

## **INFORME RELATIVO AL ANTEPROYECTO DE LEY DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI.**

---

Se emite el presente informe a solicitud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y en el ejercicio de la competencia atribuida a Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer por el artículo 21 de la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

El informe tiene por objeto verificar la correcta aplicación de lo dispuesto en los artículos 19 y 20 de la Ley 4/2005 y en las Directrices sobre la evaluación previa del impacto en función del género y la incorporación de medidas para eliminar desigualdades y promover la igualdad de mujeres y hombres, aprobadas por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 21 de agosto de 2012, y realizar propuestas de mejora en tal sentido.

El anteproyecto de ley por el que se solicita el informe tiene por objeto:

- Salvaguardar y potenciar la salud de la población vasca como bien público de máximo interés, garantizando los derechos de las personas en materia de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad; actuar sobre los determinantes de la salud; prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad; y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.
- En base a los objetivos de desarrollo sostenible y su articulación para Euskadi, incorporar la perspectiva de la Salud en todas las políticas y acciones públicas, así como en las iniciativas promovidas desde las organizaciones de la sociedad civil y entidades privadas.
- Definir y ordenar las competencias, prestaciones y servicios en materia de salud pública; determinar las atribuciones y actuaciones de la autoridad sanitaria; y sentar las bases para la coordinación y la colaboración entre las administraciones públicas con funciones de salud pública de los diferentes niveles (local, autonómico, estatal e internacional) y con otros sectores sociales implicados.
- Crear el Sistema de Salud Pública de Euskadi, que se configura como una red articulada, de responsabilidad pública, cuya finalidad en base al paradigma de

Salud en todas las políticas es ofrecer un conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible.

Se trata, por tanto, de una disposición de carácter general que debe ser evaluada sobre su impacto en función del género, de conformidad con lo establecido en el apartado 2.1 de la directriz primera. A tal fin, el órgano promotor de la norma ha emitido el correspondiente Informe de impacto en función del género, en los términos previstos en el anexo I, y de acuerdo con lo previsto por los apartados 3 y 4 de la directriz primera.

Una vez verificado el cumplimiento de los trámites formales previstos por la Ley 4/2005 y las Directrices para la realización del Informe de Impacto en Función del Género, y con respecto a su contenido, nos gustaría señalar que se valora positivamente el esfuerzo realizado para cumplimentar todos los apartados y cuestionarios establecidos. Entre los **objetivos para promover la igualdad de mujeres y hombres**, el artículo 3 del anteproyecto de ley recoge entre sus principios rectores el principio de equidad en todas las actuaciones, prestaciones y servicios que se lleven a cabo en salud pública, incorporando la perspectiva de género en las mismas.

En la **Evaluación Previa del Impacto en función del género**, en el apartado referido a la presencia de mujeres y hombres en el sector, el informe aporta datos desagregados por sexo relativos al Sistema Sanitario de Euskadi del año 2018. El informe analiza datos relativos al Plan de Salud 2013-2020, referidos a prácticas saludables de deporte y consumos de adicciones que realizan unas y otros, así como datos relativos a las prestaciones económicas solicitadas por mujeres víctimas de violencia de género y ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral. De estos datos, en general, podemos concluir que los hombres presentan hábitos menos saludables que las mujeres en cuanto a alimentación y consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales, preocupándose en definitiva menos por su salud, al tiempo que siguen siendo ellas las mayores beneficiarias de las ayudas de conciliación de la vida familiar y laboral, ya sea para el cuidado de menores, de personas dependientes o para la contratación de personas cuidadoras.

El informe analiza también el impacto diferencial que ha tenido la pandemia en mujeres y hombres, concluyendo que la misma ha visibilizado y magnificado aún más las desigualdades hasta el momento existentes. Los datos aportados a este respecto concluyen que 6 de cada 10 personas diagnosticadas por Covid-19 han sido mujeres, 8 de cada 10 personas del ámbito sanitario que están salvando vidas son mujeres, otras 8 de cada 10 personas que trabajan en el sector residencial de personas mayores son mujeres, al tiempo que 9 de cada 10 de las personas cuidadoras no profesionales de personas dependientes con también mujeres. En definitiva, podemos concluir que durante el confinamiento fueron ellas quienes tuvieron una sobreexposición a la atención directa de personas más vulnerables, a la enfermedad, a la muerte y a la sobrecarga de cuidados en los hogares; sin obviar, por supuesto, que las mujeres víctimas que convivían con sus agresores se vieron expuestas a pasar largos periodos de tiempo con ellos, sin poder salir de sus hogares y/o buscar ayuda social e institucional.

Si se analizan datos de empleo en el sector, según refleja el informe *“Panorama de la Salud 2021”*, la rama de actividades sanitarias da empleo a 62.078 personas, lo que supone el 6.7% de los empleos de la CAE. La mayoría de estas personas (55%) trabaja en actividades hospitalarias y el 75% son mujeres. Esta feminización se extiende también a los estudios universitarios de Ciencias de la Salud, en donde en el curso 2018/2019, las mujeres representaron el 86% de las personas graduadas en psicología, el 85% en enfermería, el 78% en farmacia y el 71% en medicina.

Con relación a la previsión de que la norma produzca la eliminación o, al menos, **una disminución de las desigualdades en cuanto al acceso a los recursos**, en el informe se señala que *“el acceso a los recursos está garantizado para ambos sexos”*, si bien no se hace un análisis previo. En este sentido, debemos señalar que la forma en la que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y, en muchos casos, menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones en materia sanitaria. Las condiciones de empleo y de trabajo son un determinante de las desigualdades sociales en salud. El trabajo remunerado proporciona acceso a recursos materiales y simbólicos imprescindibles para tener y mantener la salud, para conformar y organizar las estructuras

psíquicas y sociales de las personas. En cambio, el desempleo y el trabajo precario, suponen un riesgo para la salud de las personas. Además de la situación laboral, las cargas de trabajo derivadas de las tareas del hogar y de las exigencias de cuidado familiar influyen también en la variabilidad del estado de salud de las mujeres. Según la *Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EUSTAT, 2019)*, las mujeres vascas dedican al día 71 minutos más que los hombres a las tareas del hogar y 24 minutos más al cuidado de niñas y niños. Concretamente, las mujeres invierten 3 horas y 6 minutos de media en las tareas domésticas, mientras que los hombres lo hacen 1 hora y 55 minutos, y dedican 1 h y 45 minutos de media al cuidado infantil, frente a la 1 hora y 21 minutos de los hombres. En resumen, considerando tanto las tareas del hogar como el cuidado infantil, las mujeres dedican de media diariamente 1 h y 35 minutos más que los hombres a la esfera privada del hogar y el cuidado de niñas y niños. Todo ello redundará en un disfrute reducido del tiempo libre disponible y dificulta conciliar la vida profesional, familiar y laboral.

Por otro lado, el cuidado de personas en situación de dependencia también tiene consecuencias en el estado de salud de las mujeres. El impacto más descrito es el de la sobrecarga de la persona cuidadora, que alude a un impacto negativo de cuidar a personas dependientes, en la situación física, psicológica, emocional, social y económica de la persona cuidadora. Además, las personas cuidadoras de mayores reconocen un empeoramiento de su bienestar, cambios en las relaciones y estructura familiar, menor participación laboral y sentirse aisladas socialmente. Quienes cuidan a personas dependientes, en muchos casos, presentan peor salud mental, emocional y física que las personas no cuidadoras, y con desigual impacto en mujeres y hombres.

Respecto a la **toma de decisiones**, si bien el informe recoge que el anteproyecto de ley propone actuaciones adecuadas para la mejora de la salud pública en la totalidad de la población, siendo las propias personas quienes decidan si quieren participar en ellas o no, desde este Instituto queremos subrayar la necesidad de desarrollar investigaciones que aporten más luz sobre las diferentes formas de enfermar de mujeres y hombres, así como sobre el papel de los estereotipos de género en la toma de decisiones en la asistencia sanitaria. El sistema androcéntrico en el que estamos inmersas, condiciona todo, también la práctica médica en su conjunto, desde la teoría, a la investigación, la praxis (diagnóstico

y tratamiento) y la asignación de servicios y recursos sanitarios. En relación a la salud de las mujeres, esta mirada androcéntrica establece una forma de conocimiento sesgado, lo que conlleva que los hallazgos y resultados de las investigaciones realizadas bajo este pensamiento único, aun siendo parciales, se generalicen y extrapolen a las mujeres. Los sesgos de género tienen consecuencias negativas para la salud de las personas, sobre todo de las mujeres. Los sesgos cometidos en la investigación científica trascienden a la formación de profesionales y a la intervención sanitaria.

En este sentido, el artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres expresa la necesidad de que la investigación científica atienda las diferencias entre mujeres y hombres en la protección de la salud, especialmente en lo que se refiere al acceso y al esfuerzo diagnóstico y terapéutico.

Igualmente, tal y como establece el apartado primero del artículo 44 de la Ley de Igualdad de Mujeres y Hombres de la CAE, *“las administraciones públicas vascas han de contribuir a la mejora de la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital, considerando de forma especial aquellos problemas de salud que tienen ellas en mayor incidencia”*. El apartado segundo de este mismo artículo continúa diciendo que la *“Administración de la Comunidad Autónoma debe garantizar la igualdad de trato y oportunidades de mujeres y hombres en la investigación y atención relacionada con la salud, mediante la consideración de las diferentes situaciones, condiciones y necesidades de mujeres y hombres y, cuando sea necesario, mediante el desarrollo de políticas específicas. Asimismo, ha de promover entre las personas profesionales y usuarias y los agentes sociales implicados en el sistema de salud el análisis, debate y concienciación en torno a las diferencias de mujeres y hombres relativas a dicho ámbito”*.

Será necesario, por lo tanto, que todas las acciones formativas dirigidas al personal sanitario o al personal responsable de educar para la salud incorporen la perspectiva de género en sus programas, para los cuales se requiere que el personal cuente, al menos, con conocimientos básicos sobre igualdad de mujeres y hombres, e identifique las principales brechas de género y áreas de desigualdad más importantes y las estrategias adecuadas para responder a las necesidades de mujeres y hombres (Ley 4/2005, art.17.

Capacitación del personal al servicio de las administraciones públicas vascas). Tal y como establece el artículo 23.3.g) del presente anteproyecto de ley, entre las competencias profesionales necesarias de las y los profesionales de la salud pública se encuentran realizar actuaciones de promoción de la salud orientadas a mejorar las condiciones físicas y sociales de las personas, a fortalecer las habilidades y capacidades de éstas, a incrementar la equidad en salud, y a la intervención preferente sobre grupos de personas desfavorecidas. Es por ello que será fundamental capacitar en igualdad al personal de la salud pública, por lo que recomendamos incluir este postulado en la sección tercera del presente anteproyecto de ley, relativa a la formación, investigación, innovación y evaluación.

Por otra parte, se valora de forma positiva la inclusión de las **medidas y previsiones que para eliminar las desigualdades y promover la igualdad de mujeres y hombres** se han incorporado en el contenido del anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi, entre otras:

- La inclusión del principio de equidad y la incorporación de la perspectiva de género en toda actuación sanitaria (artículo 3.b).
- La adecuación de ciertas definiciones, tales como, desigualdades sociales en salud, determinantes de la salud, y equidad en salud (artículo 5), siguiendo las recomendaciones realizadas por este mismo Instituto en el anterior anteproyecto de Ley de Salud Pública y Seguridad Alimentaria.
- La incorporación del derecho a la igualdad de toda la ciudadanía en materia de salud pública (artículo 6).
- La inclusión del derecho a la equidad, a través del cual todas las personas tienen derecho a la igualdad y equidad en todas las intervenciones, prestaciones y servicios de salud, sin discriminación por razones de sexo, edad, etnia, religión, condición socioeconómica, capacidad funcional, opinión, orientación sexual o cualquier otra circunstancia o condición personal o social (artículo 7).

- Hacer referencia a que las administraciones públicas vascas que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi, ejercerán sus actuaciones públicas y adoptarán medidas en base a las políticas de igualdad (artículo 27).
- Especificar en el artículo 34.2 que el Gobierno Vasco, a través del departamento competente en materia de salud, garantizará la superación de las desigualdades sociales, económicas, culturales, territoriales y de género que, en clave de salud, puedan ser causa de discriminación o impidan la equidad y la igualdad real y efectiva de las personas.
- Contar en la composición del Consejo Vasco de Salud pública con la representación del órgano encargado de las políticas de igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres (artículo 44).
- Asimismo, promover, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 4/2005, una presencia equilibrada de mujeres y hombres en la composición de todos los órganos de asesoramiento y participación (artículo 46).

Por otra parte, y en cuanto al **contenido de la norma**, cabe realizar alguna propuesta de mejora:

- Proponemos que en el artículo 20.2 de la presente norma se plasmen las obligaciones que vayan a dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 44 de la Ley 4/2005 *“las administraciones públicas vascas han de contribuir a la mejora de la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital, considerando de forma especial aquellos problemas de salud que tienen en ellas mayor incidencia”*.
- Se recomienda adecuar la redacción del artículo 52.b) de manera que en lugar de a la vulnerabilidad se haga alusión a las necesidades específicas que por razón de su situación precisan las mujeres embarazadas.
- *“Las prestaciones dirigidas al diagnóstico precoz y la intervención intersectorial en casos de violencia o maltrato: de género, en la infancia, en personas mayores, en personas con discapacidad o en otro colectivo”* (artículo 52.c)). Dado que las causas y las consecuencias que originan la violencia contra las mujeres nada

tienen que ver con las lesiones resultantes de otros tipos de violencia, conceptualmente, resulta necesario desdoblar este artículo para que las distintas prestaciones se recojan de forma separada. Asimismo, aconsejamos sustituir el término de violencia de género por el término violencia contra las mujeres, por ser más acorde a la Ley 4/2005.

- Incorporar entre las actuaciones en salud laboral señaladas en el artículo 61 del anteproyecto una dirigida a *“impulsar el desarrollo de programas para la promoción y protección de la salud de las personas cuidadoras”*. Como se ha mencionado anteriormente, diversos estudios han constatado que el trabajo de cuidado de personas dependientes tiene un impacto negativo en la salud de las personas cuidadoras, que son en su mayoría mujeres, del entorno familiar y/o contratadas en el ámbito doméstico, generalmente, inmigrantes, en condiciones de ~~gran~~ precariedad, por lo que, precisamente, requieren de especial protección por parte de los órganos públicos competentes en materia de salud y prevención de riesgos laborales.
- Añadir en el Sistema de información de Salud Pública, en el artículo 65.2.c) del anteproyecto, *“las estimaciones del valor económico y del tiempo dedicado al trabajo doméstico de cuidado de las personas”* y en el artículo 69 *“contribuir a visibilizar la aportación social, el valor económico y los costes del trabajo doméstico de cuidado de las personas”*. Y es que sería importante que el sistema de información en salud pública visibilizara el cuidado informal que, sobre todo, las mujeres proveen en el ámbito doméstico, que complementa los servicios ofrecidos desde las instituciones sanitarias y que es indispensable a lo largo de todos los ciclos de la vida.
- Incluir la variable sexo y la identificación específica de las desigualdades de género en toda la recopilación y difusión de datos, análisis, investigaciones e informaciones llevadas a cabo por el Observatorio de Salud de Euskadi (artículo 72). Deberán realizarse muestras lo suficientemente amplias como para que las diversas variables incluidas puedan ser explotadas y analizadas en función de la variable de sexo para poder conocer las diferentes situaciones, condiciones,



aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres. Tal y como se ha mencionado anteriormente, será necesario garantizar el seguimiento de los indicadores de morbilidad desagregados por sexo de cara a poder identificar sesgos de género en la atención y en las acciones que se planteen para reducir las brechas existentes. Con la creación del Observatorio de Salud se espera contribuir a generar, desarrollar y recopilar información, monitorizarla y promover investigación con perspectiva de género, en la línea de lo establecido en el artículo 16 de la Ley 4/2005, de 18 de febrero.

- Añadir al apartado 2.d) del artículo 76 que la actividad investigadora y de transferencia de resultados a la práctica clínica se desarrolla y sustenta científicamente “*considerando las diferencias biológicas de mujeres y hombres*”. Diversos estudios han constatado una infrarrepresentación de mujeres en las muestras de muchos ensayos clínicos que, sin embargo, extrapolan los resultados directamente a las mujeres, sin considerar las diferencias biológicas existentes entre ambos sexos, y en perjuicio, por tanto, de los procesos diagnósticos y terapéuticos de las mujeres.
- Considerar la perspectiva de género en toda publicidad y propaganda llevada a cabo por los poderes públicos (artículo 82.f) y 86.2.), de tal modo que se prohíbe la realización, emisión y exhibición de anuncios publicitarios que presenten a las personas como inferiores o superiores en dignidad humana en función de su sexo, o como meros objetos sexuales, así como los que justifiquen, banalicen o inciten a la violencia contra las mujeres.

Finalmente, y para mejorar el impacto de género en cuanto a la aplicación del anteproyecto de ley **se recomienda**:

- Dar continuidad al Plan de Salud (2013-2020) en coherencia con los objetivos señalados por el VII Plan de Igualdad de Mujeres y Hombres de la CAE, contando para ello con el asesoramiento de la Unidad de Igualdad del Departamento en el proceso de elaboración de cualquier plan o programa

promovido por el departamento de salud. Hay que tener en cuenta que mujeres y hombres tienen diferentes necesidades prácticas y estratégicas, y un diferente acceso y control de los recursos sanitarios por el proceso de socialización diferenciado de género, siendo necesario, por tanto, que todas las actuaciones del Departamento de Salud lo tengan en cuenta con el fin de dar una mejor respuesta a los desafíos identificados.

- Promover, de acuerdo con lo previsto en los artículos 17.1 y 44.2 de la Ley 4/2005, la formación en materia de igualdad de mujeres y hombres de todo el personal sanitario para que, profundizando en el conocimiento de la importancia de las cuestiones de género en el ámbito de la salud, puedan incorporarlas en su trabajo diario.

Asimismo, y por su carácter estratégico, resulta prioritario promover la integración de la perspectiva de género en la formación académica de todas las especialidades sanitarias.

- En el diseño y ejecución de cualquier actuación dirigida a la promoción de la salud propia y la de toda la comunidad se deberá tener en cuenta la importante influencia que tienen los roles de género en el autocuidado y, sobre todo, en la provisión de cuidados a los y las demás, lo que produce una sobrecarga de trabajo para las mujeres con el consiguiente deterioro de su salud integral. Por todo ello, se deberá incidir especialmente en la transformación de los roles de género que permita romper con la transmisión del cuidado exclusivamente de unas mujeres a otras y promover la corresponsabilidad social de todas las entidades y personas, en especial, de los hombres.
- La integración de la salud escolar requerirá abordar, entre otras, las siguientes cuestiones:
  - la prevención de trastornos alimentarios, mediante el análisis de la incidencia que los cánones de belleza tienen en la salud de muchas chicas y cada vez más chicos.

- la educación sexual que permita disfrutar de una sexualidad satisfactoria y responsable, evitando embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- la prevención de la violencia contra las mujeres, mediante el aprendizaje de métodos no violentos para la resolución de conflictos y modelos de convivencia basados en la diversidad y en el respeto a la igualdad de derechos y oportunidades de mujeres y hombres.
- El bienestar del alumnado y el análisis con perspectiva de género, de diferentes aspectos de la salud mental, el aprendizaje de métodos para evitar el acoso escolar, la detección del riesgo de suicidio y de conductas autolesivas, la prevención de las adicciones y la incidencia de las nuevas tecnologías.

Concluyendo, incorporar la perspectiva de género en la ley de salud pública, no es únicamente una cuestión de ética y de justicia social, que también, sino que está estrechamente relacionado con la efectividad en la consecución de los objetivos marcados en esta ley.

En Vitoria-Gasteiz, a 8 de octubre de 2021.