



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Memòria del Treball de Fi de Grau

El género como determinante social de inequidad en salud en mujeres

Fátima Navarro Enrique

Grau d'Infermeria

Any acadèmic 2016-17

DNI de l'alumne: 43203716X

Treball tutelat per Margalida Miró Bonet
Departament d'Infermeria i Fisioteràpia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraules clau del treball:

Género y salud, desigualdades en la salud, factores clave, impactos en la salud, política de salud.

RESUMEN

La cuestión básica que guía este trabajo es analizar el grado en que el género actúa como determinante social de inequidad en salud en mujeres, los factores causales de esta inequidad, describir el impacto que generan en la salud y explorar posibles estrategias de abordaje. Para ello se ha elaborado una búsqueda bibliográfica de la evidencia entre 2007 y 2017 en diferentes bases de datos a partir de los descriptores “gender and health”, “health inequalities”, “key factors”, “impacts on health” y “health policy”. A partir de los artículos obtenidos, se identifican diferentes cuestiones globales. Existen numerosas causas relacionadas con la inequidad de género y se está demostrando cada vez más que las diferenciaciones de riesgo y vulnerabilidad en el ámbito de la salud están más vinculadas con las cuestiones psicosociales y culturales de género que con los factores biológicos. El impacto de la inequidad de género sigue teniendo una importante repercusión sobre el estado de salud de las mujeres. Sin embargo, las estrategias políticas parecen tener obstáculos y limitaciones en la incorporación de la perspectiva de género en el contexto de las políticas de salud con el fin de abordar las desigualdades e inequidades de género.

PALABRAS CLAVE/KEY WORDS

Género y salud, desigualdades en la salud, factores clave, impactos en la salud, política de salud.

Gender and health, health inequalities, key factors, impacts on health, health policy.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Palabras clave.....	2
Introducción.....	4
Objetivos.....	6
Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	6
Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	10
Discusión.....	10
Conclusiones.....	20
Bibliografía.....	21
Anexos.....	23

INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud son responsables de una gran proporción de desigualdades en salud (niveles desiguales de estado de salud) e inequidades (acceso injusto a servicios y recursos de salud) dentro y entre países. A pesar de la creciente información que prueba la acción de los determinantes sociales, la comprensión del impacto de éstos no está generalizada y la voluntad política parece estar ausente o ser inefectiva.

Aunque la igualdad de género se utiliza a menudo de forma intercambiable con la equidad de género, ambas se refieren a diferentes estrategias complementarias que se necesitan para reducir las desigualdades de salud basadas en el género. Según la OMS, la igualdad de género en salud se corresponde a tener hombres y mujeres “las mismas condiciones para alcanzar sus derechos y su potencial de salud, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados” y la equidad de género en salud se refiere a “un proceso de justicia para las mujeres y los hombres con el objetivo de reducir la desigualdad injusta y evitable entre mujeres y hombres en el estado de salud, el acceso a los servicios de salud y sus contribuciones a la fuerza de trabajo sanitaria.”¹

Por ello es importante resaltar la diferenciación entre desigualdades en salud, que son inevitables, e inequidades de salud, que son injustas y prevenibles. El término desigualdad en salud se refiere genéricamente a “diferencias sobre cualquier aspecto medible de la salud que varía según los individuos o según grupos socialmente relevantes”. En cambio, la inequidad en salud es un “tipo específico de desigualdad en salud que denota una diferencia injusta en salud, prevenible, innecesaria y que podría evitarse por medios razonables.”^{2,3}

La perspectiva de género es un enfoque teórico procedente de las teorías feministas, cuyo eje principal es el análisis de uno de los determinantes sociales: las desigualdades e inequidad de género. La integración y generalización de la perspectiva de género ha demostrado ser importante para promover la equidad en salud. Ésta surgió como paradigma de políticas globales y ha sido ampliamente adoptada por organizaciones intergubernamentales, regionales y no gubernamentales.^{4,5,6,7}

Tanto el sexo como el género han sido reconocidos como determinantes de la salud que juegan un papel en la brecha de salud entre mujeres y hombres^{4,8,9} y la atención

diferenciada de ambos conceptos contribuye a mejorar la ciencia a través de una comprensión aumentada de cómo ambos factores inciden en las desigualdades en salud, ayuda a facilitar la especificidad en las políticas de salud, permite adaptar mejor la atención a las personas y contribuye al logro de las metas de equidad en salud a nivel mundial. Sin embargo, aunque se ha avanzado mucho en lograr un entendimiento compartido dentro de la comunidad científica sobre las diferencias entre “sexo” y “género”, se sigue tendiendo a confundir y usar indistintamente ambos términos en las publicaciones biomédicas o a quedar conceptualmente sin desarrollar.⁹

Según la Organización Mundial de la Salud, el sexo es definido como “las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres”.¹⁰ Por tanto, por sexo entendemos las influencias biológicas, es decir, las diferencias genéticas, hormonales y reproductivas entre mujeres y hombres y su impacto en la salud. Esto incluye, por ejemplo, el papel de las hormonas sexuales en las enfermedades cardiovasculares, el papel que desempeña el sistema inmunológico más agresivo de las mujeres en la resistencia a la infección y en el riesgo de enfermedades autoinmunes, las diferencias en la expresión génica, los riesgos asociados de cáncer, etc.^{4,5,6}

En cambio, el género “se refiere a las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles, relaciones, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos que una sociedad considera apropiados para hombres y mujeres, así como la auto-representación de una persona como hombre o mujer”. Masculino y femenino serían las categorías de género. Lo que se espera de uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo.¹⁰

De manera que mientras el sexo responde a la biología, el género se corresponde con una construcción social y cultural asociada a un conjunto de roles, comportamientos, expresiones e identidades aprendidas.⁹

En un país donde las partidas presupuestarias destinadas a materia de igualdad se ven reducidas cada vez más, donde se normalizan e invisibilizan muertes diarias por violencia de género sin convertirlo en una cuestión de estado como foco importante de desigualdad de género en la salud que es y donde una superestructura sociocultural patriarcal opresiva sustenta, justifica y promueve las desigualdades e inequidades de género; como mujer, feminista y profesional sanitaria, considero que todo esfuerzo por visibilizar todo ello resulta necesario. No obstante, aunque haya encaminado este trabajo al análisis de las

causas e impacto que la construcción del género tiene sobre la salud y la importancia de incorporarlo como determinante social de la salud que es en los planes estratégicos políticos de abordaje de la salud mundial, ello no implica que yo, personalmente, no abogue abiertamente por la deconstrucción del género en nuestra sociedad como única solución. Sin embargo, mientras eso no sea conseguido, desde mi punto de vista, la incorporación transversal de la perspectiva de género en todos los ámbitos seguirá siendo necesaria para evitar las desigualdades e inequidad en salud, ya que la salud debe abordarse a partir y tomando conciencia del contexto sociocultural existente (roles de género, comportamientos, estereotipos, etc.) y no a partir de lo que yo considero que ha de conseguirse finalmente (su deconstrucción).

Este trabajo pretende analizar en la evidencia científica cómo el género actúa como determinante social de inequidad en salud en mujeres, los factores causales de esta inequidad, describir el impacto que generan en la salud y explorar posibles estrategias de abordaje.

OBJETIVOS

- Objetivo general: Analizar en la evidencia científica cómo el género actúa como determinante social de inequidad en salud en mujeres.
- Objetivo específico 1: Analizar los factores causales de esta inequidad.
- Objetivo específico 2: Describir el impacto en la salud.
- Objetivo específico 3: Explorar si existen estrategias políticas para promover la equidad en salud.

ESTRATEGIA DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Las palabras clave usadas en la estrategia de búsqueda bibliográfica han sido “gender and health” (género y salud), “health inequalities” (desigualdades en la salud), “key factors” (factores clave), “impacts on health” (impactos en la salud) y “health policy” (política de salud). Los descriptores raíz han sido “gender and health” (género y salud) y

“health inequalities” (desigualdades en la salud); los descriptores secundarios, “key factors” (factores clave), “impacts on health” (impactos en la salud) y “health policy” (política de salud); y como descriptor marginal, “female” (mujeres). No obstante, en ninguna base de datos ha sido necesario introducir el descriptor “key factors” puesto que ya en el primer nivel de búsqueda, con los descriptores raíz, ha sido posible obtener artículos que se correspondiesen con el contenido de ese descriptor. Todos los descriptores han sido extraídos del vocabulario DeCS excepto “health policy”. El booleano introducido para combinar los descriptores en los diferentes niveles de la búsqueda ha sido “AND”.

Las bases de datos seleccionadas para realizar la búsqueda bibliográfica han sido los metabuscadores Ebscohost (que incluye Cinahl) y BVS (que incluye Ibecs, Lilacs y Wholis), las bases de datos específicas Pubmed e IME y la base de datos de revisiones Cochrane.

Los criterios de inclusión establecidos han sido seleccionar aquellos artículos que de manera específica tenían capacidad para responder a los objetivos general y específicos planteados en mi trabajo, aquellos que se dirigían a la población de mujeres y que estuviesen escritos en castellano o inglés.

Los criterios de exclusión han sido descartar aquellos artículos que no respondían a mis objetivos general y/o específicos, aquellos que se trataban de estudios en poblaciones, países, continentes o zonas concretas que hiciese que sus resultados no pudiesen extrapolarse a la población mundial, aquellos cuya población de estudio eran los hombres, los artículos que confundían el concepto de género haciéndolo sinónimo de sexo y aquellos que mencionaban las desigualdades sociales de forma genérica sin especificar que el género fuese partícipe y determinante de esas desigualdades.

Los límites marcados fueron, artículos publicados en los últimos 10 años (2007-2017), en castellano o inglés, y con disponibilidad de acceso a texto completo.

En los anexos se incluye una tabla donde se desglosa la estrategia de búsqueda empleada.

A continuación, procedo a explicar la metodología seguida en cada una de las bases de datos, ya que hay variaciones entre ellas.

Ebscohost

En un primer nivel de búsqueda, he utilizado los descriptores “gender and health” AND “health inequalities”. Los límites introducidos manualmente en el buscador han sido: artículos que se encuentren disponibles en texto completo, publicados en los últimos 10 años (2007-2017), el tipo de fuente: publicaciones, publicaciones académicas, en idioma español o inglés, y artículos que se dirigían a la población de mujeres (Género female). De esta búsqueda se obtienen 66 artículos.

En un segundo nivel de búsqueda y con el objetivo de dar respuesta a los objetivos específicos de mi trabajo, he utilizado los descriptores “gender and health” AND “health inequalities” AND “impacts on health”. Los límites introducidos manualmente en el buscador han sido los mismos que en la primera búsqueda. Sin embargo en este caso no he introducido el límite de “female” porque reducía demasiado el número de artículos. De esta nueva búsqueda se obtienen 41 artículos.

En un tercer nivel de búsqueda y con el objetivo de dar respuesta a los objetivos específicos de mi trabajo, he utilizado los descriptores “gender and health” AND “health inequalities” AND “health policy”. Los límites introducidos manualmente en el buscador han sido los mismos que en la primera búsqueda. En este caso tampoco he introducido el límite de “female” porque reducía drásticamente el número de artículos. De esta nueva búsqueda se obtienen 73 artículos.

Biblioteca virtual en salud – BVS

En un primer nivel de búsqueda, he utilizado los descriptores “gender and health” AND “health inequalities” AND “impacts on health” en búsqueda avanzada en inglés. Los límites introducidos manualmente en el buscador han sido: artículos que se encuentren disponibles en texto completo, publicados en los últimos 10 años (2007-2017), el tipo de publicación: artículos y en idioma español o inglés. En este caso no he introducido el límite de “female” porque reducía demasiado el número de artículos. De esta búsqueda se obtienen 32 artículos.

En un segundo nivel de búsqueda he utilizado los descriptores “gender and health” AND “health inequalities” AND “health policy”. Los límites introducidos manualmente en el buscador han sido los mismos que en la primera búsqueda y, además, artículos que se

dirigían a la población de mujeres (Género female). De esta nueva búsqueda se obtienen 88 artículos.

Pubmed

Inicio la búsqueda marcando “MeSH database” en la página principal del buscador para buscar directamente en el tesoro. Al intentar introducir el descriptor “gender and health” la base de datos no lo reconoce, de manera que introduzco solo “gender” y lo más similar con lo que lo compara es “sexism” o “gender identity”. Puesto que los artículos que aparecen introduciendo “gender identity” se centran en un tema diferente (transexualidad, etc.), más alejado del de mi trabajo, decido realizar la búsqueda con “sexism” AND “health”. Los límites introducidos manualmente en el buscador han sido: artículos que se encuentren disponibles gratis y a texto completo, publicados en los últimos 10 años (2007-2017), en la especie humanos y en inglés. De esta búsqueda se obtienen 29 artículos.

Índice médico español IME – Biomedicina (CSIC)

En esta base de datos ha sido necesario sólo un nivel de búsqueda introduciendo el descriptor “género y salud” en la búsqueda por campos. Es decir, toda la información en relación al género y su vinculación con la salud ya se obtiene en una primera búsqueda y con un único descriptor. El límite introducido manualmente en el buscador ha sido el año de publicación después de 2006 (para obtener publicaciones de los últimos 10 años). De esta búsqueda se obtienen 52 artículos.

Cochrane Library Plus

Inicio la búsqueda marcando primeramente “Búsqueda asistida” en la página principal del buscador. En esta base de datos ha sido necesario sólo un nivel de búsqueda introduciendo el descriptor “género y salud” puesto que al introducir más descriptores la búsqueda se reduce drásticamente a escasos artículos. El límite introducido manualmente en el buscador ha sido los años de publicación (entre 2007 y 2017). De esta búsqueda se obtienen 130 artículos.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

De todos los artículos hallados en el metabuscador Ebscohost, he seleccionado según los criterios de inclusión y exclusión, 7 de ellos. Del metabuscador Bvs, 8 de ellos. De la base de datos específica Pubmed 5. Y ningún artículo de IME y Cochrane.

En los anexos se incluye una tabla donde se especifican los artículos seleccionados para mi trabajo tras la búsqueda bibliográfica así como la temática que aborda cada uno.

DISCUSIÓN

1. Antecedentes y factores causales, promotores o sustentadores de la inequidad en salud en mujeres debido al género

Existen numerosas causas relacionadas con la inequidad en salud en las mujeres debido al género. Entre ellas, la poca investigación e infrarrepresentación del género en los estudios científicos, la invisibilización de los problemas de salud de las mujeres, la existencia de prácticas y estructuras socioculturales patriarcales, construcciones de género, la falta de acceso a los sistemas de salud, la pobreza económica y la inatención de la salud sexual y reproductiva, se postulan como factores de gran responsabilidad.^{5,11}

Durante muchos atrás, el hecho de que el estudio sobre la desigualdad de género se centrara principalmente en una población específica como son las mujeres, no fue visto como una razón suficiente y meritoria para convertirse en un campo de estudio sobre el que indagar. La idea imperante de que los cuerpos de las mujeres eran meramente una versión inferior del cuerpo masculino, más débil^{5,11} la importancia de proteger a las mujeres en edad de procrear, la incertidumbre acerca de los ciclos menstruales y la influencia hormonal, fueron algunas de las justificaciones para sustentar la suposición implícita de que los resultados en los hombres serían aplicables al resto de población. No fue hasta a partir de los años 80, cuando se crearon organismos que aseguraran la visualización de los problemas de salud de las mujeres y que la eficacia de los tratamientos para las mujeres fuese determinada científicamente y no extrapolada a partir de datos derivados de los participantes masculinos.^{5,8} Ello constituye un legado que se ha

visto perpetuado bajo unas estructuras sociales patriarcales, actitudes y prácticas que son antecedentes comunes de las desigualdades e inequidades en salud y que aún hoy en día tiene su repercusión.¹¹ En la actualidad, la idea de que “los estudios de un solo sexo no proporcionan un cuadro completo de las distinciones entre la salud y la morbilidad de hombres y mujeres” ha planteado dudas sobre el acceso de las mujeres a un tratamiento clínico que sea seguro y efectivo debido a una alarmante falta de información sobre cómo las mujeres responden a tratamientos probados exclusivamente en hombres.⁸ Además, la evidencia reciente sugiere que aún hoy en día existen obstáculos para la comprensión, reconocimiento e incorporación de la relación entre sexo, género y salud en la investigación financiada y publicada y sigue siendo problemática la falta de claridad conceptual en la forma en que se utilizan las construcciones del sexo y género tanto en el diseño y análisis como en la presentación de informes de los estudios de investigación en salud.^{5,6,8,9}

Cada vez hay más evidencia aportada por organismos como la OMS, que apunta a que una reducción de las desigualdades e inequidad en salud sólo puede lograrse mediante el abordaje de sus causas fundamentales, profundas, estructurales y sistémicas (raíz). Esto es que las actitudes, prácticas y estructuras sociales patriarcales, y las construcciones de género históricamente producidas y legitimadas socioculturalmente, siguen dominando la sociedad a escala mundial y afectan a todas las áreas de la vida (incluida la salud).^{2,3,12,13} Es importante comentar cómo el patriarcado (dominación sistemática de hombres sobre mujeres y otros hombres) y las masculinidades hegemónicas (las formas cultural y políticamente dominantes en las que se expresan y se realizan las relaciones de género de los hombres -identidades nacionales, raciales, culturales o sexuales-) interactúan de manera que, por un lado, el patriarcado promueve la adquisición temprana de roles y estereotipos de género (desde el inicio de la socialización de niñas y niños) y restringe el acceso de las mujeres a los privilegios sociales, los relacionados con el empleo, poder, los recursos económicos y les asigna una mayor proporción de responsabilidades domésticas (trabajo no remunerado); y por otra, la masculinidad hegemónica (entendida como el desarrollo y mantenimiento de una identidad masculina heterosexual) promueve la toma de riesgos por parte de los hombres que son peligrosos para la salud y contribuye a la mortalidad prematura entre éstos en comparación con las mujeres.³ De manera que “el patriarcado y la masculinidad hegemónica deben ser desafiados como parte de un

conjunto más amplio de determinantes sociales estructurales de la salud” influyentes en la inequidad en salud.^{3,11,13}

Los sistemas de salud desempeñan un papel causal en las desigualdades, y a la vez juegan un papel de responsabilidad para combatirla a través de los servicios que prestan. Los aspectos críticos de los sistemas de salud en relación con la igualdad incluyen cómo se financian, la distribución de los servicios y la asignación de recursos, la prestación de servicios y la capacitación de los trabajadores de la salud. Mientras que la OMS promueve el objetivo del acceso universal a la atención y muchos países se han comprometido formalmente al acceso universal, pocos países logran este ideal.^{5,14,15}

La financiación de la salud es un factor importante en las barreras a la atención de salud oportuna y apropiada para las mujeres y las niñas a la hora de distribuir los recursos y en la prestación de servicios de salud.^{3,5,6} La salud de las mujeres se ve afectada profundamente por la manera como las trata el “status” que les confiere la sociedad en su totalidad y la falta de independencia económica, la pobreza o el impacto del trabajo doméstico no remunerado constituye uno de los obstáculos más importantes a la atención de la salud en los países en vías de desarrollo, y hay pruebas de que las niñas y las mujeres se ven afectadas de manera desproporcionada por ello. Sin embargo, se desdibuja su importancia si los servicios directamente no están disponibles debido a la escasez de recursos.^{5,6,12,14,15} También supone un reto añadido un cambio en el patrón de las causas de muerte, que si antes estaban asociadas a condiciones agudas (enfermedades infecciosas y complicaciones relacionadas con el embarazo), ahora lo están a enfermedades crónicas y a largo plazo (cáncer, enfermedades cardiovasculares, mentales y diabetes) que requieren de atención sanitaria y medicación que pagar.¹⁵

Aunque con el tiempo se ha avanzado en abordar algunas de las desigualdades, aún hoy en día persisten las resistencias a vincular más explícitamente la salud de las mujeres con la situación de pobreza socioeconómica de éstas^{11,14} y en países en vías de desarrollo la pobreza junto con la mala nutrición, y los sistemas de salud débiles junto con la alta mortalidad materna.⁴ Aunque la pobreza y el género influyen significativamente en la salud y el desarrollo socioeconómico, los planificadores de la salud y profesionales de la salud podrían no ser suficientemente conscientes de la pobreza como determinante de mala salud, de las necesidades de salud de las poblaciones pobres y vulnerables o de las barreras relacionadas con el género que limitan el acceso a la atención médica.¹⁴

La brecha en la atención de la salud reproductiva ha sido y es un foco importante en los esfuerzos por abordar las desigualdades de género y las necesidades de salud de las mujeres.⁵ La salud sexual es definida por la OMS girando en torno a los “derechos sexuales, experiencias sexuales positivas, placenteras y seguras, estar libre de coerción, discriminación y violencia. Esto incluye el control sobre la sexualidad, el acceso a la información y la atención sexual, así como la libertad reproductiva”. En contraposición, la realidad plasmada a través de cifras sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres no hace sino poner sobre la mesa la ausencia de derechos de salud, sexuales y reproductivos y de las necesidades específicas de salud de las mujeres con programas sobre violencia de género, salud mental de las mujeres y los riesgos de las mujeres y sobre el VIH y el SIDA.^{4,5}

Como resultado de una evolución en el tiempo, ahora se considera que la salud de la mujer depende de interacciones complejas entre la biología individual, el contexto socioeconómico de las mujeres y el contexto sociocultural del género.^{5,8,12} Por tanto está influenciada por el sexo, factores biológicos, el género (influencias socialmente construidas) y el papel de las políticas formales de salud y otras organizaciones en abordar las igualdades de género en salud.^{5,6,9,12}

2. Consecuencias e impacto de la inequidad en salud en mujeres debido al género

No ha sido hasta la última década que ha empezado a deconstruirse la concepción arcaica y patriarcal que contemplaba que la salud de la mujer se limitaba a cuestiones relacionadas con la reproducción: maternidad, menstruación, lactancia y menopausia, y a reducirse el predominio masculino de la profesión médica que controlaba los cuerpos femeninos a través, por ejemplo, de la anticoncepción y aborto, la sobremedicalización de la salud reproductiva de las mujeres y producirse un cambio en las formas de identificar y tratar los problemas de salud de las mujeres.^{5,8}

Sin embargo, si bien el aumento progresivo de estrategias de incorporación de la perspectiva de género a menudo ha conducido a un incremento de mejoras para las mujeres, éstas se han dado en gran medida entre las de altos ingresos y más enfocadas en los derechos educativos, económicos y legales. En el ámbito de la salud el aumento de la

esperanza de vida femenina se atribuye, en parte, a mejoras en la salud materna, la disminución de las tasas de fecundidad y la disminución de los riesgos de mortalidad materna, es decir, riesgos específicos de salud reproductiva y no por la incorporación de la perspectiva de género en los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, a pesar de estas enormes ganancias en la salud, en muchas partes del mundo la esperanza de vida de las mujeres sigue disminuyendo por enfermedades prevenibles y muerte prematura debido a las desigualdades sociales y de género y a las deficiencias del sistema de salud^{4,5,15} además de la problemática de gran magnitud que supone el VIH en el África subsahariana.^{4,5}

A nivel mundial, las mujeres representan aproximadamente el 50% de la epidemia de VIH, el 60% en África oriental y meridional. La pandemia del VIH afecta desproporcionadamente a las mujeres jóvenes con tasas dos veces superiores a las de los hombres jóvenes, y las mujeres jóvenes por sí solas representan casi una cuarta parte de todas las nuevas infecciones por el VIH. Esto es debido a una serie de razones biológicas, sociales, culturales y económicas, incluida la arraigada desigualdad social y económica de las mujeres en las relaciones sexuales y el matrimonio. La gran incidencia del VIH en mujeres jóvenes subraya cómo las desigualdades sociales de género y económicas se han reconocido como factores centrales que dan forma y mantiene la epidemia del VIH. El VIH no sólo es impulsado por la desigualdad de género, sino que también afianza la desigualdad de género, dejando a las mujeres más vulnerables a su impacto. Además, las mujeres continúan realizando el mayor trabajo de atención para las personas que viven con el VIH como resultado de las normas y presiones de género.^{5,7,16,17} Los factores de riesgo biológicos conducen a una mayor vulnerabilidad de las mujeres como resultado de relaciones heterosexuales no protegidas. Además, las diferencias de género en el poder, afectan a la capacidad de las mujeres para negociar sexo seguro o resistir las relaciones sexuales, tanto dentro de las relaciones como fuera de ella.^{5,7,16}

Una de las maneras más significativas de abordar la salud materna, salud sexual y reproductiva es mediante medidas que permitan a las mujeres controlar su fecundidad y prevenir embarazos no deseados, así como el acceso a una interrupción voluntaria segura del embarazo. Sin embargo, todo ello está lejos de la realidad. A pesar de las estrategias de la OMS y de la ONU para abordar esto, uno de cada diez embarazos en todo el mundo termina en un aborto inseguro, los abortos inseguros representan casi la mitad de todas

las interrupciones cada año, en 68 países el aborto continúa siendo ilegal o permitido sólo para salvar la vida de una mujer y casi dos quintos del mundo población viven en países con leyes de aborto altamente restrictivas.^{5,16}

Aunque la biología juega un papel en las diferencias de salud entre hombres y mujeres, la mayor carga de sufrimiento se relaciona principalmente con desigualdades sociales fundadas en el género.³ El impacto de género en la salud puede ser muy diverso. En primer lugar, el género determina el grado de exposición y vulnerabilidad a los determinantes sociales perjudiciales para la salud, como la pobreza, la exclusión social, los daños ambientales y los riesgos para la salud asociados con el empleo remunerado y no remunerado. En segundo lugar, los discursos de género (construcciones de masculinidad y feminidad, y lo que significa ser hombre o mujer en una sociedad determinada) y la adopción de roles de género por parte de hombres y mujeres juegan un papel en los comportamientos de salud, incluyendo el consumo de tabaco, alcohol y drogas, dieta, ejercicio y actividad física y comportamientos de riesgo. Además, los discursos de género participan en la amenaza a la salud de la mujer que supone la violencia de género, las diferencias de género en el uso de servicios de salud y los comportamientos preventivos. En tercer lugar, a la hora de la formulación de políticas de género, existe una importante diferenciación de género en la forma en que los sistemas de salud y los que trabajan en los sistemas de salud satisfacen las necesidades de las mujeres y los hombres.^{4,5,6}

Se sabe que las mujeres biológicamente son más vulnerables que los hombres a determinados problemas de salud como en el caso de las enfermedades cardiovasculares, mentales y las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH / SIDA), el dolor, la diabetes, etc.^{9,12,14,18,19} Sin embargo, se está demostrando cada vez más que estas diferenciaciones de riesgo y vulnerabilidad están más vinculadas con las cuestiones psicosociales de género, como la situación de discriminación en la sociedad que con los factores biológicos.^{9,18}

A pesar de la insuficiente incorporación e investigación sobre las diferencias de sexo y género en los paradigmas de tratamiento, la investigación de los determinantes sociales de la salud sigue mostrando pruebas de las disparidades entre los sexos en el manejo de la atención de la salud.¹⁹ La ausencia de datos desglosados por sexo o la falta de consideraciones de género en la investigación pueden conducir a resultados adversos en

la salud como por ejemplo en el área de cardiología, donde muchas mujeres reciben marcapasos sin evidencia sustancial de beneficio⁹ o respecto a las directrices actuales del control de la tensión arterial en mujeres postmenopáusicas, peor controlada que en hombres, pero tratada con iguales directrices.¹⁹

Las consecuencias de la violencia de género en la salud física y mental constituyen un importante problema de salud pública mundial y una fuente importante de desigualdad en la salud, una desigualdad de género, según la OMS, impuesta a las mujeres como parte de su condición social subordinada y la distribución desigual de poder y recursos entre hombres y mujeres.^{18,20} La violencia de género se caracteriza por “daños a la salud física y mental de la víctima y no está vinculada únicamente al uso de la fuerza física, sino también a la idea de sumisión, culturalmente arraigada en las relaciones de género, en la que el hombre se comporta como un ser dominante y las mujeres un ser inferior.”¹⁸ “Bajo el paraguas de la violencia de género hay una amplia gama de comportamientos violentos que establecen un régimen de poder y control por una persona sobre otra, entre ellas: la violencia doméstica, el matrimonio forzado, la violación sexual, asalto, acoso y acoso sexual, tráfico sexual de mujeres, la mutilación femenina, etc.”²⁰ Como apuntan los análisis sobre esta cuestión, “el hecho de que en muchas situaciones las mujeres se cierran y permitan la violencia reside en la existencia de una violencia simbólica mantenida por la cultura patriarcal, alimentada por el orden social y permitida por el Estado. La sociedad no sólo ve la violencia contra las mujeres de una manera naturalizada, influyendo a través de sus instituciones como la familia y la Iglesia, o mediante la socialización en las escuelas, sino también el Estado que no satisface las demandas de las mujeres.”¹⁸

3. ¿Por qué es importante abordar la equidad de género en salud? ¿Es la equidad de género un objetivo a conseguir en la formulación de políticas de salud?

A lo largo del tiempo han sido desarrolladas varias estrategias políticas para abordar las desigualdades de género en salud tanto a nivel internacional e intergubernamental, a nivel nacional y por organizaciones no gubernamentales internacionales. Todas ellas siempre han pivotado sobre la adopción de los principios de incorporación de la perspectiva de género como un objetivo político clave en los diversos niveles de gobernanza^{4,5,6,7} y colocar el género en el centro de todas las políticas.^{12,15} Los enfoques de incorporación

de la perspectiva de género proporcionan una orientación sobre la mejor forma de asegurar que el género se integre de manera significativa en las políticas y los programas.⁷ La ONU fue una de las primeras organizaciones intergubernamentales en institucionalizar y adoptar un enfoque de género^{4,5} definiendo la perspectiva de género como: “El proceso de evaluación de las implicaciones para mujeres y hombres de cualquier acción planificada, incluyendo legislación, políticas o programas, a todos los niveles y en todas las esferas políticas, económicas y sociales con el objetivo final de lograr la igualdad de género.” La incorporación de la perspectiva de género también se asocia con la inclusión de herramientas específicas de análisis, incluida la presupuestación por género (evaluación del impacto de los presupuestos con el fin de asegurar que las decisiones fiscales no discriminan a las mujeres y los presupuestos se utilizan para promover la igualdad y equidad de género), los datos desagregados por género y el análisis del impacto de género.⁵

La igualdad de género en el ámbito educativo, laboral, legal, etc. es un objetivo racional para la mayoría de los ámbitos políticos. Sin embargo, los objetivos en el ámbito de la salud son más complejos de abordar ya que las variaciones existentes entre mujeres y hombres se deben tanto a las influencias biológicas, como a las socialmente construidas, que difieren entre países y entornos. Por lo tanto, “el objetivo de la incorporación de la perspectiva de género no puede ser la igualdad, ya que esto significaría no tener en cuenta la ventaja biológica de las mujeres (por ejemplo, en la mayor esperanza de vida en prácticamente en todos los países)”. La OMS reconoce esta complejidad identificando dos objetivos distintos para la incorporación de la perspectiva de género: la igualdad de género (la ausencia de discriminación basada en el sexo en cuestión de oportunidades, la asignación de recursos o beneficios y el acceso a servicios) y la equidad de género, un concepto que se centra más claramente en cuestiones de poder y justicia en la distribución de beneficios, poder, recursos y responsabilidades entre mujeres y hombres, reconociendo que las mujeres y los hombres tienen diferentes necesidades y acceso a los recursos, y que estas diferencias deben identificarse y abordarse de manera que rectifique el desequilibrio entre los sexos.^{4,5,15}

La realidad es que, dentro de la UE, los países han adoptado objetivos de incorporación de la perspectiva de género de forma desigual. Los países nórdicos, el Reino Unido y los gobiernos descentralizados de Escocia y Gales, por ejemplo, han avanzado más

rápida que otros. En Europa central y oriental, por el contrario, se ha transferido con menos éxito. Estas variaciones reflejan diferencias existentes en las instituciones, normas y reglamentos nacionales, así como en contextos culturales y contextuales e ilustran el fracaso de la UE en mantener un enfoque en la igualdad de género.⁴

Si bien la incorporación de la perspectiva de género ha dado como resultado algunos éxitos, el análisis de la profundidad del cambio sugiere una visión menos optimista, que refleja la persistencia de obstáculos y limitaciones en su incorporación en el contexto de las políticas de salud.^{4,6} Los motivos por los que la incorporación de la perspectiva de género no ha cumplido los objetivos planteados son varios. La incorporación de la perspectiva de género considerándola como paradigma de política global fue fundada sobre la base de la posición de la mujer en relación con los derechos reproductivos⁴ y las políticas de salud y los programas que las sostienen se construyen a menudo de forma exclusiva sobre la salud reproductiva, reproduciendo una visión clásica y anticuada de las mujeres en el mundo y la sociedad.^{7,12} Además la incorporación de la perspectiva de género en los distintos ámbitos políticos se ha centrado más en la igualdad económica y jurídica pero no tanto en el contexto de las desigualdades en salud entre mujeres y hombres.⁴ Por otra parte, la transversalización de género se ha traducido a través de las esferas políticas en una ausencia del papel del diálogo participativo democrático entre académicos feministas, activistas y políticos, convirtiéndose en un proceso dominado por redes políticas mundiales y altamente tecnocratizado para el abordaje de problemas concretos específicos y no tanto de las relaciones de poder de género subyacentes en la perpetuación de las desigualdades de género, en no tener en cuenta las complejas interacciones entre sexo y género como influenciadores sobre la salud y en no incorporar a la población a la actividad interna activa organizativa dentro de las instituciones de salud pública.^{4,6,21}

Resulta llamativo cómo a pesar de trabajar en dirección a incorporar la perspectiva de género de forma transaccional, el liderazgo femenino en el campo de la salud global sea escaso y continúe estando asumido por los hombres hasta en las propias organizaciones mundiales de salud, poniendo de manifiesto la existencia de una brecha de género en el liderazgo en salud mundial global. Ensayos aleatorios demuestran que las mujeres en posiciones de liderazgo en las organizaciones gubernamentales aplican diferentes políticas que los hombres y que estas políticas son más favorables a las mujeres y los

niños. Por lo tanto, encontramos en el liderazgo femenino en la salud global una necesidad y un paso fundamental para abordar el problema de la salud de la mujer.^{3,7,22}

Los programas actuales para el abordaje del VIH enfatizan que se debe poner los derechos humanos y la igualdad de género en el centro de un enfoque integral de la programación de la salud (en particular en relación con la sexualidad y la salud sexual), asegurar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud para minimizar las desigualdades en el acceso a la atención de la salud y la calidad de la atención que a menudo no satisfacen las necesidades de las mujeres que viven con el VIH así como involucrar y empoderar a las mujeres que viven con el VIH en el desarrollo de políticas y programas que las afectan.^{7,16,17} Aunque la integración de la perspectiva de género en la política de salud mundial también ha tenido un papel importante en el abordaje de acción sobre el VIH, sigue siendo difícil de alcanzar.⁷ En contextos de escasos recursos, las políticas de igualdad de género en la salud han sido consideradas un costo adicional que no satisface los objetivos primarios y, por lo tanto, una prioridad baja.^{4,5} Y las políticas de VIH, aunque reconocen la importancia de las desigualdades de género, no han traducido esto en un lenguaje político y programático significativo o han fallado en su implementación. Además, existe un consenso generalizado de que la eficacia de estos enfoques para transformar las relaciones de género es, en el mejor de los casos, limitada.⁷

Las estrategias para abordar la salud de las mujeres también deben abordar comportamientos/roles de género que afectan la salud de la mujer. La tímida inclusión de las jerarquías de poder y masculinidades en la agenda de políticas públicas se ha iniciado a raíz de los daños causados por la violencia masculina en particular, un ejemplo claro de comportamiento de género que repercute en la salud. Las estrategias para abordar la violencia de género deben incluir intervenciones sobre el comportamiento masculino, y aquellas que apuntan a empoderar a las mujeres, desafiar la aceptación y naturalización cultural de la violencia de género^{5,11} y la preparación de los profesionales de la salud para comprender y lidiar con el fenómeno de la violencia de género.¹⁸

La evidencia demuestra que la atención a la salud integral de las personas por parte de los profesionales de la salud no puede dejar de considerar la interacción entre los diferentes determinantes de la salud. Sin embargo, resulta llamativo cómo en las ofertas de cuidados de salud se sigue verificando la hegemonía de la dimensión anatomofisiológica, y los

modelos de intervención siguen siendo, en su esencia, biomédicos.^{12,14} Es importante que los profesionales de la salud comprendan las diferencias de sexo y género en los riesgos para la salud y las variaciones de género en la presentación de síntomas y el uso de los servicios, el papel de diversos factores de riesgo y el valor de un tratamiento basado en ambos. Necesitan tener una buena comprensión de las desigualdades en salud y sus causas, así como de cómo se pueden abordar.^{4,8,14,18} De ello depende la capacidad de los sistemas de salud para responder a los factores globales que influyen en la salud de la población.^{8,14}

CONCLUSIONES

Existe literatura considerable sobre los determinantes sociales de la salud, las desigualdades en salud y las inequidades de género, pero muy frecuentemente son temas abordados de forma individual; constatando que existe una infrarrepresentación del género en la literatura científica que versa sobre determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud.

Los ingresos, exclusión social, la educación, la edad, el origen étnico, la orientación sexual y el lugar de residencia son importantes determinantes de la salud. Cuando se interrelacionan con la desigualdad de género, estos factores pueden agravar la discriminación, los riesgos sanitarios y la falta de acceso a los recursos necesarios para tener resultados en materia de salud, puesto que el género determina el grado de exposición y vulnerabilidad a los determinantes sociales perjudiciales para la salud.

Organizaciones como la OMS y la ONU han reconocido la equidad en salud como una prioridad, han recopilado la evidencia global sobre los determinantes sociales de la salud y recomiendan acciones que aborden las desigualdades en salud, en parte, tratando las disparidades de género en materia de salud, el acceso no equitativo a la atención sanitaria e incorporando la perspectiva de género de forma transversal en todos los ámbitos posibles para proporcionar una orientación sobre la mejor forma de asegurar que el género se integre de manera significativa en las políticas y los programas. Sin embargo, pocos estudios han abordado el efecto de las políticas de género en la salud de la mujer y las desigualdades e inequidades de género en salud. Mientras metas globales crean impulso y permiten a los responsables de formular políticas enfatizar la importancia de los

objetivos aprobados a nivel mundial, la evidencia sugiere la aplicación inconsistente de la incorporación de la perspectiva de género en la salud y la persistencia de obstáculos al cambio y limitaciones en su incorporación en el contexto de las políticas de salud, sugiere que es necesario continuar reflexionando y debatiendo sobre cómo mejorar la salud de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. [Accessed May 21, 2017] “Gender, equity and human rights”. Available at: <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/#>
2. Arcaya M, Arcaya A, Subramanian S. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*. 2015 [cited 2017 May 26]; 8(1): 27106.
3. Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O’Campo P. Influence of macrosocial policies on women’s health and gender inequalities in health. *Epidemiologic Reviews*. 2014 [cited 2017 May 27]; 36(1): 31-48.
4. Payne S. Gender mainstreaming as a global policy paradigm: barriers to gender justice in health. *Journal of International and Comparative Social Policy*. 2014 [cited 2017 May 20]; 30(1): 28-40.
5. Payne S. The health of women and girls: How can we address gender equality and gender equity? *Seminars in Reproductive Medicine*. 2015 [cited 2017 May 24]; 33(1): 53–60.
6. Payne S. An elusive goal? Gender equity and gender equality in health policy. *Das Gesundheitswesen*. 2012 [cited 2017 May 24]; 74(4): 19–24.
7. Olinyk S, Gibbs A, Campbell C. Developing and implementing global gender policy to reduce HIV and AIDS in low- and middle -income countries: Policy makers’ perspectives. *African Journal of AIDS Research*. 2014 [cited 2017 May 25]; 13(3): 197-204.

8. McGregor A, Choo E. The emerging science of gender-specific emergency medicine. *R I Med J*. 2013 [cited 2017 May 20]; 98(6): 23-26.
9. Gahagan J, Gray K, Whynacht A. Sex and gender matter in health research: addressing health inequities in health research reporting. *International Journal for Equity in Health*. 2015 [cited 2017 May 25]; 14(1): 12.
10. World Health Organization. [Accessed May 21, 2017] “Género”. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
11. Scott-Samuel A, Crawshaw P, Oakley A. “Men behaving badly”: Patriarchy, public policy and health inequalities. *Int J Mens Health*. 2015 [cited 2017 Apr 23]; 14(3): 250-8.
12. Leitão, M. Health, sex, and gender: the inequalities as challenges. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015 [cited 2017 May 26]; 49(1): 8-13.
13. García M, Hidalgo N, Del río M, Marcos J, Martínez E, Maroto G, Mateo I, et al. Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of health & illness*. 2012 [cited 2017 May 26]; 34(6): 911-926.
14. Coll-Black S, Bhushan A, Fritsch K. Integrating poverty and gender into health programs: A sourcebook for health professionals. *Nursing and Health Sciences*. 2007 [cited 2017 May 25]; 9(4): 246–253.
15. Abouzahr C. Progress and challenges in women’s health: an analysis of levels and patterns of mortality and morbidity. *Contraception*. 2014 [cited 2017 May 27]; 90(6): S3-S13.
16. Loutfy M, Khosla R, Narasimhan M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *Journal of the International AIDS Society*. 2015 [cited 2017 May 24]; 18(5).
17. Richardson E, Collins S, Kung T, Jones J, Hoan Tram K, Boggiano V, Bekker L, et al. Gender inequality and HIV transmission: a global analysis. *Journal of the International AIDS Society* 2014 [cited 2017 May 24]; 17: 19035.

18. Silva S, Vianna R, Lucena K, Deininger L, Coelho H, Anjos U. Analysis of domestic violence on women's health. *Journal of Human Growth and Development*. 2015 [cited 2017 May 20]; 25(2): 182-186.
19. Molix L. Sex differences in cardiovascular health: Does sexism influence women's health? *The American Journal of the Medical Sciences*. 2014 [cited 2017 May 25]; 348(2): 153-155.
20. Humphreys C. A health inequalities perspective on violence against women. *Health and Social Care in the Community*. 2007 [cited 2017 May 26]; 15(2): 120–127.
21. Schofield T. Gender and health inequalities: What are they and what can we do about them? *Australian Journal of Social Issues*. 2008 [cited 2017 May 27]; 43(1).
22. Downs J, Reif L, Hokororo A, Fitzgerald D. Increasing women in leadership in global health. *Academic Medicine*. 2014 [cited 2017 May 25]; 89 (8): 1103-1107.

ANEXOS

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Tema	El género como determinante social de inequidad en salud en mujeres.		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - General: analizar en la evidencia científica cómo el género actúa como determinante social de inequidad en salud en mujeres. - Específico 1: analizar los factores causales de esta inequidad. - Específico 2: describir el impacto en la salud. - Específico 3: explorar si existen estrategias políticas para promover la equidad en salud 		
Palabras clave	Género y salud, desigualdades en la salud, factores clave, impactos en la salud, política de salud.		
Descriptores		Castellano	Inglés
	Raíz	Género y salud. Desigualdades en la salud.	Gender and health. Health inequalities.
	Secundario(s)	Factores clave Impactos en la salud Política de salud	Key factors Impacts on health Health policy.
	Marginal(es)	Mujeres	Female

Booleanos	1er Nivel	Género y salud AND desigualdades en la salud		
	2do Nivel	Género y salud AND desigualdades en la salud AND impactos en la salud		
	3er Nivel	Género y salud AND desigualdades en la salud AND política de salud.		
Área de conocimiento	Enfermería, Medicina, Biología, Ciencias de la salud, salud pública.			
Selección de Bases de Datos	Metabuscadores	Bases de Datos Específicas	Bases de Datos	Bases de Datos Revisiones
	EBSCOhost <input checked="" type="checkbox"/>	Pubmed <input checked="" type="checkbox"/>	Cochrane <input checked="" type="checkbox"/>	Excelencia Clínica <input type="checkbox"/>
	BVS <input checked="" type="checkbox"/>	Embase <input type="checkbox"/>	Ime <input checked="" type="checkbox"/>	PEDro <input type="checkbox"/>
	OVID <input type="checkbox"/>	IME <input checked="" type="checkbox"/>	JBI <input type="checkbox"/>	Otras (especificar) <input type="checkbox"/>
	CSIC <input type="checkbox"/>	Ibecs <input type="checkbox"/>		
	Otras <input type="checkbox"/>	Psyinfo <input type="checkbox"/>		
		LILACS <input type="checkbox"/>		
		Cuiden <input type="checkbox"/>		
		CINHAL <input type="checkbox"/>		
		Web of Knowledge <input type="checkbox"/>		
		Otras (especificar) <input type="checkbox"/>		
Años de publicación	Últimos 10 años.			
Idiomas	Inglés , Castellano.			
Otros límites	1. Documentos de acceso a texto completo.			
	2. Exclusión de la literatura gris.			
	3. Descriptores incluidos en Tesauros.			
Resultados de la Búsqueda				
Metabuscador 1	EBSCOhost			
Combinaciones	1er Nivel	Gender and health AND Health inequalities	3er Nivel	Gender and health AND Health inequalities AND Health policy
	2do Nivel	Gender and health AND Health inequalities AND Impacts on health	Otros	Bases de datos seleccionadas: Academic Search Premier PsycINFO CINAHL with Full Text Abstracts in Social Gerontology Violence & Abuse Abstracts Historical Abstracts PsycARTICLES

				E-Journals Social Work Abstracts SocINDEX with Full Text
Límites introducidos	<u>En ambos niveles de búsqueda:</u> Texto completo. Últimos 10 años (2007-2017). Tipo de fuentes: publicaciones, publicaciones académicas. Idioma: english, Spanish <u>Sólo en 1r nivel de búsqueda:</u> Género: female			
Resultados	1er Nivel	Nº 66	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 41	7	
	3er Nivel	Nº 73	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº -	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Metabuscador 2	BVS			
Combinaciones	1er Nivel	Gender and health AND Health inequalities AND Impacts on health	3er Nivel	-
	2do Nivel	Gender and health AND Health inequalities AND Health policy	Otros	
Límites introducidos	<u>En ambos niveles de búsqueda:</u> Texto completo, últimos 10 años (2007-2017), Idioma: english, Spanish, Artículos. <u>Sólo en 2º nivel de búsqueda:</u> Género: female			
Resultados	1er Nivel	Nº 32	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 88	8	
	3er Nivel	Nº -	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº -	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Base de Datos Específica 1	PubMed			
Combinaciones	1er Nivel	Sexism AND health	3er Nivel	-
	2do Nivel	-	Otros	

Límites introducidos	Free full text, últimos 10 años, humans, Idioma: English.			
Resultados	1er Nivel	Nº 29	Resultado final	
	2do Nivel	Nº -	5	
	3er Nivel	Nº -	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº -	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Base de Datos Específica 2	IME			
Combinaciones	1er Nivel	Género y salud	3er Nivel	-
	2do Nivel	-	Otros	-
Límites introducidos	Últimos 10 años (después de 2006)			
Resultados	1er Nivel	Nº 52	Resultado final	
	2do Nivel	Nº -	0	
	3er Nivel	Nº -	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº -	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Base de Datos de Revisión	Cochrane Library Plus			
Combinaciones	1er Nivel	Género y salud	3er Nivel	-
	2do Nivel	-	Otros	-
Límites introducidos	Últimos 10 años (2007 - 2017).			
Resultados	1er Nivel	Nº 130	Resultado final	
	2do Nivel	Nº -	0	
	3er Nivel	Nº -	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº -	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Obtención de la Fuente Primaria				
Directamente de la base de datos				x
Préstamo Interbibliotecario				
Biblioteca digital de la UIB				
Biblioteca física de la UIB				
Otros (especificar)				

Artículos seleccionados				
Título	Año	Base de datos	Tipo de artículo	Temática que analiza / Objetivos del estudio
Inequalities in health: definitions, concepts, and theories.	2015	BVS		Diferenciación entre desigualdades de salud inevitables e inequidades de salud injustas y prevenibles, explicar las dimensiones a través de las cuales las desigualdades de salud son comúnmente examinadas y distinción entre políticas que priorizan la eliminación de las inequidades en salud frente a aquellas que se centran en elevar el nivel general de salud en una población.
Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health.	2014	BVS	Revisión. Búsqueda bibliográfica a partir de bases de datos	Identificar trabajos empíricos que evalúen el efecto de las políticas de igualdad de género en las desigualdades de género en la salud o en la salud de las mujeres
Gender mainstreaming as a global policy paradigm: barriers to gender justice in health.	2014	Ebscohost		La incorporación de la perspectiva de género en el contexto de las políticas de salud y las variaciones y necesidades de salud entre mujeres y hombres.
The health of women and girls: How can we address gender equality and gender equity?	2015	BVS		Este artículo se centra en la salud de las mujeres y niñas y el papel de abordar las desigualdades e inequidades de género experimentadas por éstas.
An elusive goal? Gender equity and gender equality in health policy.	2012	BVS		Las variaciones en la salud de los hombres y las mujeres reflejadas tanto por la biología como por el género, donde los gobiernos y sistemas de salud juegan un papel a través de los servicios que prestan y la incorporación de la perspectiva de género.
Developing and implementing global gender policy to reduce HIV and AIDS in low- and middle - income countries: Policy makers' perspectives.	2014	BVS		Las desigualdades de género como factores centrales de la epidemia de VIH y efectos de las políticas de género creadas para mitigar su impacto y transformar las relaciones de género.
The emerging science of gender-specific emergency medicine.	2013	Pubmed		Implicaciones del sexo y el género en la enfermedad y respuesta al tratamiento, la importancia de financiar e investigar sobre ello, y el avance significativo en su inclusión en el campo de la medicina de emergencia.
Sex and gender matter in health research: addressing health inequities in	2015	Pubmed		La importancia de los conceptos de "sexo" y "género" en la literatura científica sobre las desigualdades en salud y su impacto en la equidad en la salud.

health research reporting.				
"Men Behaving Badly": Patriarchy, public policy and health inequalities.	2015	Ebscohost		La infrarrepresentación del género en la literatura científica y políticas sobre género y salud para abordar las causas estructurales y sistémicas: las estructuras sociales patriarcales, actitudes y prácticas.
Health, sex, and gender: the inequalities as challenges.	2015	Ebscohost		Conceptos, contextualización y retos de la inequidad en salud.
Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain.	2012	Ebscohost	Estudio cualitativo con entrevistas con mujeres y hombres.	Analizar las diferentes percepciones de hombres y mujeres, de diferentes orígenes y edades sociales, sobre su salud, vulnerabilidad y afrontamiento de la enfermedad, y describir los principales modelos proporcionados por ambos sexos para explicar los determinantes de las desigualdades de género en salud.
Integrating poverty and gender into health programs: A sourcebook for health professionals.	2007	Ebscohost		Impacto de la pobreza y las desigualdades de género como determinantes importantes de la salud influyentes en la oportunidad de una atención sanitaria oportuna y apropiada. La importancia de la formación de los profesionales de la salud sobre las desigualdades en salud y sus causas, así como de cómo se pueden abordar.
Progress and challenges in women's health: an analysis of levels and patterns of mortality and morbidity.	2014	BVS	Compilación y revisión analítica de la información disponible.	Proporcionar una descripción resumida de la situación actual de la salud de la mujer a nivel mundial y las tendencias desde los años noventa: afectación de las desigualdades sociales y de género y los sistemas de salud en la esperanza de vida, barreras socioeconómicas y culturales para la protección y mejora de la salud.
Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV.	2015	BVS		La importancia de la igualdad de género en la programación de la salud sexual y reproductiva, de involucrar y empoderar a las mujeres que viven con el VIH en éstas y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud para minimizar las desigualdades en el acceso a la atención de la salud y satisfacer las necesidades de las mujeres que viven con el VIH
Gender inequality and HIV transmission: a global analysis.	2014	Pubmed		Impacto de la pandemia mundial del VIH y la desigualdad de género como factor importante en el mantenimiento de las epidemias de VIH.
Analysis of domestic violence on women's health.	2015	BVS	Estudio exploratorio cualitativo mediante entrevistas con 406 mujeres.	Impactos en la salud derivados de la violencia contra la mujer, causas, contextualización e importancia de la inserción de conceptos de género en la formación de los profesionales de la salud.

Sex differences in cardiovascular health: Does sexism influence women's health?	2014	Pubmed		La responsabilidad de la desigualdad y el sexismo en la salud cardiovascular en las mujeres.
A health inequalities perspective on violence against women.	2007	Ebscohost		Las consecuencias e impacto de la violencia de género en la salud física y mental como fuente importante de desigualdad en la salud y los factores que pueden crear vulnerabilidades particulares.
Gender and health inequalities: What are they and what can we do about them?	2008	Ebscohost		Las desigualdades de género y salud en la política, la investigación y la práctica de la salud. La importancia de la participación de la población en la política general de salud, la planificación, la gestión y la prestación de servicios dentro de las instituciones de salud pública para la integración de las dinámicas sociales que generan las desigualdades.
Increasing women in leadership in global health.	2014	Pubmed		Situación e impacto del liderazgo de las mujeres en políticas de salud actualmente.