

El género y la COVID-19

Documento de apoyo

14 de mayo de 2020



Organización
Mundial de la Salud

Contexto

Las pandemias y los brotes tienen efectos diferenciales en las mujeres y los hombres. Desde el riesgo de exposición y la sensibilidad biológica a la infección hasta las consecuencias sociales y económicas, es probable que las experiencias de las personas varíen según sus características biológicas y de género y su interacción con otros determinantes sociales. Por ello, los planes estratégicos mundiales y nacionales de preparación y respuesta frente a la COVID-19 deben basarse en un sólido análisis de género y garantizar una participación significativa de los grupos afectados, incluidas las mujeres y las niñas, en la adopción y ejecución de las decisiones.¹

La OMS hace un llamamiento a sus Estados Miembros y a todos los actores mundiales para que aconsejen la realización de inversiones en investigaciones de calidad y con una perspectiva de género sobre las repercusiones sanitarias, sociales y económicas adversas de la COVID-19. Se aconseja a los países que incorporen un enfoque de género a sus respuestas a la COVID-19 con el fin de asegurarse de que las políticas y medidas de salud pública para frenar la epidemia tengan en cuenta el género y la forma en que este interactúa con otras esferas de desigualdad. En particular:

La disponibilidad de datos desglosados por sexo y edad es limitada, lo que dificulta el análisis de las repercusiones de la COVID-19 en función del género y la elaboración de respuestas adecuadas

Sobre la base de la notificación de casos con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005),² al 6 de mayo de 2020 solo el 40% (1 434 793) de los 3 588 773 casos confirmados de COVID-19 registrados en todo el mundo se habían notificado a la OMS con un desglose por edad y sexo.³ Un análisis preliminar de los datos muestra una distribución relativamente uniforme de las infecciones entre las mujeres y los hombres (47% frente al 51%, respectivamente), con algunas variaciones entre los grupos de edad. Con arreglo a los datos relativos a 77 000 muertes que figuran en la base de datos de notificación de casos (casi el 30% de todas las muertes conocidas), parece haber un mayor número de muertes (45 000, esto es, el 58%) entre los hombres. Es probable que haya variaciones geográficas en las tasas de infección y muertes de mujeres y hombres de diferentes grupos de edad; sin embargo, los datos disponibles proceden de un número relativamente pequeño de países y, por tanto, son sesgados. Por consiguiente, toda interpretación de las diferencias de género entre grupos de edad y países debe hacerse con gran cautela. Estas limitaciones subrayan la urgente necesidad de notificar mejor y de forma más completa los datos desglosados por sexo y edad, como

mínimo, con el fin de identificar y comprender mejor las principales diferencias y disparidades para articular una respuesta más eficaz frente a la COVID-19. La evidencia dimanante de epidemias anteriores, como el brote de coronavirus causante del SRAS en 2002-2003,⁴ muestran que es probable que los hombres y las mujeres tengan tanto sensibilidades diferentes al virus como vulnerabilidades diferentes a la infección como resultado de factores relacionados con el sexo y el género. Los datos (sobre las personas sometidas a pruebas, la gravedad de la enfermedad, las tasas de hospitalización, el alta [recuperación] y la condición de trabajador sanitario) que se desglosan como mínimo por sexo y edad —así como por otros estratificadores como la condición socioeconómica, el origen étnico, la orientación sexual, la identidad de género y la condición de refugiado, cuando sea factible— podrían ayudar a determinar y abordar las desigualdades en materia de salud relacionadas con la COVID-19.

PETICIÓN CLAVE 1. Se alienta a los Estados Miembros y a sus asociados a que recopilen, comuniquen y analicen datos sobre los casos confirmados de COVID-19 y las muertes por esta enfermedad desglosados por sexo y edad, como mínimo, de conformidad con las orientaciones de la OMS sobre vigilancia mundial y nacional —véase la página web de la OMS sobre las orientaciones técnicas acerca de la enfermedad por coronavirus (COVID-19): *vigilancia y definiciones de casos (Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: surveillance and case definitions)*—.⁵ También se insta a los Estados Miembros a que realicen un análisis de género de los datos y a que inviertan en investigaciones de calidad y con una perspectiva de género sobre la posibilidad de que la COVID-19 tenga efectos adversos diferenciados sobre las mujeres y los hombres en materia sanitaria, social, económica. Las conclusiones de ese análisis deberían utilizarse para perfeccionar las políticas de respuesta.

La violencia contra las mujeres y los niños aumenta durante los confinamientos

Hay informes de varios países que indican que, cuando se establecen medidas de permanencia en el hogar, la incidencia de la violencia doméstica y de pareja aumenta.⁶ Las mujeres que se encuentran en relaciones abusivas y sus hijos tienen una mayor probabilidad de exposición a la violencia cuando se aplican medidas de permanencia en el hogar. Cuando la carga de cuidados que soportan las mujeres aumenta, los medios de

subsistencia se ven afectados, el acceso a los productos de primera necesidad se reduce, las redes sociales y de protección se interrumpen y los servicios para los supervivientes se reducen, el estrés en el hogar aumenta. Esto conlleva la posibilidad de que aumente el riesgo de violencia,⁷ al tiempo que los supervivientes pierden las pocas fuentes de ayuda que tenían. El sector de la salud tiene un papel fundamental que desempeñar en la mitigación de los efectos de la violencia sobre las mujeres y sus hijos como parte de la respuesta a la COVID-19, garantizando entre otras cosas el acceso a los servicios esenciales para los supervivientes de la violencia.

PETICIÓN CLAVE 2. Se alienta a los Estados Miembros y a sus asociados a que incluyan respuestas a la violencia contra la mujer, y en particular a la violencia de pareja, como un servicio esencial dentro de la respuesta a la COVID-19, a que doten dichas respuestas de recursos suficientes y a que identifiquen formas de hacer accesibles los servicios en el contexto de las medidas de confinamiento —véase el informe de la OMS sobre la COVID-19 y la violencia contra la mujer.⁶

El acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas puede reducirse durante la pandemia

A medida que las capacidades de los sistemas de salud se van viendo desbordadas, los gobiernos y los establecimientos están tomando decisiones sobre la priorización de la prestación de algunos servicios de salud y la reducción de otros. La experiencia y la evidencia de brotes anteriores (por ejemplo, las epidemias de ebola en la República Democrática del Congo, Guinea y Sierra Leona, y la epidemia de Zika) y otras emergencias humanitarias indican que es probable que se reduzcan los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención del embarazo, los anticonceptivos, los servicios de atención a víctimas de agresiones sexuales y los abortos seguros.^{8 9 10} Ello puede dar lugar a un mayor riesgo de mortalidad materna, embarazos no deseados y otros resultados adversos en materia de salud sexual y reproductiva para las mujeres y las niñas.

PETICIÓN CLAVE 3. Se alienta a los Estados Miembros y a sus asociados a que mantengan la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso equitativo a ellos y a que los incluyan en el conjunto esencial de servicios de salud para la respuesta a la COVID-19.¹¹

Los trabajadores sanitarios y sociales se enfrentan a un mayor riesgo y vulnerabilidad

Las mujeres constituyen el 70% del personal sanitario mundial y están muy representadas en las primeras líneas de la respuesta.^{12 13} Por consiguiente, corren un alto riesgo de exposición frecuente a pacientes con altas cargas de virus de la COVID-19. Los datos recientes muestran que, del total de trabajadores sanitarios infectados por el virus de la COVID-19 en España e Italia, el 72% y el 66%, respectivamente, eran mujeres.¹⁴ Es preciso cotejar los datos sobre los trabajadores sanitarios y sociales infectados por el virus de la COVID-19 y adoptar medidas adecuadas para salvaguardar la salud de los trabajadores que realizan tareas de atención relacionadas con la COVID-19 o que prestan otros servicios sanitarios y sociales esenciales.

El acceso equitativo a la capacitación pertinente sobre las medidas de prevención y control de las infecciones, el equipo

de protección personal (EPP), los productos esenciales para la higiene y el saneamiento y el apoyo psicosocial son fundamentales para preservar la seguridad y salud de los trabajadores sanitarios y sociales y de sus pacientes. A este respecto se deben tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, incluidas las diferencias en el diseño y el tamaño de los EPP que pueden comprometer su función protectora para las mujeres. Las horas de trabajo y la asignación de turnos deben tener como objetivo evitar el agotamiento, y se deben destinar recursos a la salud mental y el apoyo psicosocial, las licencias por enfermedad, los seguros y el pago puntual de los salarios. En la adopción de decisiones a nivel nacional, subnacional o institucional, las trabajadoras sanitarias, incluidas las enfermeras, deben participar de manera significativa en la distribución de los recursos, el equipo, las políticas y las prácticas que repercuten en su salud y bienestar.¹⁵

Las mujeres también realizan la mayor parte de las tareas de atención no remuneradas, en particular los cuidados de salud en el hogar. Es preciso reconocer la carga adicional de cuidados que conlleva la COVID-19, lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de formular las políticas y adoptar las medidas de respuesta.

PETICIÓN CLAVE 4. Se alienta a los Estados Miembros y a sus asociados a que velen por que todos los trabajadores sanitarios y sociales de primera línea y los cuidadores tengan un acceso equitativo a la capacitación, los EPP y otros productos esenciales, el apoyo psicosocial y la protección social, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, que representan la mayoría de esos trabajadores.

Es probable que las desigualdades en el acceso a la información, la prevención, la atención y la protección financiera y social afecten de manera desproporcionada a los pobres y a otros grupos poblacionales que son objeto de exclusión social, lo que podría exacerbar las desigualdades existentes

Las enfermedades y las muertes por infecciones suelen afectar a algunos grupos más que a otros. Este efecto desproporcionado se debe a una serie de factores. Por ejemplo, hay pruebas de que las personas que viven hacinadas y las que carecen de acceso a servicios básicos como el agua potable y servicios de saneamiento mejorados corren un mayor riesgo de infección. Esas personas también pueden tener una capacidad limitada para cumplir el distanciamiento físico debido al hacinamiento o para lavarse las manos regularmente por falta de agua limpia y jabón. A nivel mundial, cuatro de cada diez viviendas carecen de agua y jabón.¹⁶ Las personas que son objeto de exclusión social también pueden experimentar más afecciones comórbidas y tener un acceso limitado a la información, las pruebas de detección, los servicios de salud y la protección financiera y social. Las normas de género influyen de manera diferente en el acceso oportuno a los servicios de salud necesarios por parte de las mujeres (por ejemplo, debido a una autonomía restringida en la adopción de decisiones) y los hombres (por ejemplo, debido a las nociones rígidas de masculinidad que pueden retrasar la búsqueda oportuna de atención). Es probable que el confinamiento y las medidas de distanciamiento físico exacerben las restricciones culturales existentes a la movilidad de la mujer, lo que puede limitar aún más su acceso a los recursos y su control sobre ellos, así como su poder de decisión en los hogares.¹⁷

PETICIÓN CLAVE 5. Se alienta a los Estados Miembros y a sus asociados a que eliminen los obstáculos financieros y de otra índole que entorpecen los servicios de detección y tratamiento de la COVID-19 haciéndolos gratuitos en el punto de utilización. Debe garantizarse el acceso equitativo a los servicios de salud esenciales y el acceso al agua potable y a las instalaciones de saneamiento en las zonas desfavorecidas, como las comunidades rurales y los asentamientos informales. Deben garantizarse redes de seguridad para mitigar los efectos sociales y económicos adversos y no equitativos de la pandemia, en particular las licencias por enfermedad y las prestaciones por desempleo, para apoyar las medidas de contención.

Están aumentando la estigmatización y la discriminación, lo que puede obstaculizar una respuesta eficaz

El miedo y la ansiedad sobre la COVID-19 pueden conducir a la estigmatización social y la discriminación. En varios países se han notificado casos de estigmatización y discriminación contra personas infectadas, profesionales de la

salud, personas de determinadas comunidades étnicas y personas que han viajado a los países afectados. La estigmatización y la discriminación pueden tener efectos negativos en la salud física, mental y social de una persona debido a la violencia física, el rechazo social y la limitación o denegación del acceso a los servicios de salud, la educación, la vivienda o el empleo.¹⁸ Véase la declaración de las Naciones Unidas sobre la COVID-19 y los derechos humanos titulada «*COVID-19 and human rights: we are all in this together*».¹⁹

PETICIÓN CLAVE 6. Se alienta a los Estados Miembros y a sus asociados a que hagan hincapié en que la salud es un derecho humano, a que velen por que las respuestas de emergencia a la COVID-19 sean inclusivas y no discriminatorias, y a que eviten el uso excesivo de las facultades de emergencia para regular la vida cotidiana. Esas facultades no deben utilizarse nunca indefinidamente, sino únicamente con miras a facilitar el regreso a la vida normal. Los Estados Miembros también deberían adoptar medidas para detectar y contrarrestar las prácticas estigmatizadoras y discriminatorias en las respuestas a la COVID-19.

Referencias

1. Proyecto de resolución EB146/CONF./17 de la 146.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (Ginebra, 3-8 de febrero de 2020) recomendado para su adopción a la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias; aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_CONF17-en.pdf), consultado el 28 de abril de 2020.
2. Reglamento Sanitario Internacional (2005), tercera edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/>), consultado el 28 de abril de 2020.
3. COVID-19: emerging gender data and why it matters [website]. Nueva York (NY): ONU-Mujeres (<https://data.unwomen.org/resources/covid-19-emerging-gender-data-and-why-it-matters>), consultado el 9 de mayo de 2020.
4. Taking sex and gender into account in emerging infectious disease programme: an analytical framework. Manila, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental; 2011 (https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/7977/9789290615323_eng.pdf), consultado el 29 de abril de 2020.
5. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: surveillance and case definitions. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/surveillance-and-case-definitions>), consultado el 28 de abril de 2020.
6. COVID-19 y violencia contra la mujer: Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52034>), consultado el 28 de abril de 2020.
7. Buller AM, Peterman A, Ranganathan M, Bleile A, Hidrobo M, Heise L. A mixed-method review of cash transfers and intimate partner violence in low- and middle-income countries. *World Bank Res Obs.* 2018;33(2):218–58 (<https://doi.org/10.1093/wbro/lky002>), consultado el 28 de abril de 2020.
8. Smith J. Overcoming the «tyranny of the urgent»: integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gend Dev.* 2019;27(2):355–69 (<https://doi.org/10.1080/13552074.2019.1615288>), consultado el 28 de abril de 2020.
9. McKay G, Black B, Mbambu Kahamba S, Wheeler E, Mearns S, Janvrin A. Not all that bleeds Is Ebola: how has the DRC Ebola outbreak impacted sexual and reproductive health in North-Kivu. Nueva York (NY): The International Rescue Committee; 2019 (<https://www.rescue.org/report/not-all-bleeds-ebola-how-drc-outbreak-impacts-reproductive-health>), consultado el 28 de abril de 2020.
10. Camara BS, Delamou A, Diro E, Béavogui AH, El Ayadi AM, Sidibé S et al. Effect of the 2014/2015 Ebola outbreak on reproductive health services in a rural district of Guinea: an ecological study. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2017;111(1):22–9 (<https://academic.oup.com/trstmh/article/111/1/22/3074506>), consultado el 28 de abril de 2020.
11. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020. WHO Ref. No. WHO/2019-nCoV/essential_health_services/2020.1 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331561>), consultado el 28 de abril de 2020.
12. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019. WHO Ref. No. WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>), consultado el 28 de abril de 2020.
13. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Human Resources for Health Observer Series No. 24. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>), consultado el 28 de abril de 2020.
14. ONU-Mujeres. Policy brief: The impact of COVID-19 on women. Nueva York (NY): Naciones Unidas, 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>), consultado el 28 de abril de 2020.
15. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>), consultado el 28 de abril de 2020.
16. Programa conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene. Base de datos mundial sobre el abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene (WASH). Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Mundial de la Salud (WHO); 2020 (<https://washdata.org>), consultado el 29 de abril de 2020.

17. Global humanitarian response plan: COVID-19, United Nations Coordinated Appeal, April–December 2020. Ginebra: Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas; 2020 (<https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf>), consultado el 28 de abril de 2020.
18. Reducing stigma [sitio web]. Atlanta (GA): Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2020 (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/reducing-stigma.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fsymptoms-testing%2Freducing-stigma.html), consultado el 28 de abril de 2020).
19. COVID-19 and human rights: we are all in this together. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2020 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf), consultado el 28 de abril de 2020.

NOTA DE DESCARGO: Este documento ha sido elaborado por la Secretaría de la OMS como una herramienta rápida para ayudar a los Estados Miembros y a sus asociados a integrar perspectivas de género en sus respuestas a la COVID-19. Este documento se revisará a medida que la emergencia evolucione y se disponga de más datos y recursos. Este documento no representa necesariamente las opiniones, decisiones o políticas de la Organización Mundial de la Salud.

AGRADECIMIENTOS: La OMS agradece al Ministerio de Relaciones Exteriores de Noruega (Acuerdo de Cooperación Programática MFA-OMS de 2019) y al Ministerio Federal de Salud de Alemania (Programa de Colaboración BMG-OMS para 2019-2022) el apoyo financiero prestado para la preparación, producción y traducción de este documento.

RETROINFORMACIÓN: Nos complacerá recibir sus observaciones y retroinformación en la siguiente dirección de correo electrónico: ger@who.int

© Organización Mundial de la Salud 2020. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/Advocacy_brief/Gender/2020.1](https://www.who.int/publications/m/item/WHO/2019-nCoV/Advocacy_brief/Gender/2020.1)