



SALUD EN LAS MUJERES DE GUATEMALA
Nota conceptual
Mayo, 2018

Introducción

La decisión de proclamar el 28 de Mayo, como “Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer” fue tomada en la reunión de integrantes de la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Sexuales Reproductivos realizada al terminar el V Encuentro Internacional sobre salud de la mujer, en Costa Rica en Mayo de 1987.

Desde entonces, se conmemora ese día con el propósito de reafirmar el derecho a la salud como un derecho humano de las mujeres al que deben acceder sin restricciones o exclusiones de ningún tipo, y a través de todo su ciclo de vida, consolidando así, el ejercicio de un derecho universal que permanece todavía en la sombra en muchos lugares del mundo.

El derecho a la salud es un derecho humano que debe ser ejercido por igual entre mujeres y hombres, y que consiste en garantizar el goce de un estado de bienestar físico, psicológico y social, así como la igualdad en el acceso y la calidad en la atención médica.¹

Desde que nacemos, e incluso desde antes de nacer, mujeres y hombres somos considerados y tratados de forma diferente: se espera no solo que nos comportemos y realicemos cosas diferentes sino, incluso, que sintamos y pensemos de forma distinta. Y a lo largo de toda nuestra vida se nos va a presionar de formas muy variadas para que sigamos esos patrones, esas formas diferenciales que la sociedad dicta para mujeres y hombres en función del sexo que se nos asigna al nacer. Así, en lugar de dejar que desarrollemos todas nuestras capacidades y potencialidades que como seres humanos tenemos, se nos va a limitar y encauzar nuestra vida en una determinada dirección y a una edad tan temprana que no existen posibilidades de elección, si bien no todas las personas siguen en la misma medida los dictados del género ni todas sufren, al menos en el medio familiar, el mismo tipo de presiones. Esta limitación impuesta por el género se va a reflejar de forma importante en nuestra salud y son diferencias que surgen de las inequidades asociadas al género.²

Salud sin discriminación

El término equidad aplicado a la salud se refiere a la resolución de inequidades, es decir, a la resolución de desigualdades innecesarias, evitables e injustas en los niveles de bienestar físico, psicológico y emocional que están presentes en los diferentes grupos sociales. Así, la equidad de género significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres.³

¹ En: www.who.int/suggestions/faq/es/. Consultado el 10 de mayo de 2018.

² Salud: Equidad y Género en: www.arona.org/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/. Consultado el 15 de mayo de 2018.

³ Ibídem

La equidad de género en salud implica que las mujeres y los hombres tengan las mismas oportunidades de lograr un nivel máximo de bienestar, tanto físico como psicológico y social. Ello no significa, ni se logra con, una distribución igual de recursos, sino que requiere una distribución diferenciada de acuerdo con las necesidades de cada género.⁴

Aunque no existe unanimidad en el uso de los términos sexo y género, generalmente se asocia género con lo cultural y sexo con lo biológico. Unguer (1979) define el género como los componentes no fisiológicos del sexo que son considerados culturalmente como apropiados para hombres y mujeres. Ashmore (1990) afirma que el término género implica el reconocimiento de que “hombre” y “mujer” son construcciones culturales, ya que cada persona es criada en una sociedad concreta, con un amplio conjunto de creencias y expectativas acerca de dichas categorías sociales.

Tales diferencias en el trato, en las oportunidades y en las conductas que se van a permitir y/o fomentar, se intensifican en la adolescencia, y en la edad adulta se expresan por medio de roles diferenciados. Pero no solo se trata de diferencias, sino también de desigualdades, ya que lo más común es que los roles masculinos tengan más privilegios y poder que los femeninos, mientras que estos se caracterizan por mayores demandas y obligaciones.

La OMS reconoce que los distintos roles y conductas que mujeres y hombres presentan en una determinada cultura, producidas por las normas y valores de la misma, generan las diferencias de género y, aunque no todas esas diferencias implican desigualdad, existen normas y valores que producen desigualdades de género, es decir, diferencias entre mujeres y hombres que sistemáticamente aumentan el poder de un género en detrimento del otro. Y reconoce, así mismo, que tanto las diferencias como las desigualdades de género pueden generar diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios.

Con frecuencia al hablar de equidad de género en salud, surge la pregunta: ¿Por qué el énfasis en las mujeres cuando ellas viven más tiempo que los hombres?

Ciertamente, las mujeres sobreviven a los hombres, y esta ventaja de sobrevivencia ha sido asociada parcialmente con factores genéticos. Es un hecho que la mortalidad masculina excede la mortalidad femenina a cualquier edad y es particularmente pronunciada durante las etapas perinatal e infantil. Sin embargo, la ventaja de sobrevivencia no equivale a una mejor salud. Por el contrario, la evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el hombre a lo largo del ciclo vital, morbilidad que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales,

⁴ Igualdad de género en materia de salud en: www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-. Consultado el 15 de mayo de 2018.

y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo. La evitabilidad de la enfermedad y la muerte es distinta para las mujeres y los hombres. Parece inconcebible que en esta época las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo una de las primeras causas de mortalidad femenina en la región. La mortalidad materna ha sido calificada por la OPS como el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres.⁵

La desigualdad de género y la disparidad se hace muy evidente en Guatemala, que se ubica entre los cinco países de Latinoamérica con una enorme diferencia en la igualdad de género, lo cual significa que existe una brecha todavía muy ancha entre las oportunidades y accesos para hombres y para mujeres; pero también sobresalen las desigualdades económicas, académicas y laborales, que influyen en la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, por lo que es necesario que se inste a un cambio estructural en los países, sobre todo los que están en vías de transición como Guatemala.⁶

El estudio del UNFPA cita que la desigualdad se considera, por lo general, como una distribución desequilibrada de la riqueza o los ingresos; pero que en realidad se trata de un fenómeno más complejo y que tiene múltiples facetas como: racial, de género, origen étnico y de área de residencia.⁷

Adversidades en un sistema de salud androcéntrico y hegemónico

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) como definición llama Salud Con Enfoque de Género, al análisis, valoración e interpretación de las interacciones biológicas y sociales que sitúan en una posición de ventaja o de desventaja relativa para uno u otro sexo con relación a la salud. El modelo biomédico continúa siendo un modelo androcéntrico.⁸

Debido a la jerarquización de las relaciones en la sociedad patriarcal en que vivimos, donde lo masculino tiene más valor que lo femenino, la posición de desventaja entre ambos, con más frecuencia corresponde a las mujeres.

Bajo esta perspectiva también se analizan las posibilidades vitales, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, y los conflictos institucionales y cotidianos que deben afrontar y cómo influye todo ello en la salud de hombres y mujeres.

El enfoque de género, por tanto, aporta una perspectiva crítica de la salud, favorece una visión holística y trata de explicar las formas de vivir, de enfermar y morir de hombres y mujeres con el objeto de reorientar las intervenciones y alcanzar el mejor

⁵ Igualdad de género en materia de salud en: www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-. Consultado el 16 de mayo de 2018.

⁶ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Mundos Aparte. La Salud y los Derechos Reproductivos en tiempos de Desigualdad. 2017

⁷ Ibidem

⁸ En: OMS | Género - World Health Organization www.who.int/topics/gender/es/. Consultado el 8 de mayo 2018.

nivel posible de salud y bienestar y reducir las inequidades en salud por razón de género.

La introducción de la perspectiva de género en el análisis de la salud implica reconocer que existen distinciones en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las diferencias biológicas y que son construidas socialmente. Cuando las diferencias en salud son producto de unas relaciones de poder desigual entre mujeres y hombres establecidas en un contexto sociocultural jerarquizado donde lo masculino tiene mayor valor, hablaremos de desigualdades. Tales desigualdades corresponden a lo que la OMS denomina inequidades atribuyéndoles una dimensión moral y ética puesto que son innecesarias, evitables e injustas y por ello no deben ser toleradas. De lo expresado previamente se deduce que las desigualdades de género en salud son una parte integrante de las desigualdades sociales que requieren mayor atención de la que hasta ahora se les ha prestado.

El enfoque integrado de género implica pues, la búsqueda de la equidad en salud entre mujeres y hombres, entendiendo por tal que ellas y ellos tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud. Desde un punto de vista más operativo, la equidad en salud implica eliminar esas desigualdades socialmente construidas que son evitables y suprimir también los factores que las determinan.

9

El siglo XXI está marcado por un despertar en la conciencia de los valores generales de la sociedad. Se empiezan a demandar principios universales que abarquen todos los terrenos de las competencias psicosociales, y con ellos, redefinir aspectos tan importantes como los de la biomedicina y la bioética.

La nueva era de la ética del cuidado debe promover una atención feminista, tanto en los estudios de los medicamentos como en los cuidados que necesitan las mujeres, dadas las características únicas de su cuerpo y su salud; y sin perder de vista las necesidades sociales de una población, cada vez más polarizada según los registros de riqueza o pobreza.

Dejar atrás los viejos principios del androcentrismo¹⁰ que ha primado durante todo el siglo XX no es fácil, pues en los centros de atención de salud, a menudo se observa y medican a las mujeres como si fueran hombres en pequeño, en vez de comprender que, aunque tengan problemas metabólicos comunes, sus cuerpos responden de un modo bien distinto. Por lo tanto, todavía hoy en día, no se puede hablar de igualdad sanitaria en materia de género y sexo.

Para que la salud pública sea eficiente e igualitaria es necesario dar un paso hacia adelante en su concepto de lo que significa la igualdad. No igualdad en el trato, sino

⁹ Género y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer. En: www.juntadeandalucia.es/export/.../13317296934_Mxdulo_3.Salud_y_Gxnero. Consultado el 7 de mayo de 2018.

¹⁰ Androcentrismo es el que se produce cuando una investigación, un análisis o estudio se enfoca exclusivamente desde la perspectiva masculina, presentándola como central a la perspectiva humana y por consiguiente la única relevante. Se considera como una de las más generalizada manifestaciones del sexismo.

igualdad en la investigación y tratamiento de las enfermedades. No olvidemos que estamos en los principios de la era de la investigación médica para las mujeres, porque, ya que hasta la década de los años 90 estaba prohibida la participación de las mujeres en cualquier ensayo clínico.¹¹

Creencias infundadas como que los hombres sufren más infartos de miocardio y que las mujeres sufren más ansiedad, son ejemplos continuos de los errores que comete la ciencia por sesgo de género. Pero en los estudios basados en la evidencia, lo que cuentan son las pruebas objetivas. Así pues, en los infartos cuentan más las pruebas medibles tales como la angiografía, que el historial del paciente. Porque los resultados del historial del paciente son considerados como datos subjetivos, pues quedan sujetos a la interpretación del profesional que escucha.

Los errores estadísticos ocurren porque cuando una mujer acude en busca de atención médica con palpitaciones, arritmias o cansancio, la mayoría de las veces, sale con un ansiolítico o un anti depresivo debajo del brazo. Y eso es porque, todavía hoy, los ataques cardiacos son considerados como una patología predominantemente masculina.

Por eso, cuando la paciente es una mujer, se producen retrasos en el diagnóstico de hasta una hora, infra-diagnósticos e incluso errores, porque las mujeres acuden más tarde a buscar ayuda, porque el impuesto rol de género, contribuye a que estén más pendientes de la salud de la familia que de la suya. Como consecuencia, las mujeres tienen un 50% de posibilidades de morir en su primer infarto frente al 30% masculino. Aún más, un estudio realizado con más de un millón de personas ha revelado que una mujer menor de 55 años que acuda al hospital durante un ataque cardiaco, pero sin dolor torácico, tiene más probabilidades de morir en el curso del mismo que un hombre de la misma edad. Y todo porque no presenta los mismos síntomas que los hombres.¹²

La salud debe mirarse de un modo holístico,¹³ y sobre todo debe dejar de mirarse en base a que, el barómetro de medición sea el estándar masculino. Porque además de las diferencias fisiológicas, y las diferencias en la sintomatología, existen multitud de diferencias en la función metabólica que hace incompatible una misma medición sintomática, o el suministro de los mismos medicamentos, aunque sean recetados en dosis más bajas.

Gracias a algunos estudios que han comenzado a incluir mujeres en la investigación, se empieza a saber, que las mujeres tienen más resistencia a determinados fármacos o psicotrópicos, así como un 50% más de probabilidades que los hombres de sufrir

¹¹ Durante la década de los 90 y gracias a la Office of Research on Women's Health (ORWH) se elimina la prohibición de que las mujeres participen en los ensayos clínicos.

¹² Género y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer. En: www.juntadeandalucia.es/export/.../13317296934_Mxdulo_3.Salud_y_Gxnero. Consultado el 7 de mayo de 2018.

¹³ Significa considerar a las personas en todas sus dimensiones: física, intelectual, social, emocional y espiritual.

los efectos secundarios de los medicamentos que toman. A este efecto, el año pasado, la FDA (Food and Drug Administration de EEUU) anunció por primera vez el desarrollo de pautas de dosificación específicas para cada sexo.¹⁴

En cualquier caso, la prevención debería ser la prioridad principal de un estado para con sus ciudadanos. Aunque solo fuera para ahorrar costes sanitarios. Y para ello, es necesario implantar planes de educación por género. Para que las personas aprendan a cuidarse en cada etapa en la que se encuentren, porque no es lo mismo, ni se tienen las mismas necesidades, a los quince años que a los cincuenta. Y no es lo mismo educar a una mujer para que esté fuerte y sana, que educar a un niño para lo mismo. Las personas deben saber cómo alimentarse, en caso de salud o de enfermedad, en cada etapa de la vida.

Principales retos en la salud de las mujeres

Uno de los mayores retos que nos enfrentamos en la actualidad, es lograr la igualdad entre mujeres y hombres en abordar sus diferentes necesidades y demandas para lograr con ello, el goce pleno de sus derechos.

Tanto hombres como mujeres afrontan muchos problemas de salud; pero con diferencias de tal magnitud, que la salud de las mujeres merece particular atención.

La Organización Mundial de la Salud, menciona varios retos pendientes de superar: falta de acceso a información y servicios de salud, falta de educación sexual, embarazos en niñas y adolescentes, falta de acceso a controles durante el embarazo, asistencia precaria en partos o falta de seguimiento de la salud ginecológica de la mujer en general.

La resolución de estos problemas se hace más lenta por el nivel de pobreza de algunos países y regiones del mundo. De hecho, se estima que unos mil millones de personas viven en la pobreza en el mundo, "de los cuales la mayoría son mujeres", aseguran desde la Plataforma de Acción de Beijing,¹⁵ organismo para la mujer promovido por Naciones Unidas.

Los motivos por los que el sistema de salud no cumple sus obligaciones con las mujeres suelen ser muy complejos y guardan relación con que las mujeres tienen mayor gasto en salud que los hombres porque utilizan más los servicios; pero suelen ser más pobres, están desempleadas, trabajan a tiempo parcial o en el sector informal y por lo tanto no tienen derecho a las prestaciones en salud. Lo anterior

¹⁴ Las dosis específicas de drogas cardiovasculares por sexo son necesarias para reducir las reacciones adversas en las mujeres, según un documento de posición de la Sociedad Europea de Cardiología publicado en la edición de European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy.

¹⁵ La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en septiembre de 1995, logró una asistencia sin precedentes: 17.000 participantes y 30.000 activistas llegaron a Beijing para participar en la inauguración. Pese a su gran diversidad y distinta procedencia mundial, compartían un único objetivo: la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres, en todas partes.

hace necesario que se eliminen las barreras económicas, para que así las niñas, adolescentes y mujeres tengan acceso a los servicios que necesitan.

Pero del mismo modo en que todos estos organismos y entidades que velan a nivel mundial por los derechos y la salud de la mujer exponen las dificultades, retos y desigualdades, también lanzan soluciones y un mensaje de futuro. "No es una utopía aspirar a una asistencia sanitaria de calidad, integral y asequible", aseguran desde La Organización Panamericana de la Salud.¹⁶

Determinantes biológicos y sociales de la salud

La OMS en 1986, mediante la Carta de Ottawa, que surge de la primera conferencia internacional de promoción de la salud (Ottawa 1986), estableció una serie de condiciones y prerrequisitos necesarios para la salud: paz, educación, alimentación adecuada, vivienda digna, renta suficiente, ecosistema estable, justicia social y equidad. En esta conferencia se debatió sobre la acción intersectorial necesaria para alcanzar la salud de la población. Se entiende desde entonces que la salud es un concepto complejo que requiere de la intervención de muchos sectores sociales y de muchos profesiones.¹⁷

Las mujeres suelen vivir más que los hombres porqué tienen ventajas biológicas y de comportamiento. Pero en algunas circunstancias, estas ventajas son anuladas por la discriminación y por consecuencia su esperanza de vida al nacer es igual o inferior a la del hombre. Además, la vida más prolongada de las mujeres no significa que sean más sanas Ya que hay circunstancias exclusivamente femeninas que tienen repercusiones negativas. Por ejemplo, el embarazo y el parto no son enfermedades; pero entrañan riesgos para la salud que necesitan atención en salud. También hay otros problemas médicos que afectan tanto a hombres como mujeres; pero tienen un efecto mayor o diferente en ellas y ameritan atención médica diferenciada. Hay otros problemas médicos que afectan casi igual a hombre y mujeres; pero las mujeres tienen mayor dificultad para acceder a la atención que necesitan.

Además de las diferencias de género en materia de acceso a la educación, nivel de ingresos, lugar de residencia y empleos, limitan a niñas, adolescentes y mujeres a proteger su salud.¹⁸

Se observan diferencias también como: desigualdad, exposición a riesgos, educación, ingresos, empleo, poder de decisión en el hogar. Mayor esperanza de vida pero no mejor salud o calidad de vida.

Suprimir las barreras económicas de los servicios de salud es necesario, pues las mujeres suelen atenderse más, pero son generalmente más pobres

¹⁶ En: beijing20.unwomen.org/es/about. Consultada el 21 de mayo de 2018.

¹⁷ En: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc. Consultado el 10 de mayo de 2018.

¹⁸ PAHO: Igualdad de género en materia de salud: mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos. 2005.

Salud sexual y Salud reproductiva

La salud de las mujeres durante los años reproductivos, que comprenden de los 15 a los 49 años es importante para ellas tanto como para la sociedad, por las repercusiones en la salud y el desarrollo de la siguiente generación, ya que los factores de riesgo más importantes de muerte y discapacidad son la falta de acceso a métodos anticonceptivos y las prácticas sexuales dan como resultado embarazos no deseados, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo y parto, infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH; la violencia, también puede ocasionar trastornos mentales y problemas médicos crónicos.

Embarazo, un fenómeno biológico y social que implica riesgos y la necesidad de asistencia sanitaria.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la

salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva.¹⁹

Sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles

La Representación de OPS/OMS en Guatemala, en su labor de promover la salud, reconoce que las transiciones epidemiológica y nutricional han avanzado en el país en forma tal que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) merecen una atención prioritaria en las políticas y programas de salud pública. Los factores determinantes ambientales, incluyendo las desigualdades sociales y económicas, la globalización, la urbanización, la tecnología y las migraciones, están provocando que la inseguridad alimentaria y el estilo de vida de las personas no solo conlleve problemas de deficiencias nutricionales, sino a su vez problemas asociados a excesos y desequilibrios energéticos y nutricionales, causante directo de la tendencia ascendente en la prevalencia de obesidad y de otras ECNT.

La epidemia de la obesidad y los cambios en el estilo de vida que conducen a las ECNT, como el infarto cardiaco, derrame o hemorragia cerebral, diabetes y ciertos tipos de cáncer, es un acontecimiento mundial. En Centro América, la epidemia se ha establecido en los últimos 15 a 20 años y es probable que traiga consigo un aumento importante de ECNT en los siguientes 15 años. Es más, varios países de la región están experimentando una superposición epidemiológica, caracterizada por una incidencia aún elevada de carencias nutricionales e infecciones, en particular entre niños, mujeres embarazadas y personas mayores; al mismo tiempo que la obesidad y otros factores de riesgo de las ECNT están aumentando, particularmente en niños, adolescentes y adultos de todas las condiciones socioeconómicas.

Los factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas Relacionadas a la Nutrición (ECRN) son esencialmente los mismos en todo el mundo. Los factores conductuales más importantes son: Dieta no saludable, inactividad física y consumo de tabaco. Se reconoce también la importancia de la genética y el ambiente (factores determinantes) en el establecimiento de estos factores conductuales. Todos estos factores provocan el apareamiento de factores de riesgo intermedios: Aumento del peso corporal, de la presión arterial y del colesterol y la glucosa en sangre.²⁰

¹⁹ En: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf. Consultado el 21 de mayo de 2018.

²⁰ En: www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/. Consultado el 18 de mayo de 2018.

Finalmente, la suma de todos estos factores de riesgo modificables, junto con los factores no-modificables (edad y herencia), explican la mayoría de nuevos eventos de infartos cardiacos, hemorragias cerebrales, cáncer y diabetes. En los últimos 40 años se ha observado un cambio considerable en el patrón alimentario de la mayoría de poblaciones de la región, caracterizado por un aumento en el consumo de alimentos altos en grasa y azúcares refinados, a expensas de una reducción en el consumo de cereales, granos y leguminosas. De acuerdo a las hojas de balance de FAO para Centro América, el consumo de energía per cápita ha aumentado en más de 350 kcal/día en los últimos 40 años. Además, la proporción de energía proveniente de cereales y leguminosas se ha reducido de 55 a 47%, a expensas de un aumento en el consumo de grasas (18 a 21%) y azúcares simples (16 a 20%). El consumo de frutas y verduras se ha mantenido en alrededor de 250 g al día, siendo la recomendación 400 g. Desafortunadamente, la información sobre la prevalencia de inactividad física es escasa. Datos recientes de encuestas realizadas en áreas urbanas muestran que las mujeres tienen una prevalencia de insuficiente actividad física (menos de 150 minutos de actividad de intensidad moderada a la semana) más alta que los hombres. La prevalencia oscila entre 43 y 66% en las mujeres, mientras que en los hombres es de 40 a 51%. La obesidad ha aumentado en la región en forma alarmante en los últimos 10 a 15 años, en todos los grupos de edad. En mujeres entre 15 y 49 años, la tendencia es aún más acelerada, con un aumento anual entre 1.5 y 2 puntos porcentuales. Esto quiere decir que, alrededor de 60% de mujeres de Costa Rica, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua en el 2007, tenían sobrepeso y alrededor de 50% en Guatemala y Honduras. Desafortunadamente, no se cuenta con suficientes datos en otros grupos de edad a nivel nacional. Un estudio multi céntrico realizado en áreas urbanas de la región mostró tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres entre 59 y 76%, mientras que en hombres estuvo entre 48 y 69%. Entre 42 naciones de África, Asia y América Latina, Guatemala tenía en 1995 la mayor tasa de hijos con retraso en el crecimiento y madre con sobrepeso en el mismo hogar (16%), cifra que ha aumentado dado que la prevalencia de retraso en crecimiento ha cambiado muy poco y la de sobrepeso continúa aumentando.²¹

Las ECNT están interconectadas en un círculo vicioso en el que las poblaciones más pobres son las que tienen más riesgo de padecerlas y morir prematuramente como consecuencia de ellas y, a la vez, las ECNT producen pobreza. Los pobres son más susceptibles de padecer ECNT porque tienen niveles altos de estrés psico-social, mayor exposición a los factores de riesgo, incluyendo la inseguridad alimentaria, y poco acceso a las fuentes de información y a los servicios de salud. Por otro lado, las ECNT imponen una enorme carga económica en los pobres, y empujan a muchos individuos y a sus familias hacia la pobreza. Las ECNT son causa de muerte súbita prematura, causan discapacidad permanente (ceguera, amputación de alguna extremidad, fallo renal, paraplejia, etc.), muchas veces por años en la vida de las personas y tienen efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.²²

²¹ En: www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/. Consultado el 21 de mayo de 2018.

²² *Ibidem*

El nivel de atención prestada a las ECNT en la región no encaja con su importancia. Además, no se le ha dado la debida importancia al potencial para su prevención y tratamiento. Varios malentendidos han contribuido a que las ECNT hayan quedado relegadas a un segundo plano, como que afectan principalmente a los países de ingresos altos; que los países de ingresos bajos deberían controlar las enfermedades infecciosas, los problemas de salud materno infantil y las deficiencias nutricionales antes de intentar controlar las ECNT; que afectan principalmente a las personas ricas; a las personas mayores; y que no pueden prevenirse. La evidencia muestra que estos no son más que mitos. Pese a algunos éxitos mundiales, como la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, las actividades internacionales de salud y desarrollo han descuidado en general las ECNT.²³

Las ECNT se pueden prevenir en una proporción bastante alta. Por lo menos 80% de casos prematuros de enfermedad cardíaca y diabetes y 40% de casos de cáncer pueden ser prevenidos a través de una dieta saludable, actividad física regular y evitar el consumo de tabaco. La evidencia actual provee una base plausible y suficientemente sólida de que las personas pueden permanecer sanas hasta la octava o incluso, la novena década si siguen una dieta óptima, realizan suficiente actividad física y se abstienen de fumar. Además, existen intervenciones que pueden ser altamente costo-efectivas, particularmente importantes en escenarios con pocos recursos. Esta evidencia justifica tomar acciones inmediatas para la prevención de las ECNT más comunes. Para prevenir y reducir la carga de las ECRN en Guatemala, la estrategia es promover la adopción de hábitos alimentarios saludables y modos de vida activos.²⁴

Según información de la más reciente Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI 2014-2015) el 31.9% de las mujeres entre 15 y 49 años padecían sobrepeso y el 20% obesidad, lo cual significa que el 52% de las mujeres en el país tienen un estado nutricional que las condiciona para padecer otras enfermedades.²⁵

Salud mental en contextos de pobreza y violencia contra la mujer

La Organización Mundial de la Salud OMS considera la salud mental como el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Por lo tanto, el cuidado a la salud mental debe ser un factor primordial dentro de la sociedad y recordando el papel tan importante que juegan las mujeres dentro de la familia, la educación en salud a la mujer y el acceso a servicios de salud tiene un impacto positivo en la salud de los hijos, la pareja y otros miembros de la familia, si las mujeres adquieren comportamientos saludables que reduzcan la frecuencia de

²³ En: www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=494. Consultado el 17 de mayo de 2018.

²⁴ En: www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/. Consultado el 21 de mayo de 2018.

²⁵ En: https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf. Consultado el 10 de mayo de 2018.

enfermedades, también sus familias tenderán a desarrollar estilos de vida más saludables.²⁶

El género determina de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales. Se ha prestado más atención a la morbilidad asociada con las enfermedades mentales que a los determinantes específicos de cada género y a los mecanismos que promueven y protegen la salud mental y fomentan la resistencia al estrés y a la adversidad.

El género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.

Las diferencias de género aparecen en particular en las estadísticas de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y quejas somáticas). Estos trastornos, que predominan en las mujeres, afectan aproximadamente a 1 de cada 3 personas en la comunidad y constituyen un serio problema para la salud pública.²⁷

Sin duda alguna, las diferencias entre hombres y mujeres son grandes y van desde los aspectos puramente biológicos, pasando por los conductuales, hasta llegar a las diferencias en cuanto a salud; cuando se habla de enfermedades mentales, el sexo puede marcar una especial diferencia porque las mujeres tienen más probabilidades de ser diagnosticadas de ansiedad o depresión, mientras que los hombres tienden al abuso de sustancias y a los trastornos antisociales, revela un estudio publicado por la American Psychological Association (APA).²⁸

Es importante mencionar que aunque los datos muestran una mayor incidencia de casos de trastornos del estado de ánimo en las mujeres, las diferencias pueden no ser tan reales, ya que culturalmente las mujeres reconocen más fácilmente las tensiones emocionales y buscan ayuda, lo que incrementa el número de casos conocidos.

La alta incidencia de trastornos afectivos en las mujeres, está influenciada por una serie de factores biológicos, sociales y culturales, siendo las principales causas las siguientes: Los distintos roles que le toca cumplir en la sociedad (madre, esposa, ama de casa, trabajadora); cambios hormonales, como la menopausia; problemas de salud (propios y de otros miembros de la familia); situación económica; muerte o pérdida de un ser querido; cambios en el estilo de vida como el matrimonio, embarazo, nacimiento de los hijos (depresión post parto), jubilación); situaciones de violencia en cualquiera de sus manifestaciones y desempleo.

²⁶ En: www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_1647.pdf. Consultado el 21 de mayo de 2018.

²⁷ En: <https://psicopatounah.wordpress.com/.../desigualdad-de-genero-en-salud-mental-o-m-....> Consultado el 11 de mayo de 2018.

²⁸ En: <https://www.paho.org/gut/index.php?option=com...id...salud-mental....> Consultado el 21 de mayo de 2018.

No todas las personas que atraviesan por una o más de las situaciones antes descritas necesariamente padecerán algún tipo de trastorno mental, ya que el afrontamiento de las dificultades y la capacidad para solucionarlas depende de las características personales de cada individuo, sin embargo es importante prestar especial atención a señales de alarma como: problemas de sueño (dormir mucho o poco); pérdida de peso, poco apetito o aumento significativo de peso; cambios bruscos de humor; desinterés en actividades que antes le agradaban; sentimientos de culpa, arrepentimiento, pánico, etc.; disminución del apetito sexual e ideas o intentos suicidas.

Cuando se presenta uno o más de estos síntomas lo más recomendable es buscar ayuda profesional para evitar que el problema se agudice. Si no se ha identificado ninguna de estas señales de alarma se debe tener presente que cualquier persona es vulnerable de padecer un trastorno mental, por eso lo más importante es invertir en la prevención, donde el autocuidado juega un papel fundamental.