

Contexto político

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está determinada por el contexto social, político y económico de la vida de las personas, así como por la biología (Organización Mundial de la Salud). La salud es un ámbito importante de desigualdad entre mujeres y hombres debido al acceso distinto y desigual a los recursos sanitarios básicos y al uso que hacen de ellos. Al mismo tiempo, las mujeres están expuestas a ciertos riesgos para la salud asociados con la sexualidad y la reproducción. Las mujeres también corren el riesgo de sufrir consecuencias negativas para la salud vinculadas a la pobreza y la dependencia económica, así como al hecho de experimentar la violencia y la discriminación.

Conclusiones del Consejo sobre la equidad y la salud en todas las políticas (junio de 2010)

En ellas, el Consejo:

- expresaba su preocupación por las diferencias de la situación sanitaria entre los Estados miembros de la Unión Europea (UE) y por la particular vulnerabilidad de ciertos colectivos a una mala salud;
- reconocía que los servicios de atención sanitaria nunca bastarán por sí solos para optimizar el potencial de salud de los ciudadanos europeos y garantizar la equidad;
- invitaba a los Estados miembros a seguir desarrollando políticas y medidas de reducción de las desigualdades, optimizar la recopilación de datos y los conocimientos disponibles y potenciar las capacidades en el ámbito de la salud pública.

La Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE

- Destacaba valores y principios comunes como el acceso a una atención sanitaria de alta calidad, la igualdad y la solidaridad, y reiteraba que la salud está influenciada por cuestiones relacionadas con el género.
- Constató la falta de representación de las mujeres en los ensayos clínicos y afirmaba que la violencia contra las mujeres tiene consecuencias sobre la salud física y emocional de las mujeres.
- Pedía a la Comisión y a los Estados miembros que mejorasen el acceso a las medidas de prevención de enfermedades, la promoción de la salud y los servicios sanitarios, y redujeran las desigualdades entre los diferentes grupos sociales y de edad.

En febrero de 2013, la Comisión Europea publicó la Comunicación sobre el Paquete de Inversión Social, en la que se reconocía la función del sistema de sanidad a la hora de permitir la consecución de los objetivos de crecimiento inclusivo de la Estrategia Europa 2020.

Los objetivos estratégicos de la Plataforma de Acción de Beijing y los indicadores de la UE

- C.1.** Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad.
- C.2.** Fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer.
- C.3.** Tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el sida y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva.
- C.4.** Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer.
- C.5.** Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres.

Los tres indicadores que permiten realizar el seguimiento de la aplicación de esta esfera de especial preocupación se adoptaron durante la Presidencia austríaca del Consejo de la UE de 2006. Dichos indicadores se centran en el primer objetivo estratégico, a saber, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria para las mujeres, y analizan la esperanza de vida con buena salud (indicador 1), el acceso a la atención sanitaria (indicador 2) y las enfermedades cardiovasculares (indicador 3). Los temas clave relacionados con algunos de estos objetivos, como, por ejemplo, los efectos de los programas de prevención sobre la salud de las mujeres, requieren una mayor investigación.

La base de datos «Mujeres y hombres en la UE. Hechos y cifras», desarrollada por el Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE), proporciona los datos y la información más recientes. Está disponible en: <http://eige.europa.eu/content/women-and-men-in-the-eu-facts-and-figures>

Conclusiones a partir de los datos de toda la UE

Las enfermedades cardiovasculares han ido disminuyendo como causa de mortalidad entre las mujeres

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo en Europa la principal causa de mortalidad, discapacidad y morbilidad entre las mujeres. Aproximadamente la mitad de las muertes en la UE están causadas por enfermedades cardiovasculares.



La enfermedad cardíaca coronaria o cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de muerte en la UE entre todas las enfermedades cardiovasculares, y representa el 13 % de las muertes para las mujeres y el 15 % para los hombres. El ictus o apoplejía, una enfermedad cerebrovascular, constituye en Europa la segunda causa principal de muerte entre todas las enfermedades vasculares; el 11 % de las mujeres y el 8 % de los hombres fallecieron en la UE por una enfermedad cerebrovascular en 2010. El porcentaje de mujeres fallecidas por un derrame cerebral es superior al de los hombres en todos los Estados miembros de la UE. En general, el porcentaje de muertes relacionadas con una enfermedad cerebrovascular entre las mujeres, como porcentaje de todas las causas de defunción, se ha reducido en la mayoría de Estados miembros desde el año 2007.

Entre 2007 y 2010, el porcentaje de muertes derivadas de enfermedades cardiovasculares entre las mujeres, como porcentaje de todas las causas de muerte, se ha reducido ligeramente en la mayoría de Estados miembros.

El aumento de los comportamientos no saludables entre las mujeres pone en peligro su mayor esperanza de vida

La esperanza de vida de las mujeres ha ido aumentando en la UE y supera la de los hombres. Al mismo tiempo, en los últimos años se ha producido una reducción notable de la brecha de género, principalmente en beneficio de los hombres. El incremento de los índices de tabaquismo y de cáncer de pulmón entre las mujeres, combinado con una baja participación en actividades deportivas, puede haber contribuido a ir cerrando la brecha de género en materia de esperanza de vida. La mortalidad derivada del cáncer del sistema respiratorio, por ejemplo, ha aumentado entre las mujeres en casi un 70 % desde 1970.

A pesar de una mayor esperanza de vida, las mujeres pasan una mayor parte de su vida sufriendo discapacidad y una mala salud

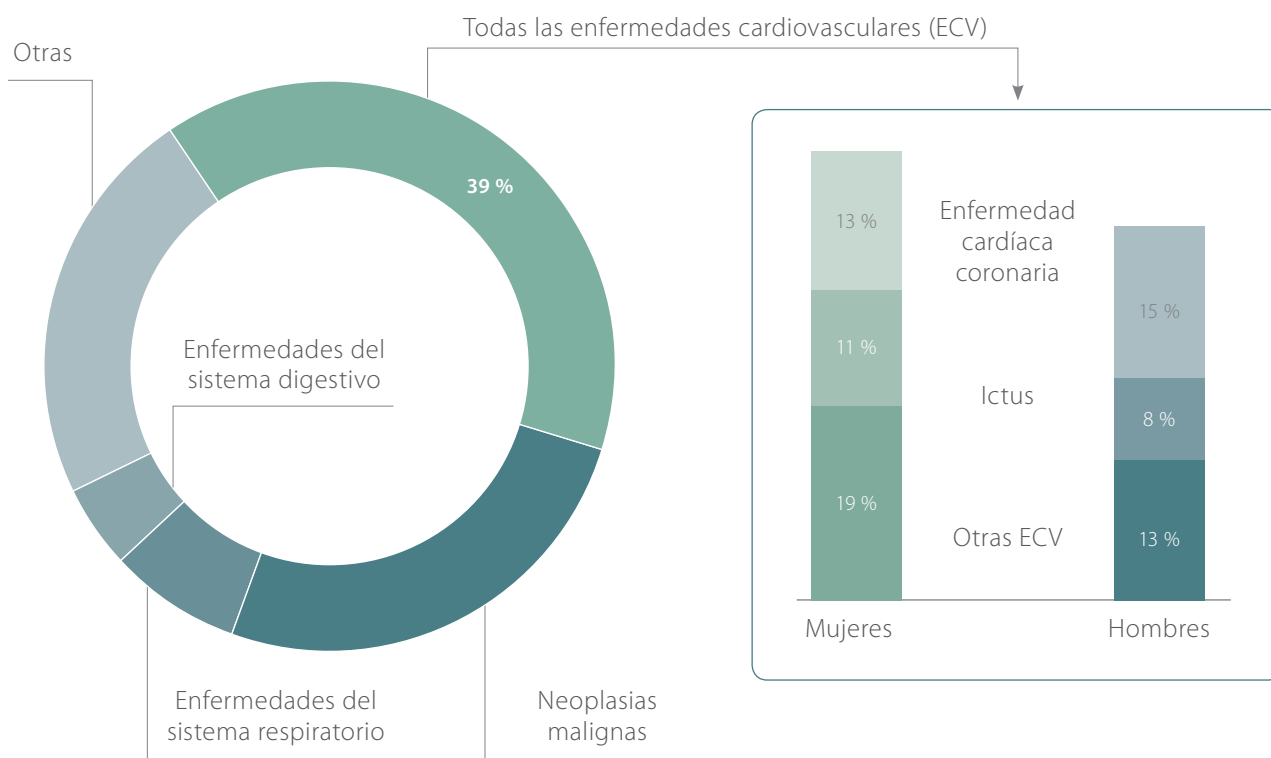
Entre 2007 y 2010, la esperanza de vida media con buena salud se mantuvo estable en 63 y 62 años en el momento del nacimiento para las mujeres y los hombres, respectivamente, en la EU-27. De 2010 a 2012, hubo un ligero descenso en la esperanza de vida con buena salud tanto para las mujeres (de 63 a 62 años) como para los hombres (de 62 a 61).

Para el mismo período (2007-2010), la esperanza de vida con buena salud en el momento del nacimiento como porcentaje de la esperanza de vida total se redujo en un punto porcentual en la UE para mujeres y hombres. De media, las mujeres pasan el 76 % de la vida sin discapacidades, mientras que para los hombres dicho período alcanza la cota del 80 %. Dado que la esperanza de vida en la UE no ha parado de aumentar tanto para las mujeres como para los hombres desde 1980, alcanzando las mujeres una esperanza de vida de 80 años o más en la mayoría (19) de los Estados miembros, todo ello apunta a una tendencia preocupante, puesto que las mujeres pasan cada vez más tiempo en situación de discapacidad o mala salud.

Las mujeres son ligeramente más susceptibles que los hombres de percibir los costes como una barrera para acceder a la atención sanitaria

En 2012 no había diferencias significativas entre las mujeres y los hombres en términos de necesidades no atendidas de examen o tratamiento médico (el 7 % de las mujeres y el 6 % de los hombres) y dental (el 7 % tanto de las mujeres como de los hombres) en el ámbito de la UE. Dichas diferencias se vuelven más patentes a escala nacional, donde los índices

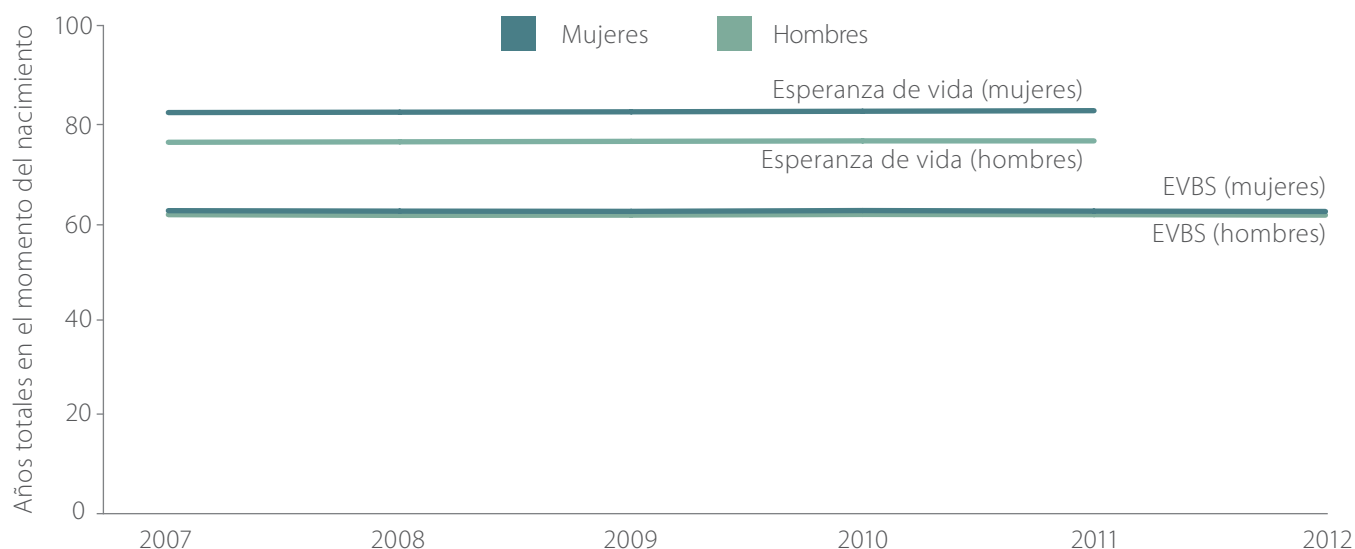
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, 2010



Fuente: Eurostat, Estadísticas sobre causas de muerte.



ESPERANZA DE VIDA Y ESPERANZA DE VIDA CON BUENA SALUD (EVBS) PARA MUJERES Y HOMBRES EN LA UE, 2007- 2012



Fuente: Eurostat, Estadísticas de salud.

de mujeres que declaraban necesidades médicas no atendidas superaban en al menos 2 puntos porcentuales los de los hombres, oscilando dicha diferencia entre 2 y 4 puntos porcentuales en cinco Estados miembros. En comparación con el año 2007, en 2012 las necesidades no atendidas de exámenes médicos se incrementaron ligeramente tanto para las mujeres como para los hombres en la UE.

En lo relativo a los motivos para que no se efectuara el examen médico, el coste («demasiado caro») diferencia a las mujeres, puesto que el 3 % de las mujeres y el 2 % de los hombres dieron esta respuesta en 2012; sin embargo, esto representa solo una pequeña diferencia. Estas cifras son en gran medida comparables a la situación de 2007.

Iniciativas útiles

La prevención y el diagnóstico precoz redujeron entre las mujeres la mortalidad causada por tipos específicos de cáncer: en algunos Estados miembros (Bélgica, Dinamarca, Alemania, Estonia, Irlanda, Francia, Croacia, Chipre, Letonia, Lituania, Hungría y Eslovenia) se introdujeron exámenes gratuitos para la detección del cáncer de mama o de cuello de útero; además, varios Estados miembros (Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Francia, Chipre, Hungría, Malta, Portugal y Rumanía) han introducido una vacuna gratuita contra el virus del papiloma humano para jóvenes (entre 12 y 14 años) con el fin de prevenir el cáncer de cuello de útero. Los informes de los Estados miembros a la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas (CEPE) muestran un descenso en el número de nuevas infecciones de VIH, sida y otras enfermedades de transmisión sexual, tanto para mujeres como para hombres en varios Estados miembros, que se atribuyen al éxito alcanzado por los programas de prevención. Algunos países han desarrollado campañas, sitios web o documentación informativa (como prospectos, trípticos, folletos y cuadernos) para sensibilizar al público sobre el VIH y el sida (Bulgaria, Dinamarca, Alemania, Estonia, Francia, Croacia, Chipre, Lituania, Portugal y Rumanía). En paralelo, se han organizado análisis y asesoramiento gratuitos y se han desarrollado y lanzado programas de educación sexual (Bélgica, Dinamarca, Grecia, Croacia, Chipre, Portugal y Eslovaquia).

Durante los últimos años, muchos Estados miembros han desarrollado nuevos planes y programas de **salud materna**. Un ejemplo de ello es el servicio de asesoría y atención prenatal que se ofrece a todas las mujeres embarazadas, en la mayoría de los casos de forma gratuita en algunos Estados miembros (Bélgica, Dinamarca, Estonia, Croacia, Chipre, Polonia, Rumanía y Eslovenia). Otras medidas adoptadas fueron la promoción de la lactancia materna, el apoyo a las madres lactantes y la creación de «hospitales amigos de las niñas y los niños» (Chipre, Hungría y Rumanía). En Polonia, el desarrollo de la detección precoz redujo el índice de mortalidad perinatal del 7,2 % en 2009 al 6,5 % en 2012. Otro buen ejemplo es un aumento en el número de consultas de planificación familiar y una mejor accesibilidad a los métodos anticonceptivos, especialmente para las mujeres jóvenes, con el fin de reducir el número de abortos legales (Bulgaria, Dinamarca, Alemania, Italia, Chipre, Lituania, Países Bajos, Austria, Polonia, Portugal, Rumanía, Eslovenia y Eslovaquia). En otros Estados miembros, como Francia, el número de abortos se ha mantenido estable desde 2006 y existe una elevada tasa de utilización de anticonceptivos.

Varios Estados miembros han desarrollado **medidas para mejorar el acceso a los servicios sanitarios** e información para ciertos grupos marginalizados de mujeres, como, por ejemplo, con discapacidades, del ámbito rural o de distintas comunidades étnicas (Bélgica, Chequia, Dinamarca, Alemania, Grecia, Lituania, Portugal y Rumanía). En Bélgica, Dinamarca, Alemania, Estonia, Irlanda, Chipre, Lituania, Malta, Polonia, Portugal, Eslovenia y Finlandia se subrayó el compromiso de garantizar a toda la población el acceso equitativo al sistema sanitario a través de las prestaciones de asistencia sanitaria administradas por un régimen público de seguro de enfermedad.



AVANCES Y OBSTÁCULOS EN LA ESFERA C: LA MUJER Y LA SALUD

AVANCES

- La esperanza de vida en la UE va en aumento.
- La esperanza de vida con buena salud se ha incrementado en 15 Estados miembros.
- En general, las personas afirman que tienen un buen acceso a la atención sanitaria y no tienen necesidades que no hayan sido atendidas.
- En términos generales, la proporción de muertes por enfermedades cardiovasculares se ha reducido.

OBSTÁCULOS

- La brecha de género en materia de esperanza de vida se va cerrando lentamente.
- La esperanza de vida de las mujeres aumenta a un ritmo inferior debido a la adopción de un estilo de vida no saludable.
- La esperanza de vida con buena salud se ha reducido ligeramente en el ámbito de la UE y es más baja para las mujeres.
- Los costes de atención sanitaria dificultan más el acceso a las mujeres que a los hombres.
- Las mujeres son más propensas a morir por enfermedades cardiovasculares que los hombres.
- Abordar la salud desde una perspectiva de género sigue siendo un reto clave.

El camino a seguir para la UE

- Abordar las necesidades de salud desde las perspectivas tanto del género como del sexo para garantizar una mejor comprensión de las causas subyacentes a las diferencias en los estados de salud y en la prevalencia de enfermedades.
- Abordar el acceso y el derecho de las mujeres a la salud reproductiva como un elemento central para la vida de las mujeres y hacer frente al reto que supone la falta de consenso en los Estados miembros en lo relativo a los anticonceptivos y al aborto.
- Asegurarse de que el tratamiento de las mujeres de edad avanzada y discapacitadas se aborda por igual en relación tanto con la reducción de la esperanza de vida con buena salud como con el incremento de la esperanza de vida general, puesto que se enfrentan a mayores riesgos de abuso y/o negligencia.
- Evaluar los factores determinantes de la salud desde una perspectiva de género para abordar los patrones cambiantes en el estado de salud de las mujeres y la creciente situación de mala salud que sufren.
- Dar prioridad a la recopilación de datos en este ámbito para poder llevar a cabo una evaluación de la situación.
- Afrontar los obstáculos generales y específicos con los que tienen que lidiar las mujeres en materia de acceso a la atención sanitaria (por ejemplo, los costes).
- Garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios (por ejemplo, para las mujeres migrantes).

Instituto Europeo de la Igualdad de Género

El Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE) es el centro de conocimiento de la UE sobre la igualdad de género. Ayuda a los responsables políticos y a todas las instituciones competentes a hacer realidad la igualdad entre mujeres y hombres para toda la ciudadanía europea, ofreciendo conocimientos específicos e información fiable sobre la igualdad de género en Europa.

Para más información, véase: <http://eige.europa.eu>

El Centro de Recursos y Documentación (CRD) del EIGE es una herramienta innovadora y práctica desarrollada para ayudar a localizar recursos clave sobre igualdad de género, facilitar el intercambio de conocimientos entre las personas interesadas en las políticas y prácticas sobre la materia, y ofrecer un espacio en línea para el debate y la discusión.

Para más información, véase: <http://eige.europa.eu/content/rdc>



Información de contacto:

Instituto Europeo de la Igualdad de Género
Gedimino pr. 16, LT-01103 Vilnius, LITUANIA
Tel. +370 5-215-7444 y +370 5-215-7400

facebook.com/eige.europa.eu



twitter.com/eurogender



youtube.com/eurogender



<https://eurogender.eige.europa.eu>



ISBN 978-92-9218-596-1
doi:10.2839/076143
MH-04-15-022-ES-N