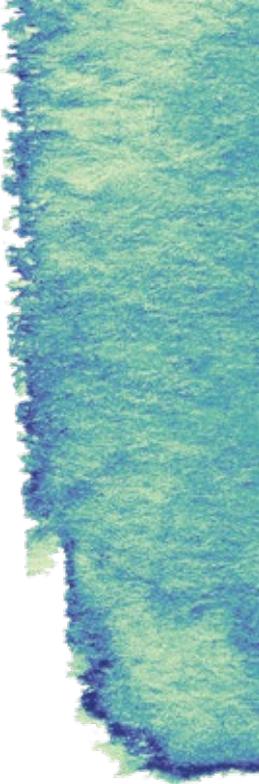


MÓDULO DE EJES TRANSVERSALES

DERECHOS, GÉNERO Y DIVERSIDAD EN SALUD



Edición: **Farmamundi 2020.**

Diseño y maquetación: **Labox Marketing y Comunicación.**

Este trabajo se encuentra bajo la licencia **Creative Commons:**



CC BY-NC-SA (Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual)

Esta licencia permite a otros entremezclar, ajustar y construir a partir de su obra con fines no comerciales, siempre y cuando le reconozcan la autoría y sus nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

Financian:



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. CONTENIDOS	6
2.1. DERECHOS HUMANOS Y DERECHO A LA SALUD.....	7
2.2. GÉNERO Y SALUD	14
2.3. DIVERSIDAD Y SALUD.....	20
3. BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS	26

1. INTRODUCCIÓN



Esta guía ofrece al profesorado un marco de referencia para la incorporación de los ejes transversales de **Derechos, Género y Diversidad** en la práctica docente dentro del aula, tanto en lo referido a cómo trabajar con el alumnado, como en la introducción de estos ejes en contenidos relacionados con la salud.

Los ejes transversales son categorías o elementos diferenciales de análisis. La introducción de enfoques transversales en nuestro trabajo en el aula nos permite prevenir, minimizar, reducir o eliminar algunas de las relaciones de desigualdad que se dan entre el alumnado, promoviendo la igualdad y garantizando la participación en equidad de todas las personas que componen el grupo.

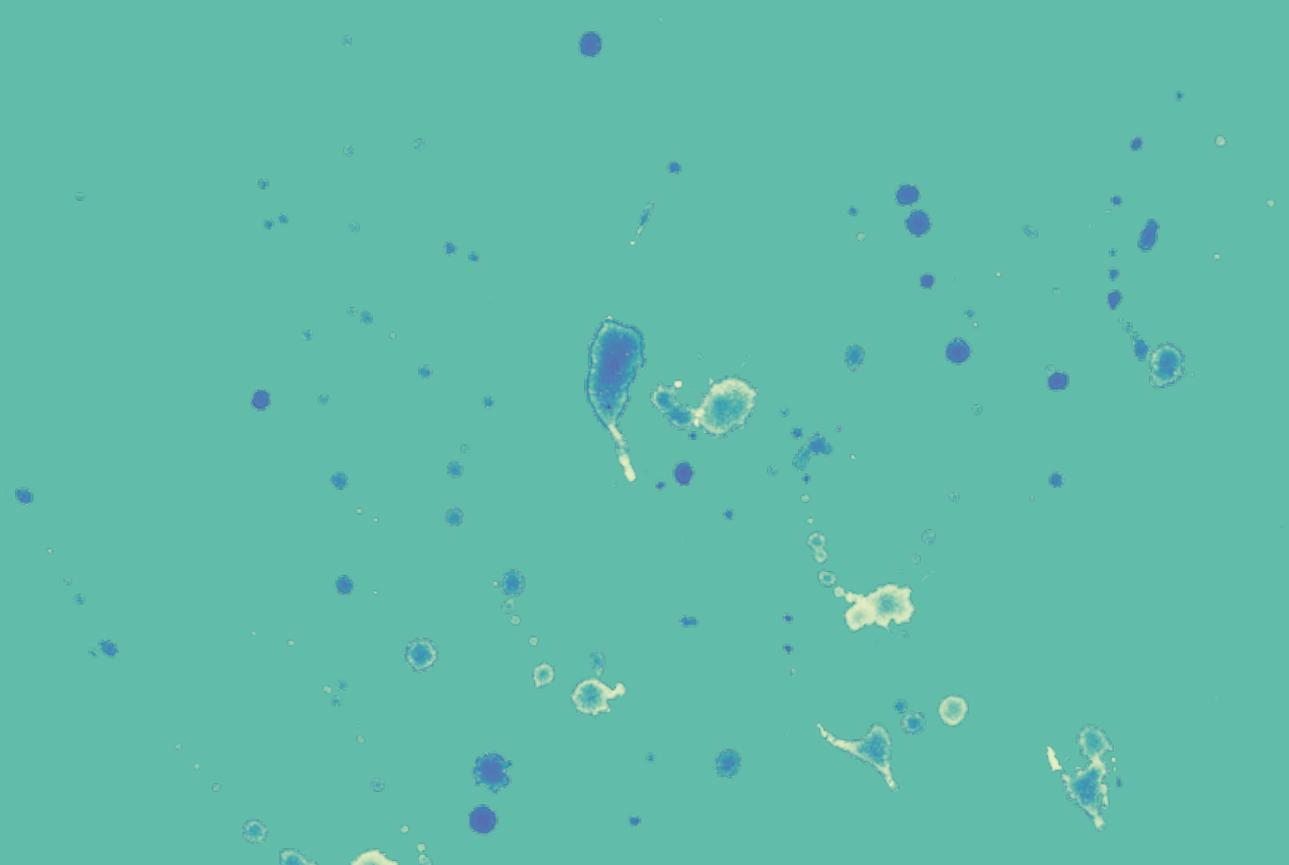
Por otra parte, considerar de manera transversal y sistemática en nuestro trabajo dentro del ámbito de la salud el análisis de variables como el género o la diversidad, nos ayudará a tener en cuenta las diferentes necesidades de personas y/o colectivos específicos para diseñar y desarrollar programas y actividades pertinentes, de calidad y accesibles para todas las personas.

¿CÓMO LO VAMOS A HACER?

En esta guía te proponemos un esquema que consta de:

- > contenidos básicos,
- > recomendaciones de trabajo en el aula
- > y un cuestionario a modo de guía junto a un caso práctico

Estas herramientas ayudarán a incorporar cada eje transversal en los contenidos curriculares del ámbito de la salud.





>

2. CONTENIDOS



2.1 DERECHOS HUMANOS Y DERECHO A LA SALUD

La Declaración de DDHH establece que **“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”** (artículo 1), y detalla los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales en un documento considerado de valor universal además de ideal común para todos los pueblos y naciones.

Estos derechos son fundamentales e intransferibles, además de elementos imprescindibles para garantizar la calidad de vida de todas las personas.

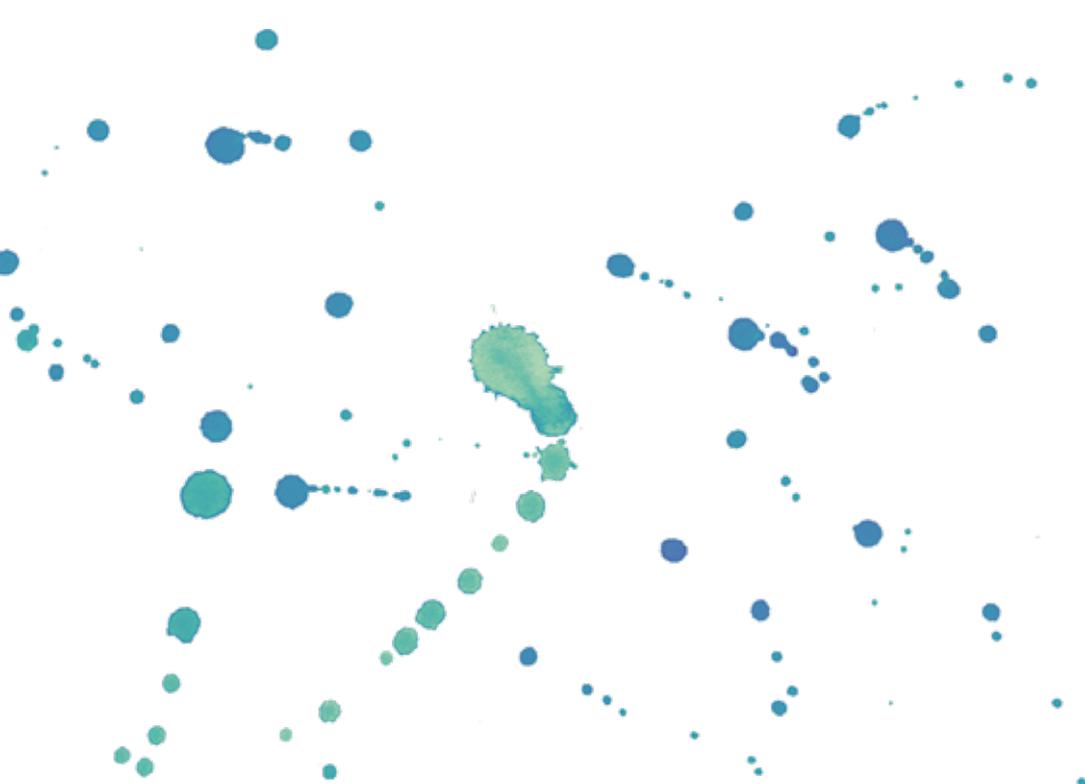
Recomendamos incluir el enfoque de derechos tanto en la metodología de trabajo en el aula como en el programa educativo. Así podemos promover que el alumnado conozca y ejerza sus derechos en igualdad, y vigilar y actuar sobre posibles situaciones de desigualdad o discriminación.

El Derecho a la Salud es uno de los Derechos Humanos y se define como **el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**. Está estrechamente relacionado con otros derechos fundamentales: **“la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”**. Implica que los gobiernos y países tienen que poner en marcha las políticas necesarias y programas para garantizar que todas las personas tengan atención en salud en el plazo más breve posible.

El Derecho a la Salud no sólo abarca la atención en salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud: acceso a agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y medio ambiente, o acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Para garantizar este derecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecen los criterios, las obligaciones y los deberes de los Estados.

- 1 **No discriminación:** garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna.
- 2 **Disponibilidad:** por la que se entiende que los bienes, servicios y programas de salud deben estar disponibles en suficiente cantidad.
- 3 **Accesibilidad:** cuyas cuatro dimensiones son:
 - 3.1. No discriminación
 - 3.2. Accesibilidad física
 - 3.3. Accesibilidad económica (asequibilidad)
 - 3.4. Acceso a la información
- 4 **Aceptabilidad:** es decir, que los servicios sanitarios sean respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados, confidenciales y sensibles a los aspectos de género.
- 5 **Calidad:** los bienes y servicios sanitarios deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad.
- 6 **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los Derechos Humanos.
- 7 **Universalidad:** los Derechos Humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.



TRANSVERSALIZAR LOS DERECHOS EN EL AULA

Para transversalizar este enfoque en el aula, te ofrecemos las siguientes **recomendaciones generales**:

- > Promueve **la participación igualitaria** para todas las personas.
- > Elimina **los estereotipos** que hagan referencia a diferencias entre las personas por motivo de sexo, religión, ideología, etc.
- > Establece **espacios apropiados** en los que las personas puedan expresar sus opiniones y sentires con total libertad.
- > Garantiza que todas las personas **puedan participar** de las actividades escolares en las instalaciones del centro.
- > Garantiza el **respeto de todas las ideologías, creencias** y que sean tenidas en cuenta sus convicciones morales.
- > Busca **mecanismos para evitar o eliminar cualquier forma de discriminación** y garantiza una protección adecuada física y moral de todo el alumnado.
- > Toma en consideración los **ritmos de aprendizaje y capacidades** de cada persona para garantizar su derecho a formarse y a aprender.
- > Considera las **situaciones personales** del alumnado que les impiden ejercer su derecho a la educación (dificultad para asistir a clase, accesibilidad económica o a medios para poder estudiar, alimentación, descanso, salud, condiciones de vida, etc.).
- > Ofrece **ejemplos** de personas defensoras de los DDHH en el mundo y **datos** sobre los problemas de los DDHH a nivel global para analizar cómo la ausencia de los mismos afecta los derechos fundamentales de las personas.
- > Potencia la idea de que **los Derechos Humanos son para todas las personas** en cualquier parte del mundo.
- > Utiliza un **lenguaje universal e incluyente** evitando situaciones de discriminación.

Para poder **transversalizar** los derechos y en concreto el derecho a la Salud en los **contenidos trabajados en el aula**, te **proponemos** que analices los temas de trabajo, ejemplos, casos prácticos, y demás herramientas que utilices en tu labor como docente, atendiendo a los criterios establecidos por los organismos internacionales. Para ello, te ofrecemos un cuestionario que te ayudará en ese análisis y un caso práctico a modo de ejemplo. No es necesario contestar a todas las preguntas, recuerda que es una guía.

CUESTIONARIO: TRASNVERSALIZAR EL DERECHO A LA SALUD

- > *¿Las personas pueden verse discriminadas en el acceso a su salud por motivos socioeconómicos, culturales o religiosos entre otros?*
- > *¿Existen servicios y programas suficientes para responder a las necesidades de acceso a la salud de la población? ¿Existe alguna dificultad para acceder a la salud, tanto física como económicamente? ¿Las personas pueden acceder a información adecuada?*
- > *Los servicios de salud, ¿son éticos, culturalmente apropiados, confidenciales y con enfoque de género?*
- > *¿Los bienes y servicios sanitarios son científicamente aceptables y tienen la calidad necesaria?*
- > *Las condiciones en las que viven y se desarrollan las personas condicionan su acceso a la salud: Analiza los efectos de los determinantes sociales de la salud.*

A continuación, incluimos un caso práctico para que puedas ver de una manera práctica cómo hacerlo:



CASO PRÁCTICO: ATENCIÓN EN SALUD EN CASOS DE VIH/SIDA

En este caso hemos recopilado la información sobre VIH del Ministerio de Sanidad¹ y del Servicio Vasco de Salud.

El objetivo es analizar si las personas con VIH/SIDA pueden ejercer su derecho de acceso a la salud, así como los posibles obstáculos a los que se tiene que enfrentar.

¿Las personas con VIH/SIDA pueden verse discriminadas en el acceso a su salud por motivos socioeconómicos, culturales o religiosos?

Todas las personas que viven en Euskadi tienen garantizada la atención en salud de acuerdo a la cartera de servicios reconocida dentro del Servicio Público de Salud. Aunque en la asistencia sanitaria no hay motivos para pensar que las personas puedan sufrir discriminación, factores socioeconómicos o culturales pueden hacer que algunas personas tengan más dificultades para disfrutar del acceso a la salud. En el estudio vemos poblaciones donde la prevalencia de VIH es más elevada como por ejemplo en personas migrantes. Sería interesante realizar un análisis de derechos y ver si se debe a dificultades relacionadas con el acceso a la formación o información en salud, a contar con medidas de protección y tener la información necesaria para incorporar medidas correctoras, es decir, si responde a factores sobre los que se puede intervenir.

¿Existen servicios y programas suficientes para responder a las necesidades de acceso a la salud de la población con VIH/SIDA? ¿Existe alguna dificultad para acceder a la salud, tanto física como económicamente? ¿Las personas pueden acceder a información adecuada?

En Euskadi, existen centros de salud en cada barrio, donde se ofrecen los servicios, de diagnóstico y tratamiento del VIH². Existen además, servicios complementarios que pueden completar el apoyo a la atención de las personas con VIH³. Aun así, deben analizarse condicionantes vinculados a la situación socioeconómica o cultural de las personas, para saber si el acceso a la Salud puede darse de manera adecuada. Niveles socioeconómicos más bajos, personas en riesgo de exclusión, personas extranjeras en situación irregular, falta de acceso a la educación o a la formación e información. Son muchos los componentes que pueden hacer que algunas personas, incluso garantizado el servicio sanitario,

1. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe_VIH_SIDA_2019_21112019.pdf

2. <https://www.osakidetza.euskadi.eus/vih-sida/ab84-oesits/es/>

3. <https://www.cdc.gov/std/spanish/default.htm>

no tengan acceso a la salud por motivos tales como: no conocer los servicios ofrecidos, no conocer el idioma o no tener acceso a educación sexual entre otros. Podríamos preguntarnos, por ejemplo, si acceden de la misma manera a estos servicios una persona en riesgo de exclusión y una persona de alto nivel socioeconómico y educativo.

Los servicios de salud, ¿son éticos, culturalmente apropiados, confidenciales y con enfoque de género?

Los servicios de Salud en Euskadi son éticos, confidenciales e incorporan la perspectiva de género y se procura que sean culturalmente adecuados. Es imprescindible analizar cada caso concreto para garantizar que estos requisitos se dan de manera efectiva y no darlos nunca por hechos. De todas maneras, aun hoy están presentes barreras idiomáticas y culturales o sesgos de género que dificultan el acceso a la salud de algunas personas. La pregunta que debemos hacernos en este caso, es si los servicios de salud están adaptados para responder a la diversidad cultural, como creencias o idioma de todas las personas que viven en Euskadi y cuentan con enfoque de género o si hace falta seguir trabajando en la adaptación para responder a la realidad diversa de las personas con VIH/SIDA. Así mismo, debemos analizar si la incorporación de estos requisitos se traduce en una mejor atención.

¿Los bienes y servicios sanitarios son científicamente aceptables y tienen la calidad necesaria?

Los servicios públicos de salud cumplen con los requisitos de científicidad y calidad de atención. Están reconocidos por los organismos internacionales encargados por velar por el cumplimiento de la garantía de este derecho como la OMS.

Las condiciones en las que viven y se desarrollan las personas con VIH/SIDA condicionan su acceso a la salud. Analiza los efectos de los determinantes sociales de la salud.

En relación a los determinantes sociales, es importante destacar que el derecho a la salud se relaciona con aspectos muy diversos: condiciones personales, socioeconómicas y políticas.

En este sentido, puede haber situaciones donde se encuentren obstáculos o dificultades en determinadas condiciones sociales. En el caso de Euskadi, el acceso es limitado, por ejemplo, en personas que se encuentran en condiciones de migración no regulada y sin recursos, al tener dificultades para acceder a la tarjeta sanitaria ya que requiere un empadronamiento de tres meses para la atención de urgencia y de un año para la atención completa.

La situación de acceso también está limitada en los casos de personas con VIH/SIDA en condición de refugio y en condición de calle, en personas con vulnerabilidad socioeconómica que no siempre pueden acceder a información y atención socio sanitaria, por falta de conocimiento, por no comprender los servicios disponibles, no saber a dónde acudir a buscar ayuda o por desconocimiento del idioma entre otras. Así mismo diferentes determinantes sociales, como el acceso al empleo o el tipo de vivienda, pueden agravar aún más las dificultades que estas personas encuentran para llevar una vida normal y disfrutar de un estado de bienestar.



2.2 GÉNERO Y SALUD

El género es una construcción social que parte del sexo biológico asignado. Está asociado a las formas históricas de organización social, en las cuales se han generado desigualdades sociales debido a los roles de género establecidos.

Transversalizar el género implica integrar el análisis de género desde una perspectiva global a todos los niveles del centro, desde la identificación de las desigualdades de género, el diseño y la ejecución de actividades en el aula, la participación del alumnado, hasta el seguimiento y la evaluación; implica conectar las distintas etapas y niveles con una mirada crítica de las desigualdades, para la incorporación y la aplicación del Principio de Igualdad de Trato y de Oportunidades entre mujeres y hombres en todos los ámbitos.

Respecto a los **contenidos** es importante incluir las desigualdades existentes por razón de género y cómo afectan estas a la vida de las personas. De igual manera, debemos identificar conductas discriminatorias en el aula y modificarlas, para transformar las prácticas y eliminar actitudes que reproducen desigualdades de género.

El enfoque de género en la salud supone identificar y analizar las diferencias que se producen por los roles de género, y que generan inequidades en salud, entre mujeres y hombres, en relación al acceso y disfrute de este derecho. Durante años, la salud se ha observado desde una perspectiva masculina lo que ha dejado de lado el cuerpo de la mujer salvo lo vinculado al ámbito reproductivo. Un análisis de género vinculado a la salud es imprescindible porque:

- > Hombres y mujeres se ven expuestos a diferentes enfermedades, así mismo, los factores de riesgo, formas de transmisión o síntomas de una enfermedad pueden ser diferentes en unos y en otros.
- > Hombres y mujeres reaccionan de manera diferente a los tratamientos por factores tanto biológicos como sociales.
- > Factores personales, socioeconómicos y políticos diferencian la manera en la que hombres y mujeres acceden a su salud. (Gestión del tiempo, dedicación al cuidado propio y de los y las demás, condiciones laborales y de vivienda, manejo de recursos económicos, ...)

Esta categoría es utilizada para analizar estas inequidades de manera que podamos modificar las condiciones de desigualdad para que mujeres y hombres disfruten del derecho a la salud de una manera equitativa y completa.

TRANSVERSALIZAR GÉNERO EN EL AULA

Para realizar la transversalización de género durante tu trabajo en el aula, proponemos una serie de **recomendaciones generales**:

- > Promueve **la participación igualitaria** de alumnas y alumnos en todas las actividades dentro del aula. Puedes hacerlo, realizando dinámicas donde alternes la participación del alumnado, fijándote siempre que sea paritaria e igualitaria.
- > Elimina **los estereotipos derivados de los mandatos de género** que colocan a hombres y mujeres en diferentes posiciones y generan valores que perpetúan desigualdades entre mujeres y hombres, tanto en los contenidos como en las actividades del aula. Por ejemplo, para distribuir las tareas de las actividades de acuerdo a roles diferenciados por sexo y no por capacidades de cada alumno/a.
- > Utiliza un **lenguaje no sexista**, es decir, aquel que no menosprecia o invisibiliza a las mujeres, tanto en los contenidos teóricos como en la realización de las sesiones en el aula. Existen muchas guías para trabajar el lenguaje no sexista. En la bibliografía, te sugerimos alguna.
- > Recurre a **imágenes no sexistas e inclusivas** dentro de los materiales pedagógicos con los que trabajes en el aula.
- > Integra **el saber de las mujeres y su contribución social** e histórica en la sociedad. (Recuperación de los saberes de las mujeres).
- > Considera **la diversidad sexual y afectiva** de las personas y selecciona materiales didácticos que ofrezcan **una imagen equitativa de los sexos**.
- > Identifica y previene las **micro-violencias**⁴ que dirigidas especialmente a las chicas, restringen su autonomía y su autoestima en el aula. Ej. Comentarios vejatorios hacia actitudes de las mujeres.
- > Mantén una **actitud cuestionadora** ante la influencia de determinados **modelos de relación e identidad de género** que puedan generar daño, control o malestar al alumnado.

Para poder **transversalizar** el género en los **contenidos trabajados en el aula**, te **propone-mos** que analices los temas de trabajo, ejemplos, casos prácticos, y demás herramientas que utilices en tu labor como docente, atendiendo a una serie de pautas. Para ello, te ofrecemos un cuestionario que te ayudará en ese análisis y un caso práctico a modo de ejemplo. Recuerda que no es imprescindible contestar todas las preguntas, sino que buscan ser una guía.

4. Este término designa sutiles e imperceptibles controles y abusos de poder cuasi normalizados.

CUESTIONARIO: TRASNVERSALIZAR EL GÉNERO

- > *¿Existe información cuantitativa y/o cualitativa suficiente y veraz diferenciada por sexo? ¿Se perciben diferencias entre hombres y mujeres?*
- > *¿Las diferencias responden a criterios biológicos o existen otros criterios sociales?*
- > *¿Influyen los roles de género?*
- > *¿Introducir un enfoque de género redundará en la mejora de la salud de las mujeres?*
- > *¿Se tienen en cuenta las necesidades y capacidades de las mujeres a la hora de evaluar los resultados o de diseñar servicios o programas de intervención?*

A continuación, incluimos un ejemplo para que puedas ver de una manera práctica como analizar este eje o categoría:



CASO PRÁCTICO:

SESGOS DE GÉNERO EN
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

¿Existe información cuantitativa y/o cualitativa suficiente y veraz diferenciada por sexo? ¿Se perciben diferencias entre hombres y mujeres?

Según un estudio estadounidense la tasa de mortalidad asociada a EPOC en mujeres se quintuplicó en ese país entre los años 1971 y 2000, y en este último año, por primera vez, el número de mujeres fallecidas por EPOC (59.936) fue superior al de varones (59.118).

A pesar de estos datos, la EPOC aún se considera una enfermedad que afecta fundamentalmente a varones, lo que constituye un sesgo diagnóstico que contribuye al mayor infradiagnóstico en mujeres⁵.

En el caso de España, el estudio EPI-SCAN II⁶ (del inglés The Epidemiologic Study of COPD in Spain), tiene objetivo de conocer la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en la población española de entre 40 y 80 años. Arrancó en 2017, actualizando los datos del estudio anterior realizado en 2007.

Entre los diversos datos que arroja el estudio, se explica que la EPOC es más frecuente en hombres (16,9%) que en mujeres (9,5%), sin embargo, identifica un preocupante incremento del infradiagnóstico de la enfermedad que alcanza el 81,7%, siendo mayor ese infradiagnóstico en mujeres que en hombres (por sexo: 88,2% en mujeres y 76% en hombres).

Las estadísticas han demostrado que las proporciones de la población con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) diagnosticada son más altas entre los hombres que entre las mujeres. Esto se ha explicado por la mayor prevalencia de tabaquismo en hombres, que es el principal factor de riesgo asociado con la EPOC. Sin embargo, en las últimas décadas se está observando un aumento constante en la prevalencia de EPOC y las tasas de mortalidad entre las mujeres en los países industrializados, mientras se estabiliza en los hombres.

5. Women and COPD: do we need more evidence? Christophe Gut-Gobert, Arnaud Cavaillès, Adrien Dixmier, Stéphanie Guillot, Stéphanie Jouneau, Christophe Leroyer, Sylvain Marchand-Adam, David Marquette, Jean-Claude Meurice, Nicolas Desvigne, Hugues More, Christine Person-Tacnet and Chantal Raheison.

6. <https://separ.es/node/1139>

¿Las diferencias en la prevalencia o el infradiagnóstico del EPOC responden exclusivamente a criterios biológicos o existen otros criterios sociales?

Aunque aún es necesario profundizar en el estudio, se barajan criterios biológicos como las diferencias anatómicas y hormonales, diferencias de comportamiento en respuesta a los tratamientos disponibles o incluso diferencia en la susceptibilidad al tabaco de hombres y mujeres.

Por otro lado, las diferencias también responden a criterios sociales como el aumento del consumo de tabaco entre las mujeres en las últimas décadas. Además, la sintomatología del EPOC es diferente entre hombres y mujeres. Históricamente, se ha empleado la sintomatología de los hombres como base para el diagnóstico, lo que ha provocado aumentos en el infradiagnóstico de las mujeres. Desde el punto de vista sintomático, las mujeres con EPOC presentan más disnea, mayor prevalencia de ansiedad y depresión y peor calidad de vida respecto a los varones para una misma función pulmonar e intensidad de tabaquismo, y tienen con más frecuencia un fenotipo tipo bronquitis crónica, mientras que los varones tienden más al fenotipo enfisema. Con un enfoque de género se tendrían en cuenta las diferencias en los síntomas y así mejorar el diagnóstico en mujeres.

¿Influyen en el diagnóstico y tratamiento de EPOC los roles de género?

Los datos analizados en los sesgos de género en la atención sanitaria⁷, presenta un posible sesgo de género en la realización de la historia clínica: se les pregunta con mayor frecuencia (más del doble) si fuman a los hombres que a las mujeres. Respecto al esfuerzo terapéutico se observó que a las mujeres con trabajo remunerado se les da menos la baja laboral que a los hombres en la misma situación laboral (más de 5 veces menos).

Una de las posibles causas de que los médicos realicen más procedimientos diagnósticos en hombres que en mujeres, puede ser la creencia de que los hombres tienen más enfermedades respiratorias debido, por ejemplo, a la mayor prevalencia de fumadores en hombres que en mujeres. De todas maneras, si bien no hubo diferencias de gravedad en la opinión de los y las pacientes, los y las médicas si evaluaron los síntomas de los hombres como más graves en comparación con los de las mujeres.

Las mujeres tienen una probabilidad mayor de presentar síntomas como cansancio o depresión y dificultad para respirar. Esto podría significar que la enfermedad es más difícil de diagnosticar en mujeres debido, por un lado, a la menor habilidad de reconocimiento de la EPOC en mujeres por parte de las y los profesionales sanitarios y, por otro lado, al hecho de que puede ser que las mujeres sean menos propensas a buscar ayuda para estos síntomas.

7. Sesgos de género en la atención sanitaria. María Teresa Ruiz Cantero. 2009.

Diversos estudios señalan, además, que la EPOC tiene una repercusión mayor en la calidad de vida de las mujeres.

¿Introducir un enfoque de género en el diagnóstico y tratamiento pacientes con EPOC redundará en una mejora en la salud de las mujeres?

Según el informe sesgos de género en la atención sanitaria, se constata la necesidad de desarrollar estudios con diseños prospectivos. Los estudios retrospectivos que se realizan, parten de pacientes ya diagnosticados, por lo tanto, no incluyen a las mujeres que han sido mal diagnosticadas como resultados del sesgo de género durante el proceso de diagnóstico. De hecho, una de las cosas que más llamó la atención fue, que, pese a que hombres y mujeres presentaron los mismos síntomas, hubo diferencias en el diagnóstico final, donde a más hombres se les otorgó un diagnóstico definido.

Aumentar nuestro conocimiento sobre las diferencias existentes entre hombres y mujeres que padecen EPOC podría llevarnos a tratamientos más eficaces y a lograr reducir los síntomas de todas las personas que viven con esta enfermedad.

¿Se tienen en cuenta las necesidades y capacidades de las mujeres a la hora de evaluar los resultados o de diseñar servicios o programas de intervención para paciente con EPOC?

Dados los datos arrojados por diversos estudios, las mujeres están aún infrarrepresentadas en ensayos clínicos y hay muy pocos estudios que hayan investigado los efectos de los tratamientos específicamente en mujeres. El reto actual para la atención sanitaria es el diagnóstico precoz y el reconocimiento de diferencias en el diagnóstico y tratamiento del EPOC para hombres y mujeres.

En España, se está trabajando por incorporar la variable de género como determinante en el tratamiento integral de las mujeres con EPOC a través de programas⁸, sin embargo aún no es una realidad presente en todas las comunidades autónomas.

⁸. Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC. 2017.

2.3 DIVERSIDAD Y SALUD

La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. Todas las personas nacen diferentes y se ven condicionadas a lo largo de su vida por múltiples factores y experiencias que las hacen vivir, crecer y desarrollarse de distinta manera.

- > **Factores Personales:** Características físicas o psicológicas propias de las personas como la edad, las identidades sexuales o las capacidades físicas o intelectuales diferentes.
- > **Factores Sociales:** Vinculadas a las diversas realidades socioeconómicas de las personas.
- > **Factores Culturales:** Relacionados con la pertenencia a grupos étnicos, culturales o religiosos diversos.

La diversidad en salud, nos permite analizar las necesidades que tienen las personas de acuerdo a sus condiciones personales para que puedan acceder y disfrutar del derecho a la salud.

Este eje de análisis nos permite reflexionar sobre las desigualdades e inequidades en salud que pueden afectar a las personas cuando no se tiene en cuenta esta perspectiva, es decir, las necesidades específicas de las personas, de acuerdo a un tipo de diversidad específica: movilidad reducida, religiosa, diversidad sexual y de género, etc. Es imprescindible identificar las desigualdades generadas por alguno de estos motivos ya que será la única forma de incluir medidas correctivas no discriminatorias.

TRANSVERSALIZAR DIVERSIDAD EN EL AULA

Para realizar la transversalización de la diversidad en cualquiera de sus formas (étnica, sexual, religiosa...) durante tu trabajo en el aula, te planteamos una serie de **recomendaciones generales**:

- > Promueve **la participación igualitaria** de todas las personas dentro del aula, eliminando los diferentes obstáculos (arquitectónicos, técnicos, religiosos, culturales, etc.) para que las personas puedan acceder y participar en la clase de manera igualitaria, de acuerdo a su condición personal.
- > Establece dinámicas y actividades donde puedas alternar la participación de todo el alumnado, teniendo en cuenta sus diversidades, **eliminando las actitudes de rechazo o discriminación** que puedan generar resistencias debido a las diferencias en las personas que representan algún colectivo diverso (étnico, diversidad sexual y de género, religioso, etc.).
- > **Diseña actividades** orientadas a garantizar la participación de todas las personas, **contando con su participación** en el diseño y no solo adaptando a sus necesidades actividades ya creadas.
- > Rompe con **los estereotipos derivados de las diferencias que existan entre las personas** y que son las que pueden provocar situaciones de discriminación en el aula.
- > Utiliza un **lenguaje e imágenes inclusivas**, es decir, aquel que no discrimina o estigmatiza a personas diferentes y que ofrece una visión real de las personas, de acuerdo a sus condiciones vitales.
- > **Visibiliza la contribución social e histórica de personas con capacidades específicas o especiales y con pertenencia a diferentes étnicas**, que han contribuido con el avance de la sociedad. Ejemplos: **Stephen Hawking, físico teórico que desarrollo la teoría de Big Bang.**
- > Asegura una **atención adecuada considerando la diversidad y particularidades** del alumnado, en relación a los ritmos de aprendizaje y capacidades de cada persona garantizando su derecho a aprender y entender.
- > Ten en cuenta la diversidad de las personas y selecciona materiales didácticos que **ofrezcan modelos diversos que representen la globalidad** de las personas con diferentes características personales.
- > Mantén una **actitud crítica sobre modelos sociales normativos** que invisibilizan las diversidades de las personas y que generan situaciones de daño, control o malestar al alumnado.

Para trabajar **los contenidos del currículo**, te ofrecemos una serie de pasos para transversalizar este eje en las sesiones formativas.

CUESTIONARIO: TRASNVERSALIZAR LA DIVERSIDAD

- > *¿Existe información suficiente tanto cuantitativa como cualitativa para realizar un análisis teniendo en cuenta la diversidad? ¿Se perciben diferencias?*
- > *¿Esas diferencias se deben a criterios personales, sociales o culturales?*
- > *¿Las diferencias pueden deberse a actitudes o prácticas discriminatorias?*
- > *¿Introducir un enfoque que tenga en cuenta a la diversidad de las personas redundará en la mejora de su salud?*
- > *¿Existen servicios, programas o herramientas específicas para atender la realidad diversa desde una perspectiva integral?*

A continuación, incluimos un ejemplo para que puedas ver de una manera práctica como analizar este eje o categoría:



CASO PRÁCTICO:

ACCESO A LA SALUD DE POBLACIÓN INMIGRANTE

En este caso, para analizar las diversidades en relación al acceso y disfrute del derecho a la salud, vamos a recoger información de Ikuspegi⁹ y de un estudio realizado por la UPV-EHU¹⁰, sobre la percepción de la propia salud en la ciudadanía.

¿Existe información suficiente tanto cuantitativa como cualitativa para realizar un análisis sobre la percepción de la propia salud en la población de Euskadi tanto autóctona como inmigrante? ¿Se perciben diferencias?

Aunque la literatura al respecto en nuestra comunidad autónoma no es muy extensa, sí que existen estudios que nos permiten extraer algunas conclusiones al respecto (como los citados anteriormente) y a través de los cuales podemos percibir diferencias en la percepción de la propia salud entre población autóctona y población inmigrante. La población inmigrante muestra peores indicadores de salud en cuanto a percepción de la propia salud que la población nacida en Euskadi.

En general, la población inmigrante muestra peor percepción de la salud respecto a la población autóctona. La buena autovaloración de la salud entre la población autóctona es de un 88% en el caso de los hombres y de un 83% en el caso de las mujeres. Está ligeramente por encima de la percepción de población china o latinoamericana (83% y 85%) pero contrasta con los datos obtenidos en el caso de hombres senegaleses (71%) y de mujeres magrebíes (44%).

¿Esas diferencias en la percepción de la propia salud se deben a criterios personales, sociales o culturales?

El menor nivel de estudios, la peor situación laboral, el bajo apoyo social y la discriminación percibida de las personas inmigrantes fueron fundamentalmente los motivos que explicaron estas diferencias, tanto en hombres como en mujeres.

La percepción de peor salud en las poblaciones venidas de África, se visibilizan a través de los datos ya que muestran peores indicadores tanto hombres como mujeres. Con desempleo de más del 50%, casi el 70% en mujeres magrebíes, con mayor desconocimiento del idioma y con mayor percepción del rechazo social, hasta un 80% en las mujeres magrebíes.

9. Ikuspegi (2010): Salud e Inmigración.

10. Elena Rodríguez Álvarez, Yolanda González-Rábagob, Amaia Bacigalupeb, Unai Martínb y Nerea Lanborena Elorduia (2014): Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. UPV/EHU.

Los problemas mayoritarios que detectaba la población inmigrante eran fundamentalmente sociales o culturales como rechazo social (29 %) y soledad y tristeza (18%), con cifras prácticamente idénticas para hombres y mujeres. Aunque también hay casos vinculados a enfermedad crónica grave o existencia de personas dependientes más relacionados con criterios personales.

Además, la presión del proyecto migratorio (estrés, incertidumbre, condiciones más difíciles de las imaginadas, miedo al fracaso del propio proyecto migratorio, presión social en los lugares de origen y destino, exceso de trabajo y responsabilidades...) hace que las personas migrantes se vean sometidas a una excesiva presión, repercutiendo así mismo en su bienestar físico.

¿Las diferencias en la percepción de la salud pueden deberse a actitudes o prácticas discriminatorias?

Además de las causas socioeconómicas, también tendremos que fijarnos en factores como la percepción de racismo, la diferencia cultural o idiomática, o la discriminación como causas de que en ocasiones la población inmigrante sienta rechazo a acudir a los servicios de salud, lo que supone un obstáculo extra a las desigualdades a las que ya se enfrentan en este ámbito.

Para gran parte de la población inmigrante, la percepción de discriminación y racismo explica el estado de salud en sus diferentes dimensiones tanto física como mental y de calidad de vida relacionada con la salud. La sensación de contar con apoyo social, hace que disminuyan las desigualdades en el mal estado de salud percibido entre las poblaciones autóctona e inmigrante, e incluso que en algunos grupos de inmigrantes. Las poblaciones que perciben menores discriminación, muestran mejor valoración de su propia salud.

También hay que destacar que de manera habitual las encuestas nacionales realizadas sobre salud, tienden a infrarrepresentar a las personas inmigrantes, en especial a aquellas en situaciones de mayor exclusión social o con más obstáculos, como el conocimiento del idioma.

¿Introducir un enfoque que tenga en cuenta a las personas migrantes redundará en la mejora de su salud?

Algunos de los motivos identificados como causa de la mala percepción en salud de las personas inmigrantes tienen que ver por un lado con factores socioeconómicos, pero también hay otros vinculados a las actitudes de las poblaciones de acogida como el racismo o el rechazo.

Por ello, se puede hacer incidencia en el apoyo de políticas sociales que permitan la mejora en las condiciones de vida y trabajo para la población inmigrante y en monitorizar las desigualdades sociales y en salud que se dan entre la población autóctona e inmigrante, para identificar y paliar esas desigualdades en los próximos años.

Por otro lado, es necesario actuar con programas educativos dirigidos a la población en esa lucha contra el racismo y el rechazo a la población inmigrante.

¿Existen servicios o programas específicos para atender a las personas inmigrantes desde una perspectiva integral?

Dentro del Plan Vasco de Inmigración, elaborado con el objetivo de lograr la plena integración de las personas inmigrantes extranjeras en la sociedad vasca, eliminando toda discriminación, se elaboraron junto al Departamento de Sanidad y Osakidetza guías y formación continua dirigida a profesionales del ámbito sanitario, para garantizar la consecución de dicho objetivo.

Para ello, se les forma sobre aspectos como:

- > Programas de salud materno-infantil*
- > Promoción de la salud*
- > Enfermedades más recurrentes*
- > Prevención, detección precoz y tratamiento de enfermedades infecciosas*

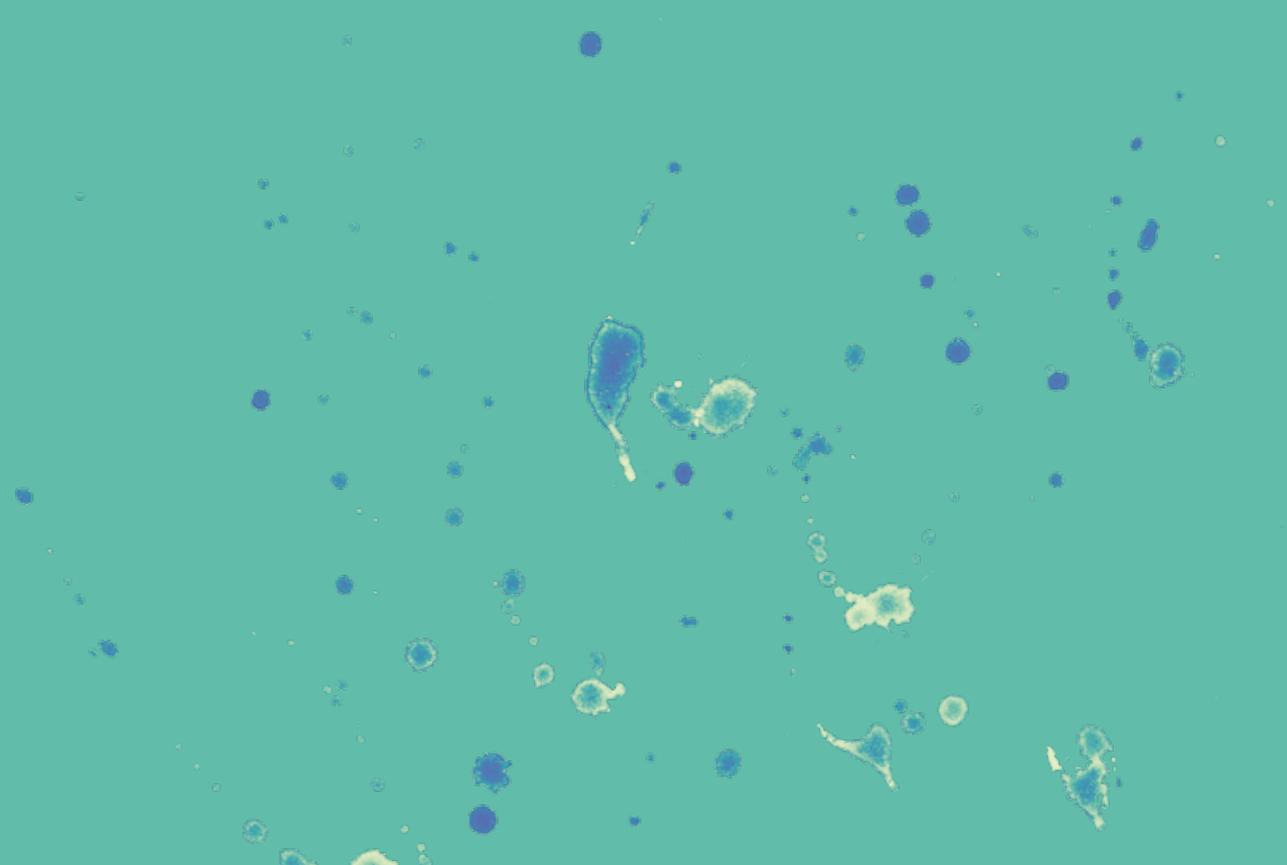
Se han elaborado al menos dos manuales que recogen recomendaciones para la asistencia a adultos inmigrantes y a niños y niñas.

3. BIBLIOGRAFÍA

- > Organización Mundial de la Salud (2018) *Género y Salud*. Notas descriptivas.
- > Organización Mundial de la Salud (2017) *La salud es un derecho humano fundamental*. Día de los Derechos Humanos 2017.
- > Organización Mundial de la Salud (2017) *Salud y derechos humanos*. Notas descriptivas.
- > D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología (2019) *Unidad de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2018: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida*. Madrid.
- > Elena Rodríguez Álvarez, Yolanda González-Rábagob, Amaia Bacigalupe, Unai Martín y Nerea Lanborena Elorduia (2014): *Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco*. UPV/EHU.
- > Ikuspegi (2010): *Salud e Inmigración*
- > María Teresa Ruiz Cantero (2009) *Sesgos de género en la atención sanitaria* Escuela Andaluza de Salud Pública.
- > Christophe Gut-Gobert, Arnaud Cavaillès, Adrien Dixmier, Stéphanie Guillot, Stéphane Jouneau, Christophe Leroyer, Sylvain Marchand-Adam, David Marquette, Jean-Claude Meurice, Nicolas Desvigne, Hugues More, Christine Person-Tacnet and Chantal Raheison (2019) *Women and COPD: do we need more evidence?*

RECURSOS DE INTERÉS

- > Emakunde Código deontológico y de autorregulación para la publicidad y la comunicación no sexista: https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/temas_medios_intro/es_def/adjuntos/begira.codigo.deontologico.pdf
- > Instituto de la Mujer, Guía para uso no sexista del lenguaje: http://www.inmujer.gob.es/servRecursos/formacion/GuiasLengNoSexista/docs/Guiaslenguajenosexista_.pdf
- > Osakidetza VIH/SIDA: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/vih-sida/ab84-oesits/es/>
- > CDC Enfermedades de Transmisión Sexual: <https://www.cdc.gov/std/spanish/default.htm>
- > 10 recursos para reflexionar en el aula: <https://www.aulaplaneta.com/2015/12/07/recursos-tic/diez-recursos-para-reflexionar-sobre-los-derechos-humanos-en-el-aula/>



CREASALUD