapacidad

- Existe un mayor porcentaje de hogares andaluces donde viven mujeres con discapacidad (14,5%) en comparación con hombres (13,5%). Las brechas de género en discapacidad tienden a aumentar con la edad, siendo más pronunciadas en los grupos de edad más avanzados, especialmente a partir de los 65 años. El ámbito de residencia (rural/urbano) se identifica como un factor clave a considerar y tener en cuenta, dada la disparidad existente.

- Las mujeres con discapacidad tienen un nivel educativo primario más alto que los hombres, aunque en educación secundaria y universitaria los hombres con discapacidad superan a las mujeres. Un mayor porcentaje de hogares con personas con discapacidad está en la población nacida en España, destacándose que hay más mujeres nacidas fuera del país con limitaciones

que hombres. En cuanto a tipo de discapacidad las de movilidad, vida doméstica y autocuidado son las más frecuentes y a su vez las más prevalentes entre las mujeres.

- La percepción de salud de mujeres con discapacidad es peor que la de los hombres, la valoración negativa se incrementa con la edad. Además, las mujeres tienen mayor carga de enfermedad crónica asociada con artritis, artrosis, fibromialgia, depresión y ansiedad crónicas y otras. Las mujeres demandan más servicios sanitarios, especialmente de asistencia a domicilio y urgencias. Entre los motivos por los que no reciben un servicio sanitario es porque se le ha denegado o no podía pagarlo. Por el contrario, los hombres están en mayor número en lista de espera. Estos datos responden a un posible sesgo de género en la atención sanitaria.

- El perfil mayoritario de personas cuidadoras son mujeres de 45 a 65 años. Las mujeres con discapacidad son cuidadas principalmente por sus hijos/as, seguidas de su pareja y empleadas de hogar. Mientras que los hombres son cuidados por su pareja, seguidos de su hijo/a y en menor medida por empleadas de hogar. Estos datos refrendan las diferencias de género y cómo el rol de cuidadora sigue vigente.

- En relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad destaca la falta de información y el acceso limitado a consultadas adaptadas de ginecología. Por su parte, el número de mujeres con discapacidad atendidas en las Unidades de Salud Mental es muy inferior al de hombres. Y, por otro lado, las mujeres con discapacidad son más vulnerables a la violencia de género.

- Las mujeres con discapacidad sufren múltiples discriminaciones que interactúan con el género. Por ejemplo, ven multiplicadas las barreras que se encuentran para su pleno derecho a una salud sexual satisfactoria, tal y como ocurre con otras dimensiones de la vida en esta población. El personal sanitario necesita más formación sobre las necesidades y realidades de las personas con discapacidad, con protocolos específicos para evitar las actitudes y situaciones de discriminación.

- Es necesario potenciar el diseño e implementación de políticas y programas para apoyar a las mujeres con discapacidad, asegurando acceso adecuado a servicios y recursos.

- Se deben promover mejoras en la accesibilidad a los servicios de salud asegurando que tanto mujeres como hombres con discapacidad reciban una atención sanitaria de calidad de acuerdo a sus necesidades. Por ejemplo, acciones para hacer frente a las barreras, para mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva, la atención en los servicios la salud mental, la promoción de la salud, etc. Y también en todo lo que tiene que ver con la violencia de género a las mujeres con discapacidad.

- Se recomienda establecer mecanismos e investigaciones para el seguimiento y evaluación continua de la situación de las personas con discapacidad, con perspectiva de género, con el fin de ajustar las políticas y programas según sea necesario y abordar las nuevas necesidades que surjan. Continuar recopilando y analizando datos desglosados por sexo, edad, y ubicación geográfica para identificar tendencias y áreas que requieren intervención específica.

- Es necesario proporcionar recursos y apoyo a las personas cuidadoras informales de las personas con discapacidad en Andalucía, que son principalmente mujeres, para aliviar la carga de cuidados. Así mismo, se debe asegurar que las áreas rurales y menos urbanizadas cuenten con recursos y servicios adecuados para las personas con discapacidad, teniendo en cuenta la perspectiva de género, para reducir las disparidades entre áreas urbanas y rurales.

Violencia de género

- En general, se observa un aumento generalizado en las denuncias, casos activos y órdenes de protección por VG en Andalucía en los últimos años, especialmente desde 2020, aunque con especificidades en algunas provincias. Esta variabilidad sugiere la influencia de factores que han afectado de manera diferenciada a cada provincia. Tanto las denuncias como las órdenes de protección han mostrado una recuperación y un crecimiento positivo, lo cual refleja posiblemente un entorno más favorable para la denuncia y una mayor respuesta institucional.

- Se observa un incremento en los partes emitidos anualmente hasta el año 2023, lo cual ha podido contribuir el esfuerzo realizado por desarrollar información y formación sobre la adecuada cumplimentación del parte de lesiones. A pesar de ello, con probabilidad la cifra de partes emitidos infraestime la frecuencia de la VG a lo que se suma el que solo en el año 2023 se detectaron un 19,5% de partes que no se emitieron como de VG cuando en realidad lo eran.

- El 3,4% de las mujeres residentes en Andalucía han sufrido violencia sexual a lo largo de su vida y en 2023, fue la segunda comunidad con más delitos contra la libertad sexual. Las tasas de delitos sexuales y de casos detectados por Partes al Juzgado han aumentado desde 2018, salvo en 2020, debido posiblemente a la pandemia, y destacando Almería y Málaga como las provincias con mayores tasas. A pesar de ello, las cifras de violencia sexual están infraestimadas.

- Las mujeres andaluzas que han sufrido VG en el ámbito de la pareja/expareja tienen significativamente más problemas de salud, consumen más medicación y hacen mayor uso de los servicios sanitarios que las mujeres que no sufren violencia.

- Andalucía es la comunidad autónoma que mayor número de profesionales de ámbito sanitario ha formado en VG en los últimos cinco años. Una gran fortaleza de la formación básica en VG en Andalucía es que los equipos docentes están formados por profesionales del propio sistema sanitario que además se han formado específicamente para formar al resto de profesionales.

- Es muy importante continuar contemplando la violencia de género como un grave problema de salud pública, por su magnitud y por sus repercusiones sobre la salud física, mental y social de las mujeres. Frecuentemente, los sistemas sanitarios, y especialmente la atención primaria de salud, es el primer punto de contacto con las mujeres que se encuentran en situación de maltrato, con sus hijas e hijos, y a veces también con el maltratador, cuando acude por motivos de salud propia. Es fundamental continuar implicando en Andalucía a profesionales y a toda la ciudadanía, estableciendo un firme compromiso del sector sanitario en la prevención y abordaje de la violencia de género.

- Se recomienda analizar factores provinciales que pueden impactar la respuesta judicial y de protección en casos de violencia de género. Sería adecuado realizar análisis de los factores provinciales que impactan las tasas de casos activos y denuncias, considerando variables socioeconómicas, culturales y de recursos disponibles. Esto podría hacerse mediante estudios comparativos entre provincias para identificar patrones específicos y adaptar las políticas y medidas a las realidades de cada una.

- Es necesaria la implicación del personal sanitario de Atención Primaria en la detección activa de los casos de violencia de género y en su adecuado registro. La implantación de procedimientos de detección temprana, tal y como ya se hace en otras comunidades, sería de gran ayuda para ello.

- Es esencial crear espacios seguros para que las víctimas puedan denunciar la violencia sexual con garantías de confidencialidad, protección, y no revictimización. De esta forma se facilitaría que los registros oficiales den una imagen más aproximada de la realidad.

- La formación impartida debería tener un formato presencial o semipresencial que seguramente ayudaría también a una mayor implicación y sensibilización de los y las profesionales sanitarios. Se debe abordar el reto de reducir brecha formativa entre profesionales hombres y mujeres, y el reto evaluar el impacto de esta formación. Además, la formación para formar en violencia de género es clave y, por tanto, es necesario activar esta modalidad. Así mismo, sería necesario crear sistemas de evaluación y seguimiento de la efectividad de la formación en violencia de género, utilizando encuestas y datos de desempeño, para ajustar el programa de acuerdo a los resultados y continuar mejorando las competencias de los profesionales.

4.5. Percepciones de profesionales sobre el sistema sanitario

- Existe un nivel generalizado de escasa formación en la perspectiva de género en el ámbito sanitario. Y, aunque se reconoce la importancia de incorporar este enfoque, se percibe una oferta de formación superficial y con asistencia efectiva solo cuando es obligatoria. No obstante, existe un creciente nivel de concienciación sobre la importancia del enfoque de género en la atención sanitaria, impulsado por la demanda de atender las necesidades específicas de las y los pacientes.

- Entre profesionales de la salud se reconoce la influencia de los factores de género en la salud, pero se observa una falta de profundidad en el análisis de estas diferencias. Existe una aparente neutralidad en la atención sanitaria, que puede enmascarar la influencia de estereotipos de género. Se observa una tendencia a banalizar ciertas patologías que afectan más a las mujeres, lo que puede ser superado con una mayor formación en género.

- En general, la percepción de profesionales es que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el acceso a los servicios sanitarios. No obstante, opinan que las mujeres tienden a acceder con mayor frecuencia a los servicios de salud debido a su rol como cuidadoras y a una mayor implicación en el cuidado de la salud. Y por su parte, los hombres suelen mostrar una menor involucración en el cuidado de la salud y consultar en situaciones de patologías agudas o condiciones que requieren atención inmediata.

- La percepción sobre el uso diferencial de los servicios sanitarios entre hombres y mujeres es que se debe a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las mujeres tienden a hacer un uso más frecuente de los servicios sanitarios debido a necesidades relacionadas con el ciclo vital femenino y a una mayor prevalencia de trastornos psicológicos. Los hombres tienden a hacer un uso menos frecuente de los servicios sanitarios debido a normas sociales que promueven una percepción de invulnerabilidad.

- No se perciben diferencias notables en el tiempo de atención recibido por hombres y mujeres en los servicios sanitarios. Los y las profesionales refieren un infradiagnóstico en las mujeres, ya que algunas patologías físicas y psicológicas que afectan con mayor frecuencia al sexo femenino tienden a ser normalizadas o minimizadas. Por otra parte, creen que los hombres tienden a recibir una atención más rápida cuando se trata de patologías consideradas inusuales en su sexo.

- Entre profesionales se mencionan diversas barreras organizacionales, personales, sociales y culturales que pueden encontrar las mujeres y los hombres en el acceso sanitario, en distintas etapas y circunstancias vitales. Respecto a las personas jóvenes, consideran que las mujeres muestran una mayor proactividad en la búsqueda de atención médica, especialmente en el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva. En cambio, creen que los hombres jóvenes muestran un comportamiento más retraído en la demanda de servicios sanitarios, especialmente en temas sensibles como las Infecciones de Transmisión Sexual. Respecto a las personas mayores, consideran que experimentan barreras arquitectónicas, geográficas y digitales para acceder a los servicios sanitarios. Las mujeres mayores tienden a acudir con mayor frecuencia a los servicios de salud, tanto para ellas como acompañantes. Los hombres mayores suelen requerir la presencia de otra persona para gestionar sus necesidades de salud. Las personas con discapacidad enfrentan barreras arquitectónicas y lingüísticas para acceder a los servicios sanitarios, y las mujeres con discapacidad enfrentan un conjunto adicional de obstáculos debido a los roles de género adquiridos. Por su parte, las personas migrantes enfrentan barreras lingüísticas y culturales para acceder a los servicios sanitarios y las mujeres migrantes pueden

enfrentar restricciones adicionales en la expresión de síntomas y en la presentación a consultas médicas. Las mujeres víctimas de violencia de género experimentan dificultades para pedir ayuda, debido al miedo, la vergüenza o el control ejercido por el agresor. Se identifica una falta de sensibilidad y capacitación del personal sanitario para identificar signos de violencia de género. A pesar de la implementación de protocolos de actuación en casos de violencia de género, tanto el personal sanitario como las víctimas a menudo desconocen su existencia o no saben cómo aplicarlos. Existe una opinión generalizada de que tanto hombres como mujeres en situaciones de vulnerabilidad y exclusión social enfrentan limitaciones para acceder a los servicios sanitarios, pero que las mujeres en estas situaciones enfrentan dificultades adicionales, particularmente en contextos de violencia de género y prostitución.

- Respecto a la equidad de género en la promoción de salud y prevención de riesgos y enfermedades, los y las profesionales consideran que las estrategias de prevención y promoción de la salud contemplan diferencias entre hombres y mujeres, pero no siempre se aplican de manera diferenciada. Creen que las mujeres suelen estar más implicadas en actividades de prevención y autocuidado de la salud que los hombres. Existe la percepción de que los programas de salud actuales no necesariamente abordan de manera explícita la desconstrucción de los estereotipos de género, ni las diferencias de género en los riesgos y modos de enfermar. Igualmente, se cree que las estrategias preventivas y promocionales dirigidas a grupos vulnerables no suelen tener en cuenta las diferencias de género.

- Las opiniones de las personas profesionales dejan entrever la existencia de sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico y en la prescripción de medicamentos. No se aprecian diferencias significativas entre las pruebas diagnósticas básicas realizadas a hombres y mujeres. Las disparidades de género se hacen evidentes al diagnosticar enfermedades más complejas, como las cardiopatías isquémicas. Así mismo, ciertos tratamientos y derivaciones a niveles asistenciales están relacionadas con la prevalencia y gravedad de las patologías en cada sexo. Las mujeres tienden a recibir más prescripciones de medicamentos relacionados con trastornos psicológicos y emocionales. En cambio, los hombres suelen enfrentar más dificultades para adherirse a los tratamientos prescritos.

- Las personas profesionales consideran que existe un comportamiento diferencial en la interacción con pacientes debido a factores generacionales y culturales. Los hombres tienden a preferir ser atendidos por médicos varones, mientras que las mujeres pacientes muestran una mayor flexibilidad a ser atendidas por profesionales de ambos sexos. Además, las médicas reportan una menor autoridad percibida en comparación con sus compañeros masculinos. Las médicas jóvenes experimentan con mayor frecuencia comportamientos de subestimación y acoso por parte de los pacientes. Por otra parte, no se observan variaciones significativas en el trato proporcionado por el personal sanitario hacia hombres o mujeres en términos generales. Ahora bien, los médicos de mayor edad tienden a mostrar menor empatía hacia las necesidades de pacientes más jóvenes. La interacción de las y los profesionales de la salud con las personas que desempeñan funciones de cuidado muestra una inclinación a dirigirse a las mujeres, presuponiendo que son las encargadas de la labor. Por último, los hombres que desempeñan funciones de cuidado reciben una mayor valoración y reconocimiento social y laboral.

- Respecto a la atención sanitaria en la pandemia por COVID-19, no se han identificado diferencias generales en la atención prestada a hombres y mujeres. Se menciona que tanto hombres como mujeres enfrentan problemas de acceso y retrasos en la atención sanitaria. Sin embargo, se señalan discriminaciones específicas. Las mujeres mostraron mayor conciencia y seguimiento de los protocolos de prevención. Las mujeres mayores que viven solas sufrieron un impacto considerable durante la pandemia. Por último, se ha observado la existencia de un patrón de negligencia hacia las necesidades de salud mental de las mujeres durante la pandemia.

4. Recomendaciones transversales a todas las temáticas

1. Alcanzar la equidad de género en salud en Andalucía requiere una firme apuesta por **incorporar de manera transversal el enfoque de género en el diseño, implementación y evaluación de todas las políticas de salud,** incluyendo las distintas estrategias, planes, programas y actuaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, reduciendo las desigualdades en salud en función del género.

2. Incluir la perspectiva de género en el análisis de la salud de la población andaluza de manera transversal implica **reconocer que existen distinciones en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las puramente biológicas y por tanto son desigualdades que se construyen socialmente.** Para alcanzar la equidad en salud, es imprescindible trabajar por la erradicación de estas desigualdades y actuar sobre los factores que las determinan. Esto requiere entender la interacción de los roles de género tanto en la construcción de identidades de género como en la asignación de expectativas y responsabilidades, ya que esto pone de relevancia los riesgos y problemas de salud que se enfrentan las mujeres y los hombres como consecuencia de la interpretación social del papel asignado. Los programas de salud deben **abordar de manera explícita la desconstrucción de los estereotipos de género, así como las diferencias de género en los riesgos y modos de enfermar.**

3. Es necesario **seguir avanzando en el estudio de las masculinidades y la salud.** Para construir una sociedad más igualitaria y libre de violencia contra las mujeres, y para mejorar la salud de los hombres, es necesario conocer las limitaciones y peligros del modelo tradicional de masculinidad, entender el cambio cultural y redefinir la hombría. Este cambio precisa de estructuras y políticas que trabajen por un avance del compromiso de los hombres en aspectos como su autocuidado y adopción de hábitos saludables, la paternidad y los cuidados no remunerados, la prevención de la violencia o la salud sexual y reproductiva.

4. El estudio de los determinantes sociales de la salud requiere también **introducir la perspectiva de género en el enfoque de salud en todas las políticas y trabajar en todos los ámbitos: educativo, social, laboral, legislativo, etc.** Algunos lugares además de los centros sanitarios, como los centros educativos, los lugares de trabajo o las comunidades locales, resultan espacios muy pertinentes para trabajar oportunidades prácticas de **promover la salud con eficacia y equidad.**

5. Es imprescindible seguir apostando por la **sensibilización y formación de todas las personas profesionales que intervienen en la planificación, gestión y organización de los servicios sanitarios,** para que integren un enfoque de género en su práctica profesional. Así mismo, es importante promover la **formación en género de profesionales asistenciales, a todos los niveles del sistema,** para que sean capaces de reconocer las diferencias y desigualdades de género en la salud, identificar sus determinantes e implementar acciones en salud sensibles al género que consideren las necesidades específicas de cada sexo y reduzcan las situaciones de desigualdad.

6. Hay que seguir trabajando para **incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud y eliminar sesgos.** Esto implica identificar temas emergentes que necesitan de investigación sobre el proceso de salud-enfermedad-atención de mujeres y hombres, y formular los problemas de investigación teniendo en cuenta las diferencias y semejanzas entre ambos sexos y su contexto social, económico y cultural. En cuanto a la selección de participantes en los estudios, hay que asegurar una adecuada representación por sexo y garantizar la diversidad en sus experiencias y situaciones. Hay que garantizar que todos los datos se recogen desagregados por sexo, así como valorar las aportaciones de la metodología cualitativa para abarcar la complejidad del género en el proceso de salud-enfermedad-atención. En la presentación de los resultados, se debe mostrar el sexo como una variable central en el análisis, no solo como una variable independiente más. Los resultados presentados deben identificar diferencias y semejanzas en salud entre mujeres y hombres en su contexto social, económico y cultural. Cuando sea posible, también deben visibilizar y denunciar las desigualdades de género en salud que se hayan detectado, utilizando la investigación como herramienta de cambio, acción social y avance en la igualdad y equidad. En todo el proceso investigador se debe favorecer la interdisciplinariedad y la cooperación entre grupos de investigación.

7. Es necesario **integrar el enfoque de la interseccionalidad en el análisis basado en género.** Cuando hablamos de mujeres o de hombres, sin especificar otras categorías de heterogeneidad, nos estamos refiriendo a aquellos aspectos comunes a cada sexo que la sociedad les atribuye por el hecho de ser mujeres o de ser hombres. No obstante, hay que tener en cuenta que las mujeres no son un grupo homogéneo, como tampoco lo es el de los hombres, sino que contienen en su seno una gran variabilidad y heterogeneidad. Se trata de diferencias fundamentales en la realidad de las mujeres y de los hombres, como pueden ser el nivel socioeconómico, la discapacidad, las orientaciones sexuales, la etnia, el medio rural o urbano en que se vive, la convivencia en pareja o la tenencia o no de

descendencia. Igualmente, es necesario incorporar los determinantes de género en los análisis de la situación de salud, como son la división sexual del trabajo, la asunción de roles de género diferenciados y los desequilibrios de poder en el acceso y control sobre los recursos. También es muy importante el eje de desigualdad que proporciona la edad. Se hace imprescindible considerar un marco de ciclo vital atendiendo a los procesos físicos, familiares, sociales y laborales, que afectan de manera diferencial a hombres y mujeres.

8. Es necesario trabajar para mejorar la **inclusión del enfoque interseccional en los sistemas de información en salud.** Si todavía resulta difícil encontrar fuentes de datos secundarias que ofrezcan desagregación por sexo, es aún más inusual hallar la información relativa a otros ejes de desigualdad que interactúan con el género. Es fundamental que todos los datos que contienen las fuentes de salud estén desagregados por sexo. Esta es una condición necesaria para la introducción de la perspectiva de género, aunque no suficiente. Además, estas fuentes deben ofrecer un nivel mínimo de **desagregación también en relación con otras variables que resultan fundamentales en el análisis de la perspectiva de género,** como la edad, variables sociodemográficas y socioeconómicas, los procesos migratorios, la discapacidad y dependencia o la violencia de género.

9. Las actuaciones de **promoción de la salud y de prevención de la enfermedad deberían diseñarse teniendo en cuenta las normas, estereotipos y roles de género** que corresponden a formas de masculinidades que ponen en riesgo la salud de los jóvenes y de los hombres. Igualmente, desde un **modelo de activos en salud,** deberían promocionarse aquellos factores que resultan un activo para la salud de las mujeres y que también pueden beneficiar a la salud de los hombres. Las estrategias y planes de salud cuyo objeto son las patologías que causan mayores tasas de mortalidad en la población, deberían tener en cuenta la perspectiva de género, como forma de mejorar la efectividad de las intervenciones.

10. **Todas las etapas del ciclo vital requieren una mirada especial con enfoque de género. La infancia y la adolescencia** es una etapa que requiere una importante atención específica. Se deben promocionar hábitos saludables en la población desde la infancia para gozar de una buena salud en todas las etapas del ciclo vital, así como para prevenir problemas de salud estrechamente vinculados a los hábitos de vida, como son la obesidad, enfermedades cardiovasculares o el cáncer. Para ello, es necesario detectar y tener en cuenta los diferentes patrones y conductas que existen entre los niños y las niñas en hábitos como la actividad física, la alimentación o el sueño.

11. Así mismo, para atender adecuadamente las **necesidades derivadas del envejecimiento** poblacional, se debe abordar la madurez como una etapa importante del ciclo vital, sin caer en estereotipos de género. Habrá que incluir los procesos sociales, funcionales y vivenciales que acompañan a la vejez, tanto de las mujeres como de los hombres, en intersección con el concepto de salud-enfermedad como proceso biopsicosocial y también con el eje del enfoque de género, para informar en su conjunto sobre el estado y las necesidades de salud de ambos sexos en esta importante etapa del ciclo vital.

12. También es muy importante **abordar los temas relacionados con la diversidad de orientaciones sexuales y de identidades y expresiones de género de manera interseccional.** Existen suficientes evidencias de los efectos y consecuencias de la discriminación múltiple o interseccional cuando la discriminación por orientación sexual se entrecruza con otros ejes como el género, la raza, la discapacidad, la condición migratoria o la edad, entre otros. Para la elaboración de este informe, ha resultado un obstáculo la ausencia de fuentes de información que permitan incluir este eje de desigualdad en los análisis realizados. Esto ha de servir para poner de manifiesto la prioridad de evidenciar la situación y las necesidades específicas de este colectivo en el proceso de salud-enfermedad-atención, una dimensión tan transversal como ausente en los sistemas de información de nuestro contexto.

13. Cuando hablamos de hábitat y de los condicionantes del lugar de residencia, **merece especial atención el ámbito rural. Se hace necesario abordar tanto la condición como la posición.** Abordar la condición implica intentar mejorar el conjunto de circunstancias materiales de hombres y mujeres que configuran sus modos de vida, y que están relacionadas con la satisfacción de sus necesidades básicas. Abordar la posición implica prestar atención a la capacidad de mujeres y hombres para influir y participar en las decisiones sociales o políticas, que se refleja en las relaciones de poder y de control tanto a nivel local como familiar.

14. Resulta relevante realizar **formación y sensibilización profesional sobre la necesidad de vigilar el tipo de procesamiento de las demandas de atención,** sobre todo de las mujeres, por síntomas inespecíficos y dolor en atención primaria, que conlleva con frecuencia una alta medicalización de sus malestares. Es importante concienciar sobre la importancia de evitar la medicalización como respuesta única a la paciente, y potenciar otras estrategias. Por ejemplo, **potenciar estrategias de comunicación profesional-paciente** que permita a las mujeres reconocer su experiencia diaria y la interacción del género y su salud como explicaciones significativas para ellas, así como brindar la posibilidad de contactar con

grupos de apoyo de mujeres como recurso de gestión de malestares diversos que pueden tener un origen común de índole psicosocial. También sería recomendable sensibilizar sobre la importancia de explorar cada caso en profundidad, y valorar la conveniencia de realizar derivaciones a servicios de diagnóstico y atención especializada.

15. Desde los servicios de salud debe **atenderse a la morbilidad diferencial por razones de género.** Atención especial deberían tener aquellas patologías o dolencias especialmente invisibilizadas por ser consideradas "propias de mujeres", y tratadas por tanto como "normales" o menos importantes. Igualmente, atender a estas dolencias "propias de mujeres" cuando son los hombres los que presentan los síntomas, y viceversa, **evitando la producción de sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico.**

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo