

A LA MESA DE LA ASAMBLEA DE MADRID

Javier Padilla Bernáldez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid, al amparo de lo dispuesto en el artículo 205 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la **PROPOSICIÓN NO DE LEY** que se acompaña, sobre las desigualdades en salud y esperanza de vida en la población masculina en la Comunidad de Madrid, para su debate ante el Pleno de la Asamblea.

Madrid, 3 de noviembre de 2021

D^a Mónica García Gómez
Portavoz



Javier Padilla Bernáldez
Diputado



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Las desigualdades de género en salud, como señala Carme Borrell en un artículo en gaceta Sanitaria en el año 2008, “Introducir la perspectiva de género en el abordaje de los problemas de salud requiere la consideración de las diferencias en la socialización de mujeres y hombres, las cuales determinan distintos valores, actitudes y conductas, las desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y la profunda división sexual del trabajo”.

En muchas ocasiones, la incorporación de esa perspectiva de género ha supuesto análisis basados exclusivamente en el estado de salud de las mujeres, sin asumir que sexo y género también son determinantes de salud en el caso de los hombres. La estructura social y económica del patriarcado, basada en una segregación horizontal del trabajo han determinado la necesidad de los hombres de desempeñar trabajos en los que la fortaleza física y la exposición a riesgos es una constante. Esta segregación horizontal ha tenido asimismo un reflejo en la adopción de hábitos de vida dañinos para la salud tales como el consumo de tóxicos o la adopción de conductas dañinas para la salud. De acuerdo con un documento de Oxfam publicado en 2019 (Oxfam. Inequidades en la capacidad de estar vivo y de disfrutar de una vida saludable. 2019), los hombres presentaron una mayor prevalencia que las mujeres en la presencia de hábitos de vida poco saludables salvo en lo relacionado con el sedentarismo. Mientras que la estructura patriarcal de la sociedad supone la presencia de privilegios masculinos, también genera la limitación de algunas libertades para los hombres, muy vinculadas a su pérdida de agencia al precisar atenerse a ciertos roles y conductas esperados.

Esta distribución de hábitos de vida, derivada de la segregación horizontal del trabajo y la relación de los roles de género con múltiples aspectos relacionados con la salud ha hecho que si bien los hombres tienen una menor esperanza de vida y una mayor adopción de hábitos de vida no saludables, las mujeres presentan a lo largo de su vida una peor calidad de vida, hasta el punto de que los años de vida de más que viven las mujeres al ser estudiados en el contexto de la peor calidad de vida acumulada hace que las “esperanzas de vida ajustadas por calidad” de hombres y mujeres se equiparen (Martínez Pérez J. Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad en España: una aproximación. Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas. 2016;(6): 28-48). La desigual carga de cuidados, la existencia de doble presencia y la subordinación en aspectos de la vida diaria son factores determinantes de esta carga desigual en términos de calidad de vida a lo largo del ciclo vital en las mujeres.

Esta perspectiva de género, que ha de implicar no solo a la mirada sobre la salud de las mujeres sino también, y de forma muy clara, la que tenga en cuenta la salud de los hombres, ha de ser complementada por otra de determinantes sociales en su conjunto, para dotar de una visión interseccional. Hablar simplemente de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres sin analizar que las desigualdades no son iguales entre hombres de renta alta o alto nivel educativo y los de renta baja o

bajo nivel educativo supone una simplificación del problema y puede guiar hacia la búsqueda de soluciones parciales o erróneas.

La brecha de género en esperanza de vida, no obstante, se estaba acortando de forma clara antes de la pandemia de COVID-19, existiendo estudios que planteaban una reducción de dicha brecha hasta suponer, en Inglaterra o Gales, menos de 2 años de diferencia entre hombres y mujeres en 2030 (Bennett JE. The future of life expectancy and life expectancy inequalities in England and Wales: Bayesian spatiotemporal forecasting. *Lancet*. 2015 Jul 11;386(9989):163-70), o incluso su equiparación para 2032. (Mayhew L. Gender Convergence in Human Survival and the Postponement of Death. *North American Actuarial Journal*; 2014. 18:194-216). En las décadas previas, las políticas antitabaco y frente al consumo de alcohol han beneficiado mayormente a los hombres, que presentaban prevalencias mucho más elevadas de consumo frente a las mujeres, lo cual ha favorecido, junto con la

La llegada de la pandemia impactó de forma importante en la esperanza de vida, haciéndolo de forma diferencial entre hombres y mujeres, muy probablemente a causa de sus condiciones previas de morbilidad y la distribución diferencial de factores como la obesidad o el tabaquismo. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la Comunidad de Madrid fue en la que más disminuyó la esperanza de vida en el año 2020, tanto en hombres como en mujeres, a la par que fue la Comunidad Autónoma en la que más se incrementó la brecha entre hombres y mujeres. En 2020, la esperanza de vida al nacimiento en la Comunidad de Madrid se situó en 79,83 años en los hombres (la media de España en 79,60) y 85,04 años en mujeres (media de España 85,07); además, la caída de esperanza de vida fue de 2,98 años en hombres y 2,20 en mujeres, la mayor de España, siendo especialmente llamativo el incremento de la brecha hombres-mujeres, que fue de 0,78 años, siendo la media de España de 0,11 años de incremento. La Comunidad de Madrid pasó con la pandemia de tener unos datos de esperanza de vida a la cabeza del conjunto de España, a situarse por debajo de la media, no solo en las cifras absolutas, sino también en la brecha de esperanza de vida entre hombres y mujeres, que antes de la pandemia era inferior a la media de España pero en 2020 ya se situaba por encima.

La situación (disminución de la esperanza de vida con incremento de la brecha hombre-mujer de la misma) plantea la necesidad de abordajes desde las políticas de salud pública y desde las políticas públicas en su conjunto, y exigen una perspectiva de género que entienda que factores como la segregación horizontal del trabajo o el impacto social y económico de los roles de género determinan de forma clara aspectos como la adopción diferencial de conductas de riesgo entre hombres y mujeres. Al acortamiento y cierre de la brecha hombre-mujer en esperanza de vida no podemos llegar gracias a la equiparación a la baja de la esperanza de vida de las mujeres a causa de su incorporación masiva a trabajos con alta tasa de accidentabilidad o hábitos de consumo notablemente dañinos para su salud, sino que hemos de tratar de hacerlo a partir de medidas que generen incrementos en la esperanza de vida de los hombres y externalidades positivas en el conjunto de la sociedad por medio de su avance en la adopción corresponsable de las labores de la economía de los cuidados.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Más Madrid presenta ante el pleno la siguiente

PROPOSICIÓN NO DE LEY

La Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a:

1. Elaborar un plan de protección de trabajadores con perspectiva de género y análisis por sexo de la accidentabilidad, con el objetivo de reducir la siniestralidad laboral en los entornos de alta accidentabilidad.
2. Intensificar los programas de salud pública destinados a la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias en la población joven, incorporando perspectiva de género que segmente los abordajes.
3. Incrementar las medidas encaminadas a la incorporación de los hombres a marcos de corresponsabilidad en las tareas de cuidados informales, haciendo uso de herramientas fiscales, normativas e incentivos para ello.
4. Incorporar en la próxima estrategia de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres medidas dentro del equivalente al “eje 4. salud, deporte y hábitos saludables” encaminados a diseñar acciones específicas para el abordaje de las desigualdades de género en la adopción de hábitos no saludables”.
5. Desarrollar, en el marco de la medida 101 de la Estrategia Madrileña para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2018-2021 (“Desarrollar acciones de sensibilización dirigidas a medios de comunicación para la erradicación de los estereotipos sexistas) acciones dirigidas a fomentar una vinculación de la masculinidad a valores en el ámbito del cuidado, la interdependencia o la empatía, asociados a prácticas de menor riesgo en el ámbito de la salud.
6. Iniciar, en el plazo de 12 meses, un programa piloto de semana laboral de 32 horas en empleos de alta accidentabilidad y alta carga física, principalmente en los ámbitos de la construcción o los cuidados.