

Farmacéuticos apoyando a las mujeres y el uso responsable de medicamentos

Empoderando a las
cuidadoras informales

2018



Colofón

Copyright 2018 International Pharmaceutical Federation (FIP)

International Pharmaceutical Federation (FIP)
Andries Bickerweg 5
2517 JP The Hague
The Netherlands
www.fip.org

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede almacenarse en ningún sistema de recuperación o transcribirse por cualquier forma o medio - electrónico, mecánico, de grabación, o de otro tipo sin citar la fuente. La FIP no se hace responsable de los daños que puedan derivarse del uso de los datos e información de este informe. Se han tomado todas las medidas necesarias para garantizar la exactitud de los datos y la información presentados en este documento de referencia.

Editora: Zuzana Kusynová, Asesora de Política y Gerente de Proyecto de la FIP

Cita recomendada: Federación Internacional Farmacéutica (FIP). Farmacéuticos que apoyan a las mujeres y el uso responsable de los medicamentos. La Haya, Países Bajos: Federación Internacional Farmacéutica (FIP), 2018.

Imagen: Wavebreakmedia Ltd | Dreamstime.com

Índice

1 Las mujeres como cuidadoras.....	8
1.1 Cuidado de los niños.....	8
1.2 Cuidado de los miembros de la familia.....	8
1.3 Impacto del trabajo de cuidadora sobre las mujeres.....	10
1.3.1 El trabajo de cuidadora y el impacto negativo en la salud física.....	11
1.3.2 El trabajo de cuidadora y el impacto negativo en la salud mental.....	11
1.3.3 Impacto financiero de la prestación de cuidados.....	12
1.4 Empoderamiento en las decisiones económicas.....	14
2 Farmacéuticos que apoyan a las mujeres.....	16
2.1 Prevención de las enfermedades transmisibles por parte de los farmacéuticos.....	16
2.2 Actividades de los farmacéuticos en materia de promoción de la salud y prevención de las enfermedades no transmisibles.....	19
2.3 Farmacéuticos empoderando a las mujeres mediante la alfabetización en salud.....	22
2.4 Los fármacos estimulando el uso responsable de los medicamentos a través de las mujeres.....	23
2.5 Empoderamiento de las mujeres como cuidadoras informales.....	27
2.6 Función del farmacéutico en el apoyo de mujeres en situaciones de crisis.....	27
3 Conclusiones.....	29
4 Anexo 1 — Las mujeres en las políticas mundiales.....	30
4.1 Antecedentes.....	30
4.2 Evolución de las políticas internacionales.....	30
4.3 La OMS y las políticas aplicadas en materia de género.....	31
4.4 ONU Mujeres.....	31
4.5 Objetivos de desarrollo sostenible.....	32
4.6 Trabajo de otras organizaciones.....	33
5 Anexo 2 — Salud de las mujeres.....	35
5.1 Enfermedades transmisibles.....	35
5.2 Enfermedades no transmisibles.....	37
5.3 Salud mental.....	39
5.4 Violencia de género.....	39
5.5 Conclusiones.....	39
6 Anexo 3 — Las mujeres en la atención sanitaria.....	40
7 Anexo 4 — Farmacéuticos que apoyan la alfabetización en salud de las mujeres.....	41
8 Anexo 5 — Formas de lograr el empoderamiento.....	43
9 Anexo 6 — Encuesta de la FIP y estudios de caso de iniciativas pioneras.....	44
10 Referencias.....	48

Prólogo

Por la Directora Ejecutiva y Cofundadora de Women in Global Health

Mis felicitaciones a la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) por el lanzamiento de este impactante informe, *"Empoderando a las cuidadoras informales"*, que describe el apoyo que los farmacéuticos pueden dar a las mujeres como cuidadoras informales en la promoción y en la prestación de servicios de salud de mejor calidad. A menudo se pasa por alto y se subestima la importante contribución de las mujeres a la salud mundial, por lo que aplaudo la visión de la FIP de reconocer e investigar esta área crítica.

El acceso a una atención sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental para el bienestar, las probabilidades de vida y la vida misma. Ese derecho se niega actualmente a millones de personas, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. En los últimos 30 años se han logrado avances significativos en el ámbito de la salud mundial. Más niños sobreviven hasta la infancia, más madres sobreviven al parto, estamos cerca de erradicar enfermedades como la poliomielitis y la población vive más tiempo. Pero el aumento de la desigualdad, los cambios demográficos (envejecimiento de la población en los países de ingresos altos y la población joven en los países de ingresos bajos), el aumento de las enfermedades no transmisibles, las posibles pandemias y las amenazas emergentes como la resistencia a los antimicrobianos (RAM) exigen un replanteamiento radical de los sistemas y enfoques sanitarios mundiales. Y ese replanteamiento radical requiere aprovechar la experiencia y el compromiso de todos los posibles agentes de cambio en la prevención, la promoción y la prestación de servicios de salud, con un papel central para los farmacéuticos y las mujeres como cuidadoras informales.

A nivel mundial, las mujeres representan el 70% de la fuerza laboral en el sector de la salud, pero ocupan menos del 25% de los puestos de liderazgo más influyentes. Las mujeres aportan alrededor de 3 billones de dólares estadounidenses a la atención sanitaria mundial, pero casi la mitad de esta cantidad (2,35% del PIB mundial) no está remunerada y no es reconocida. Su contribución a los sistemas de salud es enorme, pero la mayoría de su trabajo está mal remunerado, no remunerado o no reconocido. Esto crea un sistema de salud injusto que repercute negativamente en la salud de todos nosotros.

En 2016, los gobiernos del mundo se comprometieron a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDGs por sus siglas en inglés: Sustainable Development Goals), siendo el más visionario el compromiso de lograr la cobertura universal de salud (UHC, por sus siglas en inglés: universal health coverage) para el año 2030. Este ambicioso objetivo será el punto de inflexión a nivel mundial que ofrezca atención sanitaria, prevención y promoción de la salud de calidad y asequibles a todos, sin dejar a nadie atrás. La cobertura universal de salud dependerá del trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres y, sobre todo, de la función de los farmacéuticos que prestan apoyo a esas mujeres mediante el suministro de medicamentos y servicios seguros, lo que permitirá a las mujeres prevenir los problemas de salud y promover la educación y la atención de la salud para sus familias y comunidades. En muchos contextos, un farmacéutico será el primero y único profesional de la salud que un cuidador informal puede consultar, por lo que el papel de los farmacéuticos en la primera línea de la salud mundial es fundamental. Escuchar las necesidades de las mujeres cuidadoras será esencial para construir un vínculo de confianza. Este informe destaca de manera útil la contribución a la sociedad de las mujeres como cuidadoras informales, y ayuda a toda nuestra comprensión.

Confío en que el análisis y los estudios de caso de este informe inspirarán a los farmacéuticos de las 140 organizaciones nacionales de la FIP a apoyar a las mujeres que prestan cuidados informales y a acercar el mundo a la salud para todos.

Dra. Roopa Dhatt

Agradecimientos

La Federación Farmacéutica Internacional (FIP) agradece al Grupo de Trabajo sobre la Mujer y el Uso Responsable de los Medicamentos, presidido por Ema Paulino (Portugal), su contribución al informe. Los miembros de este grupo de trabajo fueron Parisa Aslani (Australia), Josélia Cintya Quintão Pena Frade (Brasil), Ola Ghaleb Al Ahdab (Emiratos Árabes Unidos), Safeera Hussainy (Australia), Zuzana Kusynová (Asesora de políticas y directora de proyectos de la FIP), Nsovo Mayimele (Sudáfrica), Michelle McIntosh (Australia), Seun Omobo (Nigeria), Carmen Peña (España), Sofía Segura (Costa Rica) y Régis Vaillancourt (Canadá).

El grupo de trabajo reconoce la labor de los pasantes de la FIP, Logan Muzzey (EE.UU.) y Erica Prost (EE.UU.), por sus aportes a la encuesta del FIP y la compilación de los resultados de la misma.

Este informe no sería posible sin el aporte y la cooperación de las organizaciones miembro de la FIP y el liderazgo inspirador de la Presidenta de la FIP, Carmen Peña.

Antecedentes

En 2016, el mundo pasó de centrarse en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGs, por sus siglas en inglés: United Nations Millennium Development Goals) de las Naciones Unidas a renovar su atención en la equidad internacional mediante la aplicación transversal de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDGs, por sus siglas en inglés: Sustainable Development Goals).^{3,2} Los SDGs buscan cambiar el curso del siglo XXI, abordando desafíos clave como la desigualdad de género y la necesidad de empoderamiento de las mujeres y las niñas. Lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres es un objetivo independiente - Objetivo 5 - de los SDGs. También forma parte de todos los demás objetivos, y muchas metas reconocen específicamente la igualdad y el empoderamiento de la mujer tanto como objetivo y como parte de la solución.³ El objetivo 5 reconoce que en el mercado laboral, las mujeres de todo el mundo ganan 77 centavos por cada dólar que ganan los hombres.⁴ Al mismo tiempo, realizan el triple de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado que los hombres, desde la cocina y la limpieza, hasta la búsqueda de agua y leña, o el cuidado de niños y ancianos.⁵ Las mujeres son las cuidadoras no profesionales más cercanas a los profesionales de la salud y, la mayoría de las veces, son las que visitan las farmacias y asumen las responsabilidades de la salud en el hogar. Comprender cómo pueden los farmacéuticos apoyar a las mujeres en su papel de cuidadoras informales puede facilitar el logro del ambicioso objetivo de la igualdad entre los géneros y el desarrollo sostenible para 2030.

La Federación Farmacéutica Internacional (FIP) es la federación mundial de asociaciones nacionales de farmacéuticos y científicos farmacéuticos, que representa las voces de más de cuatro millones de expertos en el desarrollo, la fabricación y el uso de medicamentos.

La primera mujer presidente de la FIP, la Dra. Carmen Peña, en su discurso de apertura del Congreso de la FIP de 2015 en Düsseldorf, Alemania, declaró que el énfasis en las personas es uno de los tres pilares principales del trabajo de la FIP. El tema del Día Mundial de los Farmacéuticos de 2016 fue "Cuidar de ti" y fue asumido por la profesión farmacéutica con orgullo en todo el mundo. Con un enfoque específico en las mujeres, en 2016 la Oficina de la FIP estableció el Grupo de Trabajo sobre la Mujer y el Uso Responsable de los Medicamentos para recopilar pruebas sobre cómo los farmacéuticos tienen el potencial de contribuir como agentes del empoderamiento de las mujeres mediante el apoyo y la promoción de su educación y proporcionándoles la información que necesitan para garantizar que los medicamentos se utilicen de manera responsable.

El grupo de trabajo identificó que el enfoque de este trabajo es el papel de los farmacéuticos en el apoyo a las mujeres como cuidadoras informales. Trabajó para reunir pruebas de los papeles que las mujeres desempeñan para contribuir a la buena salud y a la prevención de enfermedades cuando proporcionan cuidados informales a sus familiares. El objetivo general de este trabajo es lograr un cambio positivo en esta área.

Para lograr sus objetivos, el grupo de trabajo realizó un análisis de los datos existentes mediante la revisión de la literatura disponible sobre el papel de la mujer en la atención de la salud, y el papel de los farmacéuticos en el apoyo al empoderamiento de las mujeres como cuidadoras informales. El grupo de trabajo también realizó una encuesta entre las organizaciones miembros de la FIP sobre las intervenciones existentes de los farmacéuticos. Sobre la base de la revisión bibliográfica y la encuesta, el grupo de trabajo preparó este documento de referencia. El grupo de trabajo ha trabajado principalmente por vía electrónica, con una reunión en el congreso de la FIP en Seúl en septiembre de 2017.

Este documento puede servir además como base para una declaración de política de la FIP.

La forma en que los farmacéuticos prestan servicios de salud reproductiva directamente a las mujeres está fuera del alcance de este documento. Para obtener más información sobre este tema, consulte el documento de referencia de FIP: "La utilización eficaz de los farmacéuticos para mejorar la salud materna, neonatal e infantil (SMNI)".⁶

Resumen ejecutivo

Las mujeres son las cuidadoras no profesionales más cercanas a los profesionales de la salud y a menudo son las que visitan las farmacias y asumen la responsabilidad de la salud en el hogar. En general, las mujeres tienden a buscar tratamiento y a visitar médicos o farmacias (y farmacéuticos) con más frecuencia que los hombres. A menudo es la mujer quien anima a los miembros de la familia a visitar a un profesional de la salud y quien se asegura de que toman los medicamentos y entienden el tratamiento.⁷ En los Estados Unidos, alrededor del 75% de los cuidadores familiares son mujeres y aproximadamente el 25% son cónyuges.⁸ Con el envejecimiento de la población, las mujeres se ofrecen cada vez más como voluntarias para cuidar a los ancianos miembros de su familia. En todo el mundo, entre el 70% y el 80% de las personas mayores con discapacidad son atendidas en sus hogares por sus familiares. Las diferentes estimaciones en los distintos países indican que entre el 57% y el 81% de todos los cuidadores de ancianos son mujeres. En la mayoría de los casos, las cuidadoras son esposas o hijas adultas del anciano.⁹

En este documento de referencia se presta atención al hecho de que las mujeres como cuidadoras informales aligeran considerablemente la carga de la fuerza laboral de la atención sanitaria, desempeñando a menudo un papel crucial y subestimado en la prestación de atención sanitaria a las familias y las comunidades. La evidencia revela que los sistemas de salud dependen de las contribuciones de las mujeres como cuidadoras importantes, pero que no apoyan adecuadamente a las mujeres en este esfuerzo. Existen evidencias sólidas sobre el impacto negativo del cuidado en las mujeres, si no cuentan con apoyo. Esto representa una oportunidad para que los farmacéuticos se involucren más activamente. En este documento se incluyen ejemplos de iniciativas exitosas dirigidas por la industria farmacéutica.

Nuestra revisión de la literatura revela que los farmacéuticos, como los profesionales de la salud más accesibles, están en una posición ideal para hacerlo:

- Empoderar a las mujeres en su papel de cuidadoras informales
- Comunicar a las mujeres la necesidad de estar informadas
- Apoyar la alfabetización sanitaria de las mujeres, para que puedan influir en los demás

Este documento también proporciona una visión general de las políticas basadas en el género y una breve descripción de las iniciativas actuales en esta área (Anexo 1). Los datos sobre la salud y el bienestar de las mujeres muestran una clara necesidad de que las políticas vayan más allá de la salud reproductiva y materna, abarcando una perspectiva más amplia de las mujeres y sus funciones en su propia atención de la salud y en relación con las personas a las que cuidan (Anexo 2). La contribución de las mujeres a la atención sanitaria se resume en el Anexo 3. El documento también proporciona orientación a los farmacéuticos sobre el apoyo a la alfabetización sanitaria (Anexo 4) y al empoderamiento de las mujeres (Anexo 5).

El grupo de trabajo realizó además una encuesta entre las organizaciones miembro de la FIP sobre las intervenciones existentes de los farmacéuticos y los resultados están disponibles en el Anexo 6.

Con la publicación de este documento de referencia, la FIP ha demostrado un verdadero liderazgo mundial, e instamos a otros socios profesionales, sin fines de lucro o de la industria a que se unan a nosotros y participen activamente en esta área. Este documento tiene por objeto proporcionar una plataforma para el debate con diversos asociados sobre este importante tema

1 Las mujeres como cuidadoras

1.1 Cuidado de los niños

Como madres, las mujeres son las principales encargadas de atender las necesidades de sus hijos, incluida su salud. La Figura 1 muestra que casi cuatro de cada 10 mujeres adultas (38%) tienen hijos dependientes (menores de 18 años) en el hogar. Además de sus responsabilidades regulares en la crianza de los hijos, más de una de cada 10 madres (12%) son también cuidadoras de un familiar enfermo crónico o discapacitado.⁷

Una encuesta realizada en 31 países en desarrollo reveló que solamente el 4% de las mujeres de estos países utilizan servicios de guardería, mientras que casi el 40% se ocupan ellas mismas de sus hijos.¹⁰ Estos arreglos limitan a las mujeres a trabajos menos formales y peor remunerados y pueden exponer a sus niños a riesgos para la salud y la seguridad.

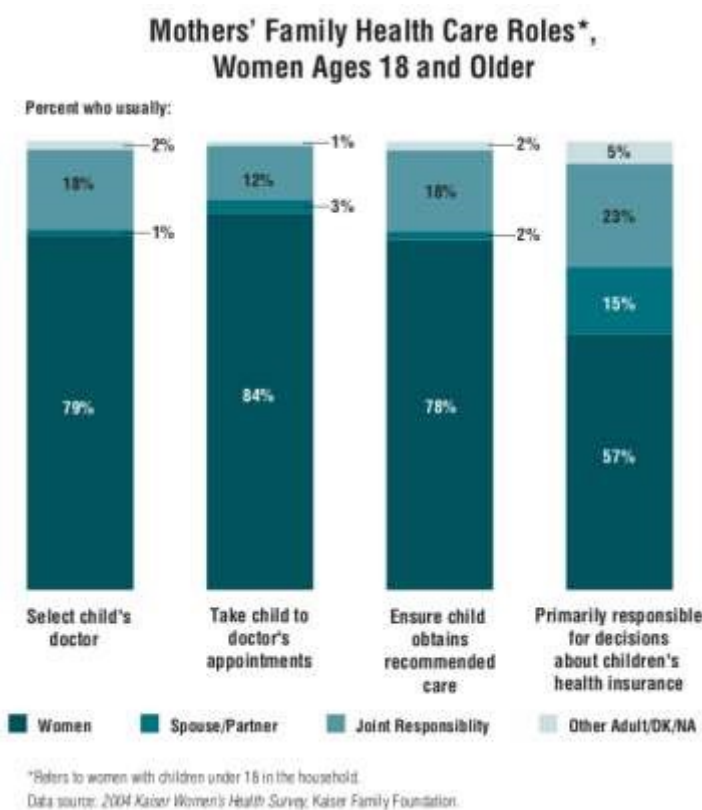


Figura 1. Papel de las mujeres en la Atención de salud de sus niños⁷

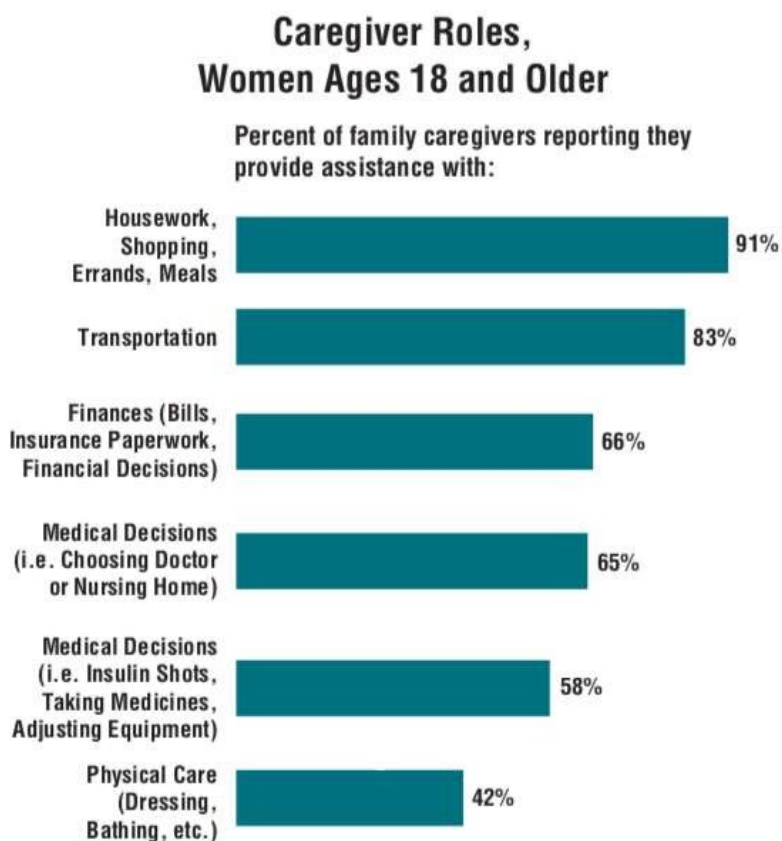
1.2 Cuidado de los miembros de la familia

Los sistemas de salud dependen en gran medida del trabajo no remunerado e informal que recae desproporcionadamente en las mujeres. Los datos de los EE.UU. muestran que las mujeres son las principales proveedoras (66%) de cuidados de larga duración. Las mujeres estadounidenses dedican un 50% más de tiempo a las funciones de cuidado que los hombres.¹¹ Un estudio de seis países africanos mostró que el 81% de los cuidadores informales son mujeres.¹²

El 12% de las mujeres cuidan a un miembro de la familia que tiene una enfermedad crónica, está discapacitado o es anciano, en comparación con el 8% de los hombres.⁷ Casi la mitad de estas mujeres cuidan a uno de sus padres o suegros (47%), a su cónyuge (18%), a un hijo (12%) o a otros parientes (2%).

Una parte considerable de las cuidadoras pasan el tiempo equivalente a un trabajo a tiempo completo cuidando a los miembros enfermos de su familia. El tiempo semanal involucrado en el cuidado varía de menos de cinco horas por semana (18%) a más de 40 horas (29%). Las cuidadoras de bajos ingresos dedican más tiempo al cuidado de los miembros de su familia que las mujeres con ingresos de al menos el doble de los ingresos definidos como pobreza, que tienen más recursos para pagar por el cuidado profesional. Cuarenta y cuatro por ciento de las cuidadoras de bajos ingresos asisten durante 40 horas o más, en comparación con el 17% de las cuidadoras con ingresos familiares que son al menos el doble de los ingresos definidos como pobreza. Por lo general, a las cuidadoras familiares no se les paga por su tiempo, y para aquellas que lo hacen a tiempo completo, su capacidad de obtener ingresos a través del trabajo externo se ve comprometida, lo cual puede ser particularmente difícil para las mujeres de bajos ingresos.⁷

Las cuidadoras proporcionan asistencia en una amplia gama de actividades diarias (consultar la Figura 2). Dos tercios de las cuidadoras participan en las decisiones médicas de sus familiares. Seis de cada 10 proporcionan atención médica, como ayuda con medicamentos, inyecciones y equipo. Muchas cuidadoras informales no reciben capacitación formal en estas tareas y deben aprender a realizarlas para mantenerse al día con las necesidades de salud de sus familiares.⁷



Data source: 2004 Kaiser Women's Health Survey, Kaiser Family Foundation.

Figura 2. Papeles de las mujeres cuidadoras⁷

Un estudio reciente realizado entre 2.400 cuidadoras familiares de personas con demencia en los Países Bajos ha demostrado que el 10% siente que la carga de la atención es "pesada" y el 36% la considera "bastante pesada".¹³ Se sabe que los porcentajes de inmigrantes mayores con una o más afecciones crónicas que reciben atención familiar son del 60% para los originarios de Marruecos, del 30% para los inmigrantes

turcos y del 23% para los surinameses. Estos porcentajes son mucho más altos que los de los holandeses nativos de edad avanzada con demencia crónica, de los cuales solo el 10% recibe atención familiar.

1.3 Impacto del trabajo de cuidadora sobre las mujeres

El trabajo de cuidadora en su sentido primario está conectado a una experiencia positiva. Muchas cuidadoras familiares reportan experiencias positivas del cuidado, incluyendo un sentido de retribución a alguien que los ha cuidado previamente, la satisfacción de saber que sus seres queridos están recibiendo una atención excelente, así como un sentido de crecimiento personal y un mayor significado y propósito en sus propias vidas. Algunas cuidadoras sienten que están transmitiendo una tradición de cuidado y que, al modelar el cuidado, es más probable que sus hijos las cuiden si es necesario.¹⁴

Muchas cuidadoras también informan que encuentran beneficios en su papel y actividades. Esto es visto como una forma positiva de lidiar con circunstancias y situaciones estresantes, a través de reevaluaciones positivas, creencias espirituales u otros mecanismos de adaptación ante el estrés.¹⁴

Algunas mujeres cuidadoras reportaron una "ganancia" de ser cuidadoras, con más propósito en la vida que las mujeres que no tenían que prestar cuidados. Algunas mujeres sienten efectos beneficiosos, incluyendo más autonomía, más crecimiento personal y más aceptación de sí mismas cuando cuidan de sus amigas.¹⁵



Figura 3. Atención familiar para inmigrantes con demencia. Percepciones de cuidadores con antecedentes turcos, marroquíes, surinameses y holandeses con respecto al cuidado de un pariente cercano con demencia.¹³

Según la Figura 3, la atención familiar se percibe como superior a la atención profesional, y es principalmente una tarea para las mujeres en países como Turquía, Marruecos o Surinam. Las mujeres de la familia que cuidan de sus parientes tienen respeto y aprecio, y la manera singular en que cuidan a sus parientes podría ser satisfactoria, incluso si es una carga pesada. Si cuentan con el apoyo adecuado, las cuidadoras familiares pueden tener éxito en satisfacer las necesidades de los pacientes y el cuidado puede convertirse en una experiencia gratificante.

Sin embargo, muchos casos no son tan ideales. Existe mucha evidencia que demuestra que el cuidado puede tener efectos negativos en la salud de las cuidadoras. Puede tener consecuencias físicas, emocionales y financieras para las mujeres, especialmente si no reciben apoyo. En la actualidad, los sistemas de salud dependen en gran medida de las mujeres como cuidadoras informales, pero no les proporcionan el apoyo adecuado.

1.3.1 El trabajo de cuidadora y el impacto negativo en la salud física

El impacto de la prestación de cuidados puede conducir a necesidades de cuidados a largo plazo para la cuidadora. Una encuesta nacional de los Estados Unidos muestra que el cuidado puede llevar a las mujeres a descuidar sus propias necesidades de salud:¹⁶

- El 21% de las cuidadoras accedieron con menos frecuencia a los exámenes de mamografía
- Hasta dos de cada tres mujeres mayores no aprovechan los servicios de salud preventiva debido a la falta de información y a los altos costos para su bolsillo.
- El 25% de las mujeres cuidadoras tenían problemas de salud debido a sus actividades de cuidado.
- Las mujeres que pasan nueve o más horas a la semana cuidando a un cónyuge enfermo o discapacitado duplican su riesgo de enfermedad coronaria.

Otros efectos sobre la salud observados fueron la presión arterial elevada y un mayor riesgo de desarrollar hipertensión, un estado de salud percibido más bajo, una función inmunitaria más deficiente, una cicatrización más lenta de las heridas y un mayor riesgo de mortalidad, y se descubrió que más de un tercio de las cuidadoras cuidan de forma intensiva y continuada de otras personas mientras ellas mismas padecen de una salud deficiente. Este problema ha prevalecido desde 1999, cuando un estudio indicó que, en comparación con las no cuidadoras, las mujeres cuidadoras tenían el doble de probabilidades de no obtener una receta para sí mismas debido al costo (26% vs. 13%).¹⁷ Las mujeres mayores que cuidan a un ser querido con demencia pueden ser particularmente susceptibles a los efectos negativos para la salud de cuidar a un ser querido, ya que reciben significativamente menos ayuda de los miembros de la familia para sus propias discapacidades. Por ejemplo, en 2015, más de un tercio de las cuidadoras primarias (37,8%) en Australia tenían una discapacidad o necesidades de salud adicionales.¹⁸

Debido a los efectos físicos y emocionales del cuidado y a los factores de riesgo de enfermedad, es menos probable que las mujeres que cuidan de otros tengan cubiertas sus propias necesidades de salud. Un estudio encontró que las mujeres que cuidaban a un cónyuge enfermo o discapacitado eran más propensas a reportar antecedentes personales de hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia.¹⁴ Estas mismas cuidadoras también eran ligeramente más propensas a fumar y a consumir más grasas saturadas. Además, en comparación con las mujeres que no cuidan de otros:¹⁹

- -El 25% de las cuidadoras (vs. 17%) calificaron su propia salud como regular o deficiente.
- 54% (vs. 41%) tenía una o más condiciones de salud crónicas
- 16% (vs. 8%) fueron dos veces más propensas en el último año a no buscar la atención médica necesaria
- El 25% (vs. 16%) tuvo dificultades para acceder a la atención médica

Un estudio de caso llevado a cabo en la Universidad Estatal de Pensilvania en los Estados Unidos de América usando muestreo intencional identificó los siguientes problemas para las cuidadoras de los cónyuges mayores:²⁰

- Equilibrar las múltiples morbilidades
- Sentirse abrumada y exhausta
- Lidiar con problemas de salud personales
- Coordinación de la atención

1.3.2 El trabajo de cuidadora y el impacto negativo en la salud mental

Los niveles más altos de depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental son comunes entre las mujeres que cuidan a un familiar o amigo mayor. Los estudios encontraron que los hombres responden a las responsabilidades de cuidado de una manera fundamentalmente diferente. Las mujeres tienden a quedarse en casa para proporcionar cuidados que consumen mucho tiempo a amigos o familiares enfermos o discapacitados, mientras que los hombres responden a las necesidades de apoyo de sus seres queridos retrasando la jubilación para aliviar la carga financiera asociada con los cuidados a largo plazo.

El impacto del cuidado intensivo de las mujeres puede ser considerable; el 51% de las mujeres cuidadoras presentaban síntomas de depresión vs. el 38% de las no cuidadoras.¹⁵ Un estudio de cuatro años encontró que las mujeres de mediana edad y de edad avanzada que proporcionaban atención a un cónyuge enfermo o discapacitado tenían casi seis veces más probabilidades de sufrir síntomas de depresión o ansiedad en comparación con las que no tenían responsabilidades como cuidadoras.²¹ Sin embargo, no sólo la atención a un cónyuge puede afectar la salud mental. El mismo estudio encontró que las mujeres que cuidaban a sus padres enfermos tenían el doble de probabilidades de sufrir síntomas de depresión o ansiedad que las que no cuidaban de ellos.

Una de cada cinco cuidadoras de 18 a 39 años dijo que el estrés casi siempre estaba presente en sus vidas: casi el doble que las que no eran cuidadoras y para los cuidadores de género masculino. El impacto negativo en las relaciones y redes sociales de las cuidadoras debido a su reducida capacidad para participar en actividades ajenas a su función de cuidadoras puede llevar a que éstas experimenten un aislamiento social, lo que a su vez puede afectar a su bienestar psicológico. Los estudios han demostrado que las mujeres son más vulnerables que los hombres a los efectos de la reducción del apoyo social²².

Una encuesta sobre la salud mental mundial realizada por la Organización Mundial de la Salud en 20 países mostró que, entre el 26,9 a 42,5% de cuidadores en países de ingresos altos, medios-altos y medios-bajos que informan sobre problemas graves de salud. ¹⁶De esos cuidadores, 25.2 a 29.0% estaban luchando con la falta de tiempo privado y 13.5-19.4% con la falta de dinero, mientras que 24.4-30.6% sentían angustia y 6.4-21.7% sentían vergüenza. Las cargas objetivas (tiempo, financieras) y subjetivas (angustia, vergüenza) en los países de ingreso medio bajo/bajo eran de dos a tres veces más altas que en los países de ingreso alto, con una carga financiera promedio del 14,3% del ingreso familiar medio en los países de ingreso alto, del 17,7% en los de ingreso medio-alto y del 39,8% en los de ingreso medio-bajo. Las mujeres reportaron una carga más alta que los hombres. Las enfermedades mentales causadas por el cuidado fueron reportadas con mayor frecuencia por los cónyuges e hijos que por los padres o hermanos.²³

Un factor particularmente importante para determinar el impacto de la atención en la salud mental es la cantidad de atención por semana que proporciona una mujer. Un estudio²¹ encontró un notable aumento en el riesgo entre las mujeres que proporcionaban 36 o más horas semanales de atención a un cónyuge. Es probable que exista un umbral de participación en el tiempo, por encima del cual la probabilidad de que se produzcan consecuencias para la salud mental aumenta rápidamente.²¹

La incidencia de síntomas o experiencias no se limita a la depresión. Varios estudios han identificado otros rasgos comunes de la experiencia de las mujeres como cuidadoras:

- Mayor nivel de hostilidad y una mayor disminución de la felicidad de un miembro de la familia
- Mayor aumento de los síntomas de depresión, menor "dominio personal" y menor autoaceptación
- Alto estrés relacionado con el cuidado¹⁵

Un estudio sobre el abuso verbal y físico sufrido por los cuidadores realizado en los EE.UU. encontró que el 51% de la muestra informó de alguna forma de abuso en los 12 meses anteriores a la evaluación.²⁴ Los cuidadores que informaron de alguna forma de abuso informaron de una angustia y una carga significativamente mayores que los cuidadores que no informaron de ningún tipo de abuso. Estos datos indican que los médicos deben atender los incidentes de abuso verbal y físico que puedan ocurrir entre los cuidadores y los receptores de los cuidados.¹⁵

1.3.3 Impacto financiero de la prestación de cuidados

A medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres y su participación en la fuerza laboral, la prestación de servicios de cuidado podría plantear problemas financieros aún mayores para muchas trabajadoras, debido principalmente a la pérdida de salarios debido a la reducción de las horas de trabajo, el tiempo fuera de la fuerza laboral, las licencias familiares o la jubilación anticipada.¹⁵

Sin embargo, hay una razón relacionada, y más fundamental, por la que el trabajo de cuidado sigue estando tan persistentemente infravalorado. Las mujeres, especialmente las de las comunidades migrantes y

minoritarias, suelen realizar la mayor parte del trabajo de cuidado no remunerado. En muchos sentidos, estas mujeres están subvencionando la atención pública a costa de su empleo, tiempo y bienestar. Sin embargo, su trabajo es a menudo desestimado como "trabajo de mujeres". Hasta hace poco, este tipo de discriminación también tenía sus raíces en la forma en que las organizaciones recopilaban -o, mejor dicho, no recopilaban- datos sobre el trabajo de cuidado no remunerado y las actividades domésticas: los datos a menudo pasaban por alto las importantes contribuciones de las mujeres en el hogar y solo reforzaban los estereotipos de género sobre el trabajo de cuidado no remunerado. Este tipo de discriminación a menudo deja este trabajo mal pagado y subestimado, e impide que las mujeres que lo realizan logren el pleno empoderamiento económico.²⁵

Además, el cuidado es caro. Ya sea que esté pagando por medicamentos recetados, instalando rampas para sillas de ruedas o comprando suministros consumibles, el cuidado tiene un impacto económico significativo en una familia. Las mujeres que son cuidadoras familiares tienen 2,5 veces más probabilidades que las que no lo son de vivir en la pobreza y cinco veces más probabilidades de recibir ingresos suplementarios de seguridad. Además, un estudio mundial realizado en 2011 por MetLife reveló que el 23% de las personas que no trabajan y el 20% de las que trabajan como cuidadoras proporcionaban asistencia financiera a los padres a los que cuidan.²⁵

Los costos de la prestación de atención son altos, pero las demandas de tiempo de los cuidadores también son sustanciales. Las estimaciones indican que el 20% de todas las trabajadoras en los Estados Unidos de América son cuidadoras familiares. Sin embargo, las mujeres no abandonan sus responsabilidades como cuidadoras debido al empleo. En cambio, hacen frente a las presiones combinadas del cuidado de un ser querido, su necesidad de ingresos, la dependencia de programas públicos a menudo inadecuados y la disminución de las prestaciones relacionadas con el empleo. Las cuidadoras solteras pueden tener incluso menos opciones para equilibrar el trabajo y el cuidado.²⁵

Estas cuidadoras a menudo tienen múltiples funciones y responsabilidades y a menudo se enfrentan a sus propios retos económicos y de salud. Muchas son de bajos ingresos y tienen problemas de salud crónicos. Las cuidadoras varían según la edad: el 41% tiene entre 18 y 44 años, el 42% tiene entre 45 y 64 años y el 16% tiene 65 años o más. Cuatro de cada 10 cuidadoras tienen hijos menores de 18 años y casi seis de cada 10 trabajan fuera del hogar (56%). Una parte significativa (40%) se encuentra en familias con ingresos familiares inferiores al doble de los ingresos definidos como pobreza, en comparación con el 29% de las no cuidadoras.⁷

Un estudio nacional realizado en los Estados Unidos de América sobre las mujeres y el cuidado de personas mayores puso de relieve las demandas conflictivas de trabajo y cuidado de las personas mayores.²⁶ El estudio encontró que:²⁵

- 33% de las mujeres que trabajan reducen las horas de trabajo
- 29% dejaron pasar una promoción, capacitación o asignación de trabajo
- 22% se tomó un permiso de ausencia
- 20% pasó de un empleo a tiempo completo a uno a tiempo parcial
- 16% renunció a su trabajo
- 13% se jubiló anticipadamente

Otras investigaciones presentan un panorama similar. Por ejemplo:

- El impacto negativo en un fondo de jubilación de cuidadores es de aproximadamente 40.000 dólares más para las mujeres que para los hombres.
- Las responsabilidades más intensas de los cuidadores tienden a tener un mayor impacto en las probabilidades de jubilarse. Las mujeres que ayudan a varios miembros de la familia o amigos tienen un 50% más de probabilidades de jubilarse que las mujeres que no cuidan de otros.
- El cuidado reduce las horas de trabajo remunerado de las mujeres de mediana edad en aproximadamente un 41%.
- En total, el impacto del costo de la prestación de cuidados en las cuidadoras individuales en términos de salarios perdidos y prestaciones de seguridad social es igual a 324.044 dólares estadounidenses.²⁵

La prestación de cuidados supone una carga adicional para la precariedad de los ingresos de jubilación de muchas mujeres, ya que el tiempo fuera de la fuerza laboral no solo tiene consecuencias financieras a corto plazo. Para la mayoría de las mujeres, la reducción de las contribuciones a las pensiones, la seguridad social y otras plataformas de ahorro para la jubilación es el resultado de la reducción de las horas de trabajo o de los

años de trabajo. Las mujeres cuidadoras en Estados Unidos de América tienen muchas menos probabilidades de recibir una pensión y, cuando lo hacen, la pensión es aproximadamente la mitad de la cantidad que reciben los hombres. También es probable que pasen un promedio de 12 años fuera de la fuerza laboral criando niños y cuidando a parientes o amigos mayores.

Para complicar el panorama, los investigadores han encontrado que las mujeres que redujeron sus horas de trabajo mientras prestaban cuidados no aumentaron sus horas de trabajo una vez que se pararon los cuidados. Además, las cuidadoras que regresan a un empleo de tiempo completo después de haber sido cuidadoras tienen más probabilidades de ganar salarios más bajos, de tener un trabajo "pobre en beneficios" y de recibir beneficios de jubilación reducidos.¹⁵

Se estima que la contribución de las mujeres a la atención sanitaria representa casi el 5% del producto interno bruto mundial, pero casi la mitad de esta contribución no es remunerada y no se reconoce. Un estudio de cuidadores voluntarios en seis países africanos encontró que el 81% de los cuidadores informales eran mujeres, y solo el 7% de los cuidadores recibían un pago.¹²

Como aspecto positivo, algunos países como Costa Rica, Turquía y el Reino Unido, entre otros, han introducido reglamentos que remuneran el trabajo de cuidado informal y proporcionan protecciones relacionadas con el empleo¹².

Costa Rica, al igual que muchos países de América Latina, se caracteriza por tener una estructura social en la que las mujeres desempeñan un papel esencial en el cuidado de la familia, además de sus otras tareas. Según una "Encuesta sobre el uso del tiempo" realizada en 2011, las mujeres costarricenses dedican aproximadamente 70 horas semanales de trabajo, de las cuales 37 horas corresponden a trabajo no remunerado. Los autores incluyeron el cuidado informal en esta categoría, con un estimado de 15 horas por semana. También descubrieron que el tiempo invertido sería mayor con el aumento de los niveles de dependencia de la persona atendida. Además, este comportamiento no guardaba relación con el nivel de escolaridad de las mujeres²⁷.

En el caso de los adultos mayores, se reconoce que la mayoría de sus cuidadores son mujeres, principalmente hijas que residen en el hogar de sus padres. En este caso, el 79% de los entrevistados dedicó más de 24 horas semanales a la atención.²⁸

1.4 Empoderamiento en las decisiones económicas

Existen diferencias de género en la experiencia de las personas con mala salud y en su acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, las mujeres suelen ser las proveedoras de atención de la salud, mientras que los hombres participan con mayor frecuencia en la toma de decisiones financieras sobre la atención de la salud y el transporte de familiares enfermos a clínicas y hospitales.²⁹

Cuando las mujeres no están embarazadas, algunos esposos y familias pueden considerar los problemas de salud de las mujeres como una posible interferencia en el mantenimiento del hogar. Los esposos y los miembros de la familia ampliada pueden considerar que los problemas generales de salud de la mujer reducen aún más los limitados recursos financieros del hogar, especialmente si el costo del tratamiento es elevado. A veces, a las propias mujeres se les plantea la norma cultural de que sus problemas de salud (y otros aspectos de sus vidas) son menos importantes y, por lo tanto, pueden minimizarlos.³⁰ Estos puntos de vista son dependientes de la cultura y no son la norma en todas las poblaciones.

En muchos países en desarrollo, las mujeres no están facultadas para hacer recomendaciones por sí mismas sobre cuándo buscar atención médica o cuándo pagar los medicamentos recetados. En muchas situaciones, estas decisiones son tomadas por el marido o los suegros.

En muchas culturas, las actividades productivas y las actividades reproductivas (es decir, tener hijos) se valoran de manera diferente. Por lo general, la obtención de ingresos aporta mayor autonomía, poder de decisión y respeto en la sociedad. Dada la mayor participación de los hombres en la fuerza de trabajo remunerada y sus mayores ingresos, incluso cuando se calculan los costos de las actividades domésticas y de otro tipo de las mujeres, por lo general gozan de más autonomía y de un estatus social más elevado. Las

diferencias de género en la situación económica y el poder adquisitivo afectan el comportamiento de búsqueda de salud y los resultados de salud de hombres y mujeres.³¹

De hecho, tener hijos y cuidar de los miembros de la familia también es productivo y beneficioso para la sociedad y la economía. Por ejemplo, la economía sensible al género incluye el trabajo no remunerado de cuidado en el hogar en el concepto de trabajo productivo y el trabajo remunerado informal, como las actividades generadoras de ingresos en el hogar y el trabajo en organizaciones sin fines de lucro o no gubernamentales.³¹

La investigación sobre el género y los determinantes económicos de la salud y la enfermedad es relativamente escasa. Tomando como ejemplo la salud mental, se han realizado algunos estudios en varios países que demuestran una clara relación entre los factores económicos y la salud mental por género. Las estrategias que abordan los determinantes estructurales, por ejemplo, para promover la educación de las mujeres, pueden reducir la carga de los trastornos mentales comunes en las mujeres.³²

La mala salud es una limitación importante para quienes intentan ascender en la escala económica y puede hacer que los programas de lucha contra la pobreza sean ineficaces. Por lo tanto, los esfuerzos generales de reducción de la pobreza dirigidos a las mujeres deben incorporar la atención de la salud. La ampliación de los programas de atención sanitaria es una de las medidas más urgentes. Por ejemplo, algunos países pueden beneficiarse enormemente de la integración de respuestas profesionales a la violencia contra las mujeres en los programas de salud o de la capacitación de los trabajadores de la salud para que reconozcan los signos de violencia.²⁷ Además, puede resultar beneficioso promover el respeto por las mujeres entre los profesionales de la salud y proporcionar capacitación a las cuidadoras informales.

Por último, la educación de los hombres adultos sobre los beneficios de la igualdad de género ha tenido un gran impacto en algunos países; demostrar a los hombres que pueden ser agentes de cambio y que todos los miembros de la sociedad que se benefician de la igualdad de género son un paso vital para transformar las relaciones de género y mejorar la salud. En Nicaragua, por ejemplo, los talleres para hombres sobre igualdad de género y masculinidad han dado como resultado una reducción de la violencia en la pareja íntima, una mayor participación de los hombres en las tareas domésticas, incluidos los cuidados, y un aumento de la toma de decisiones compartida por las parejas.³³

2 Farmacéuticos que apoyan a las mujeres

Las mujeres son las cuidadoras no profesionales más cercanas a los profesionales de la salud y, en la mayoría de los casos, son las que visitan las farmacias y asumen la responsabilidad de la salud en el hogar. En general, las mujeres tienden a buscar tratamiento y a acudir a los consultorios médicos o a las farmacias con más frecuencia que los hombres. A menudo es la mujer quien anima a los miembros de la familia a visitar a los profesionales de la salud y quien se asegura de que tomen los medicamentos y entiendan su tratamiento. Con el envejecimiento de la población, cada vez más las mujeres se ofrecen como voluntarias o se les pide que cuiden de sus familiares ancianos. Los farmacéuticos pueden apoyar a las mujeres en estas funciones cada vez más comunes. Al intervenir con compasión y proporcionar información, recursos y apoyo, los farmacéuticos pueden afectar positivamente a las personas que reciben atención y a sus cuidadoras.

Los farmacéuticos son a menudo clasificados como los profesionales de la salud más confiables. La relación del farmacéutico con las mujeres cuidadoras es clave para el valor que las mujeres otorgan a la farmacia como recurso comunitario. En relación con este hecho, las mujeres son más proactivas a la hora de abordar sus problemas de salud y muchas se han involucrado en otras iniciativas comunitarias.³⁴ Una encuesta transversal realizada entre adultos de 35 años o más en las farmacias comunitarias del Reino Unido reveló que las mujeres tenían más probabilidades de haber obtenido medicamentos y pedido asesoramiento (76%) que los hombres. Hubo una ligera variación en las edades que oscilaban entre el 67% de los 35 a 44 años y el 75% de los 65 a los 74 años. La salud deficiente autoevaluada fue el factor clave en la obtención de medicamentos, tanto de venta con receta como de venta libre. Aquellos con una salud más deficiente son más propensos a visitar las farmacias cada mes. Esto brinda una oportunidad para que las iniciativas de salud pública se lleven a cabo en las farmacias.

2.1 Prevención de las enfermedades transmisibles por parte de los farmacéuticos

Los farmacéuticos están calificados para monitorear y revisar los tratamientos de los pacientes, identificar errores de medicación y proporcionar a los equipos de atención sanitaria recomendaciones terapéuticas. Muchos países permiten a los farmacéuticos clínicos recetar medicamentos en cierta medida (por ejemplo, los Estados Unidos de América, el Reino Unido, Canadá y Nueva Zelanda).³⁶ Además, los farmacéuticos promueven la buena salud y los hábitos de uso de los medicamentos en sus comunidades mediante la realización de campañas de salud pública y la oferta de consultas farmacéuticas para los pacientes que lo necesiten. Los farmacéuticos están bien posicionados para proporcionar vacunas como una herramienta útil para prevenir enfermedades. El suministro de vacunas en farmacias aumentaría la accesibilidad y la capacidad nacional para responder a los riesgos de pandemias sin comprometer la calidad de los servicios.³⁷ El asesoramiento sobre medicamentos, la prescripción de medicamentos y la administración de vacunas permiten a los farmacéuticos desempeñar un papel fundamental en la prevención de las enfermedades transmisibles, en particular en las mujeres.

A través de un proceso de cribado, los farmacéuticos evalúan si pueden o no ofrecer una solución a través del tratamiento de síntomas de dolencias menores.³⁷ Si los farmacéuticos son incapaces de resolver un problema por sí mismos, derivan a los pacientes a otros profesionales de la salud.

Ejemplo del Reino Unido

Para facilitar la detección y el tratamiento de las infecciones por clamidia, especialmente entre los adultos jóvenes, la National Pharmacy Association (NPA) (Asociación Nacional de Farmacia) inició un servicio de "Prueba y tratamiento de clamidia" en 2008. Se ofreció después de que la azitromicina se lanzara oficialmente como un medicamento de venta libre. Entre cinco y diez pruebas al día fueron recibidas por GLG Laboratories, un socio de la NPA en este servicio. Los farmacéuticos pueden suministrarle comprimidos a las personas a las que se ha confirmado que tienen un resultado positivo en la prueba de clamidia de la Técnica de Amplificación de Ácido Nucleico (NAAT, por sus siglas en inglés: Nucleic Acid Amplification Technique) y a sus parejas sexuales sin que tengan que someterse a una prueba. Aproximadamente el 70% de los miembros de la NPA están calificados para prestar este servicio. El servicio es gratuito para los jóvenes de 16 a 24 años.³⁷

Además, la Real Sociedad Farmacéutica lanzó una campaña llamada "Pregunte sobre los medicamentos". Más de 100.000 copias de su folleto "Pregunte sobre la salud sexual" se distribuyeron a farmacias comunitarias y organizaciones de atención primaria en 2005 como parte de la campaña. El objetivo era transmitir el mensaje de que los farmacéuticos de la comunidad están en una posición ideal para proporcionar ayuda y asesoramiento especializado en todos los aspectos de la salud sexual. Este folleto fue diseñado para animar a las personas a visitar las farmacias locales para recibir asesoramiento sobre salud sexual.³⁷

Ejemplo de Bélgica

En 2009, los farmacéuticos belgas prestaron asistencia en campañas alineadas con los programas nacionales o regionales de vacunación, especialmente dirigidas a pacientes con enfermedades crónicas, mujeres embarazadas y personal de la salud. Los resultados de estas iniciativas fueron alentadores: entre 2006 y 2009 se produjo un aumento de las tasas de vacunación contra la gripe en la población en general del 14,8% al 17,3%.³⁸

Ejemplo de EE.UU.

El virus del papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual que causa muchos cánceres cervicales y vaginales.³⁹ La vacunación de adolescentes y chicas pre-púberes puede prevenir la infección con los tipos más comunes de VPH. Específicamente, la promoción de programas de vacunación conducidos desde la farmacia puede ayudar a mejorar las tasas de vacunación contra el VPH entre las niñas. Los Estados Unidos son un ejemplo de un país que comúnmente permite a los farmacéuticos administrar vacunas contra el VPH. A partir de enero de 2016, la mayoría de los estados (40/51) otorgan a los farmacéuticos la autoridad para administrar vacunas contra el VPH, establecer requisitos de autorización de vacunación de terceros, estipular restricciones de edad y respetar los requisitos relativos a la práctica, incluidas la capacitación y la presentación de informes.

Ejemplo de Irlanda

Los farmacéuticos han estado administrando vacunas contra la influenza desde 2011, cuando cerca de 1.400 farmacéuticos fueron capacitados para hacerlo. Posteriormente, en 2013, la Irish Pharmacy Union (Unión de Farmacias de Irlanda) dirigió una actividad en la que los farmacéuticos administraron vacunas contra la gripe estacional a los pacientes elegibles. El servicio es gratuito para las personas en situación de riesgo, como los ancianos, las mujeres embarazadas y las personas con enfermedades crónicas. Como resultado, el 23% de los pacientes que recibieron una vacuna de su farmacéutico nunca antes habían recibido una vacuna contra la gripe, el 81% de estos pacientes eran de alta prioridad (o grupos de pacientes considerados de riesgo), y el 90% de todos los pacientes que recibieron una vacuna estaban en este grupo de "riesgo". Los datos estadísticos revelaron que las farmacias comunitarias contribuyeron a reducir el número de casos de gripe en Irlanda y, en consecuencia, redujeron los costos de atención.³⁷

Ejemplo de Argentina

Cada año, el gobierno argentino garantiza el acceso gratuito a las vacunas contra la influenza en todo el país a niños pequeños de hasta dos años de edad, mujeres embarazadas, personas mayores de 65 años y personas con factores de riesgo. Los farmacéuticos tienen el importante papel en esta campaña de verificar el estado de inmunización de los pacientes y recordarles cuándo deben vacunarse de nuevo; también identifican y aconsejan a los grupos de pacientes de alto riesgo y administran las vacunas. En 2015, más de 5.000 farmacias, distribuidas en todo el territorio nacional, administraron 480.000 vacunas gratuitamente. No se requirió prescripción médica para la administración en farmacias de las vacunas contra la influenza y el neumococo a personas mayores de 65 años. La campaña ha estado funcionando con éxito durante 19 años y en las farmacias desde 2010, y los pacientes han dado su opinión positiva sobre los servicios prestados.³⁸

En el informe de la FIP sobre el impacto de la farmacia en la inmunización³⁸ y en el documento de referencia de la FIP sobre la "Lucha contra la resistencia a los antimicrobianos"³⁷ pueden encontrarse más ejemplos de servicios de prevención de infecciones y de servicios de inmunización que han tenido éxito.

2.2 Actividades de los farmacéuticos en materia de promoción de la salud y prevención de las enfermedades no transmisibles

La posición especial de los farmacéuticos en los sistemas de salud los convierte en los profesionales de la salud más accesibles. Esto coloca al farmacéutico en una posición ideal para apoyar la salud de las mujeres y sus familiares. A medida que aumentan los costos de la atención de la salud y que los trabajadores de la salud en todo el mundo se ven más sobrecargados, es importante reconocer cómo los farmacéuticos, con sus habilidades y conocimientos particulares, pueden contribuir a la meta de una mejor salud para todos (Anexo 3).

Las organizaciones de farmacéuticos, tanto nacionales como internacionales, desarrollan estrategias de promoción de la salud y el bienestar, estrategias de detección y detección precoz, y campañas educativas dirigidas a un tema o público específico. Los farmacéuticos y sus organizaciones promueven ante los gobiernos y otras partes interesadas la necesidad de adoptar medidas eficaces para mejorar la política, la práctica, la ciencia y la educación en relación con el logro de una buena salud y la prevención de enfermedades. Existe una amplia gama de conocimientos especializados entre estas organizaciones en todo el mundo que pueden movilizarse para la promoción de la salud.⁴⁰

En las directrices conjuntas de la FIP y la OMS sobre buenas prácticas de farmacia, una de las cuatro funciones clave de los farmacéuticos se centra en la promoción de la salud ("Función 4: contribuir a mejorar la eficacia del sistema de atención de la salud y la salud pública"). En términos de este papel, los farmacéuticos tienen responsabilidad directa y obligación de:

- Función B: "Participar en actividades y servicios de atención preventiva" con la siguiente explicación: "Los farmacéuticos deben participar en actividades de atención preventiva que promuevan la salud pública y prevengan las enfermedades, es decir, en ámbitos como el abandono del hábito de fumar y las enfermedades infecciosas y de transmisión sexual" y "Los farmacéuticos deben proporcionar pruebas en el punto de atención, cuando proceda, y otras actividades de cribado de la salud para los pacientes que estén en una posición de mayor riesgo de enfermedad".
- Función C: "Promover y apoyar políticas nacionales que promuevan mejores resultados de salud" con la siguiente explicación: "Los farmacéuticos deben contribuir con grupos públicos y profesionales para promover, evaluar y mejorar la salud en la comunidad".

Como parte del cumplimiento de estas funciones esperadas por la sociedad, los farmacéuticos desarrollan e implementan programas para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Las enfermedades no transmisibles (ENTs) son principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.⁴¹ Las ENTs se producen en gran medida debido a factores de riesgo como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta poco saludable, la falta de ejercicio y factores ambientales poco saludables. Una gran proporción de muertes por ENTs, especialmente en aquellos que aún no han llegado a la vejez, son evitables con intervenciones baratas, costo efectivas y, en algunos casos, de bajo costo.⁴¹ Dado que las mujeres visitan las farmacias con mayor frecuencia, cada visita a la farmacia ofrece una oportunidad para promover dichas intervenciones a las mujeres.³⁵ La FIP está preparando un documento que se publicará en 2019 con una visión general detallada de las intervenciones de los farmacéuticos para prevenir las ENTs.

Un factor de riesgo significativo de ENTs es el consumo de tabaco. La carga del consumo de tabaco sobre la salud de las personas y los sistemas de salud es evidente en países de todo el mundo. Alrededor de 250 millones de mujeres en el mundo fuman a diario. Alrededor del 22% de las mujeres de los países desarrollados y el 9% de las mujeres de los países en desarrollo fuman tabaco. Además, muchas mujeres en el sur de Asia mastican tabaco.⁴² Los farmacéuticos pueden ofrecer servicios para dejar de fumar o para dejar el consumo de tabaco que ayudan a las mujeres a dejar el hábito. Se ha comprobado que los fumadores que reciben ayuda de un profesional de la salud tienen más probabilidades de dejar de fumar que aquellos que tratan de hacerlo por su cuenta. En 2015, la FIP publicó una guía para los farmacéuticos con el fin de ayudarles a establecer servicios para dejar de fumar.³⁴ El documento de la FIP "Estableciendo comunidades libres de tabaco: Una guía

práctica para farmacéuticos" ofrece consejos útiles para los farmacéuticos, también adaptados a diferentes públicos, por ejemplo, las mujeres embarazadas. Los farmacéuticos deben aprovechar todo su potencial como recursos activos y reconocidos para dejar de fumar.²⁰

Los farmacéuticos desempeñan un papel invaluable en el desarrollo y la aplicación de programas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales. A nivel local, la integración de la atención social y mental de los farmacéuticos en la comunidad apoya el acceso equitativo a servicios de salud asequibles, de calidad e integrales. Los farmacéuticos pueden facilitar la integración de las consideraciones de salud mental en todas las áreas del sistema de salud.⁴³

El trastorno por consumo de sustancias es otra área en la que los farmacéuticos pueden desempeñar un papel clave en la promoción de la salud. La American Society of Health-System Pharmacists (Sociedad de Farmacéuticos del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América) afirma que "los farmacéuticos tienen el conocimiento, las habilidades y las responsabilidades particulares para asumir un papel importante en la prevención del abuso de sustancias, la educación y la asistencia". Los farmacéuticos, como proveedores de servicios de salud, deben participar activamente en la reducción de los efectos negativos que el abuso de sustancias tiene en la sociedad, los sistemas de salud y la profesión farmacéutica".⁴⁴ Las sustancias incluyen, pero no se limitan al alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína, la heroína, la metanfetamina y los opiáceos.

Además, los farmacéuticos pueden ayudar a las mujeres a tomar el control de su salud reproductiva. Los farmacéuticos pueden ayudar a las mujeres a desarrollar un plan de vida reproductiva.⁴⁵ Un plan de vida reproductiva consiste en metas o intenciones personales de tener o no tener hijos. Los farmacéuticos pueden ayudar a satisfacer la necesidad de un mejor acceso a los recursos de salud reproductiva mediante el asesoramiento, la educación y la prestación de servicios, incluidos los anticonceptivos y el manejo de las infecciones de transmisión sexual. En los Estados Unidos de América, algunos estados, incluyendo California, Oregón, Washington y Nueva Jersey, permiten a los farmacéuticos recetar anticonceptivos hormonales como la tableta oral y el parche transdérmico sin receta médica.⁴⁷

Durante y después del embarazo, los farmacéuticos pueden proporcionar a las mujeres educación esencial sobre los medicamentos contraindicados, las vitaminas prenatales recomendadas y las opciones de alimentación infantil, como la lactancia materna y la alimentación con fórmula. Para más información, consulte el documento de referencia de la FIP "The effective utilization of pharmacists in improving maternal, newborn and child health (MNCH)".⁶

Ejemplo del Reino Unido

Alrededor del año 2000, en algunas zonas de Irlanda del Norte, una mayor proporción de personas que sufrían altos niveles de violencia también declararon tener una salud deficiente (13%) en comparación con las que vivían en zonas de baja violencia (4%). Se llevó a cabo un estudio en Toome, una aldea rural situada a 20 millas de Belfast, que tenía problemas relacionados con el acceso a los servicios públicos, el transporte y una alta incidencia de suicidios.³⁴ El apoyo financiero provino de Building the Community-Pharmacy Partnership en 2001. Este proyecto gubernamental de 1 millón de libras esterlinas tenía por objeto utilizar las farmacias locales para combatir las causas de la mala salud en Irlanda del Norte.⁴⁸ Una farmacéutica local, gracias a una estrecha relación con las mujeres de la ciudad, que consideraban la farmacia como un recurso comunitario, observó que a muchas madres jóvenes se les prescribían antidepresivos. La farmacéutica reconoció que la falta de transporte accesible, cuidado infantil y apoyo familiar, así como la vulnerabilidad y el aislamiento, estaban afectando la salud de estas mujeres.³⁴ Por lo tanto, en el año 2000, estableció un grupo de discusión semanal para mujeres locales en la farmacia de Toome. Las sesiones se llevaron a cabo dentro del centro de salud que ella compartió con el médico general local.⁴⁸ Comenzando con un pequeño grupo de ocho mujeres durante seis semanas, después de siete años el proyecto había crecido hasta convertirse en un programa anual de eventos relacionados con la salud³⁴ y cada semana, alrededor de 50 mujeres de la localidad se reunían para discutir temas que incluían las hierbas medicinales, el control del estrés, la reflexología y la espiritualidad.⁴⁸

Ejemplo de España

El Consejo General de Colegios Farmacéuticos Oficiales de España lanzó una campaña de salud denominada PLENUFAR en 1992.⁴⁹ La primera edición, denominada PLENUFAR 1, se dirigió a las madres en relación con su papel de amas de casa para asegurar el estado nutricional y los hábitos alimentarios de sus hijos. El objetivo de la campaña era lograr una mejor formación nutricional en un número reducido de sesiones y ofrecer a las mujeres conocimientos que pudieran aplicar de forma inmediata y práctica. En la campaña participaron 3.000 farmacéuticos que asesoraron a 60.000 familias, lo que equivale a unas 240.000 personas. Entre los resultados registrados se encuentra el aumento del consumo de verduras, ensaladas, frutas y pescado y la disminución del consumo de embutidos, tortas, huevos, chocolate y bebidas alcohólicas. PLENUFAR 4 se dirigió a las mujeres que estaban embarazadas o amamantando y encontraron deficiencias en vitaminas (ácido fólico/vitamina B12) y una prevalencia de tabaquismo y alcohol.⁵⁰ PLENUFAR 5 se dirigió a las mujeres menopáusicas y posmenopáusicas y cómo sus experiencias influyeron en la calidad de la dieta y de la vida. En general, cientos de miles de personas se beneficiaron de estas campañas a través de muchos medios de comunicación, incluyendo eventos en vivo, páginas web, artículos científicos y revistas.

2.3 Farmacéuticos empoderando a las mujeres mediante la alfabetización en salud

Dada la gran cantidad de medicamentos que hay en el mercado, sus múltiples indicaciones y las complicadas instrucciones de administración, no es de extrañar que los pacientes se sientan confundidos. Por ejemplo, las personas que padecen de asma y que no tienen conocimientos básicos de salud tienen una menor comprensión de cómo manejar su enfermedad, lo que resulta en más exacerbaciones y más ingresos al hospital.⁵¹ Esto también se aplica a las personas con diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca y muchas otras afecciones:⁵² las personas con bajos niveles de alfabetización son más propensas a malinterpretar las instrucciones de los medicamentos pero, incluso las personas que poseen las habilidades de lectura y escritura adecuadas, tienen una probabilidad de uno de cada tres de interpretarlos erróneamente.⁵³

Los farmacéuticos, como los profesionales de la salud más accesibles, pueden trabajar para empoderar a las mujeres en su papel de cuidadoras informales, para comunicar a las mujeres la necesidad de recibir educación y para apoyar sus conocimientos sobre la salud (Anexo 4). El empoderamiento de las personas para aumentar el control sobre sus necesidades de salud debe ir de la mano de la prestación de un apoyo adecuado en términos de acceso a información de calidad y conocimientos especializados sobre cuestiones específicas. Hoy en día, la información es accesible desde muchas fuentes diferentes, pero su validez y comprensibilidad pueden ser cuestionables. Los profesionales de la salud son la fuente de información más segura y de mayor confianza, y los farmacéuticos suelen ser clasificados como los más confiables entre ellos. Muchas asociaciones de farmacéuticos han desarrollado programas integrales dirigidos a la población en general o a grupos específicos (por ejemplo, niños, ancianos, inmigrantes) para mejorar sus conocimientos sobre la salud y su comprensión de sus derechos y deberes en el ámbito de la atención sanitaria, ya que facilitan la adquisición de conocimientos básicos sobre la salud y, a través de ellos, las aptitudes de empoderamiento de los pacientes y las personas que cuidan a los enfermos (Anexo 5).

En España, el Informe Nacional sobre la Salud de la Mujer señala que la baja alfabetización en materia de salud afecta más a las mujeres que a los hombres y también es un indicador más importante del estado de salud deficiente que otros determinantes sociodemográficos.⁴⁹ Esto crea importantes problemas de salud para las mujeres. Este informe recomendaba varios métodos sencillos para combatir el problema. Uno de ellos fue escribir materiales educativos para pacientes en niveles de lectura más bajos y utilizar una variedad de imágenes para apoyar el texto de estos materiales. También es importante enseñar a los profesionales de la salud cómo comunicar mejor la información compleja y volver a comprobar con los pacientes que han entendido la información correctamente haciendo que repitan lo que han aprendido.

Además, el nivel de alfabetización de las madres tiene un impacto directo en el crecimiento y el desarrollo cognitivo de los niños. A medida que aumenta el tiempo de la madre en la educación formal, disminuye la incidencia de la enfermedad en los niños: hay un mejor estado de inmunización, una mejor nutrición y un mejor rendimiento en las pruebas cognitivas. Es importante distinguir que la alfabetización en salud, el conocimiento de la salud y la educación (escolar, universitaria) pueden estar relacionados, pero son conceptos diferentes. La educación puede influir en la alfabetización en materia de salud, pero la educación avanzada no siempre se correlaciona con una alfabetización sanitaria elevada. Además, el conocimiento sobre la salud tiene un impacto en la educación sanitaria, pero no es lo mismo. Las madres con cierta educación son más activas en la implementación de prácticas de salud, tienen mayor acceso a la información y una mayor influencia en las decisiones sobre la salud de la familia⁵⁴.

Un estudio realizado en Australia en 2014 se centró en el aumento de la alfabetización en materia de salud de las mujeres.⁴² Se descubrió que las mujeres con niveles de educación más bajos, las mujeres de edad avanzada, las mujeres de grupos socioeconómicos más bajos, las australianas indígenas y las mujeres que eran cultural y lingüísticamente diversas tenían más probabilidades de tener una menor alfabetización en materia de salud. Un total de 109 mujeres que formaban parte de estos grupos recibieron sesiones educativas que incluían salud reproductiva, salud y bienestar general, salud preventiva y salud emocional. Una limitación de este estudio fue que su éxito solo se midió con base en una encuesta de satisfacción de tres preguntas realizada a las participantes. Sin embargo, todas las participantes evaluaron positivamente el programa.⁵⁵ Se han realizado esfuerzos similares en otros países (por ejemplo, España, Alemania y Francia) y el número está creciendo. El deseo, la capacidad y la disponibilidad de los farmacéuticos para apoyar a las personas en el bienestar, el autocuidado y la alfabetización en materia de salud también están creciendo.⁵⁷

Las intervenciones eficaces de los profesionales sanitarios ayudan a las personas a tomar buenas decisiones sobre su salud, a adoptar hábitos saludables, a evitar riesgos y a dejar de consumir productos nocivos. La remuneración adecuada de los profesionales sanitarios es esencial para garantizar que las medidas preventivas se traduzcan en un ahorro de costos para el sistema sanitario.

En algunos países, como Corea del Sur, los cuidadores de las personas mayores suelen ser hijas y nueras, que pueden tener ya hijos que cuidar. La disponibilidad de la ayuda de los farmacéuticos para los cuidadores familiares puede mejorarse mediante reuniones de grupo. Las reuniones de grupo y la educación han tenido éxito en las zonas rurales, por ejemplo, en África meridional. Los cuidadores de las zonas rurales no tienen necesariamente acceso a los medios de comunicación y a los motores de búsqueda de Internet. Aunque accesible, la información disponible en Internet no siempre es fidedigna. Los farmacéuticos, especialmente los del sector público, que pueden ser más accesibles, pueden utilizar esta estrategia de reunión de grupo para que la información sobre medicamentos pueda ser discutida y comprendida por grupos de cuidadores.⁵⁸

Ejemplo de Japón

La Japan Pharmaceutical Association (Asociación Farmacéutica Japonesa) colaboró con el Council for the Proper Use of Medications (Junta para el Uso Adecuado de los Medicamentos) para crear una serie de conferencias de farmacéuticos sobre el uso correcto de los medicamentos, dirigidas a alumnos de escuelas primarias y secundarias. El proyecto fue apoyado por una subvención del Ministerio de Salud. El material educativo tenía en cuenta la edad y el grado de los estudiantes.⁵⁶ Los farmacéuticos en Japón también organizan regularmente la "Semana de los medicamentos y la salud" para contribuir al mantenimiento y la mejora de la salud pública y la atención sanitaria mediante la difusión de conocimientos precisos sobre los medicamentos y la promoción de una mayor comprensión del papel de los farmacéuticos.

2.4 Los farmacéuticos estimulando el uso responsable de los medicamentos a través de las mujeres

El uso de medicamentos en la sociedad no solo puede reducir la mortalidad y aumentar la calidad de vida, sino que también puede reducir los costos sanitarios generales. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha encontrado que numerosos estudios han demostrado que solo el 50% de los pacientes en los países desarrollados están tomando correctamente sus medicamentos, y que se supone que este número es aún menor en los países subdesarrollados.⁵⁹ Estos estudios revelan que existe una necesidad significativa de mejorar la educación de los pacientes, y que es mucho lo que se puede ganar con un aumento en el uso responsable de los medicamentos, en particular con una mejor adherencia.

Un estudio realizado en 2012 por el IMS Institute for Healthcare Informatics (Instituto de Informática Sanitaria del IMS) estimó que se pueden ahorrar 500.000 millones de dólares, es decir, el 8% del importe total de los gastos sanitarios, mediante un uso óptimo de los medicamentos. Este estudio consideró la no adherencia a los medicamentos, el uso subóptimo de genéricos, los errores de medicación, el mal uso de antibióticos, la polifarmacia mal administrada y el uso inoportuno de medicamentos al estimar el porcentaje de los gastos totales de salud de cada país. La no adherencia resultó ser el mayor contribuyente y se cree que contribuye a más de la mitad de los costos totales evitables de salud en el mundo. Una de las principales recomendaciones de este estudio fue fortalecer el papel de los farmacéuticos en las intervenciones con los pacientes con respecto a la adherencia a la medicación.⁶⁰

El objetivo del "uso responsable de los medicamentos" es que los componentes del sistema de salud estén alineados para asegurar que los pacientes reciban los medicamentos correctos en el momento adecuado, los tomen correctamente y se beneficien de ellos.⁶¹ Si se educa a los pacientes sobre la importancia del uso responsable de los medicamentos, esto puede tener un efecto muy positivo en su calidad de vida, en la morbilidad y la mortalidad, y en el costo total de la atención de salud.⁶¹

La Figura 4 muestra cómo las mujeres cuidan la salud y el bienestar de la familia y vigilan el uso de los medicamentos. También destaca el papel que los farmacéuticos pueden desempeñar en el desarrollo de intervenciones adaptadas a las mujeres.

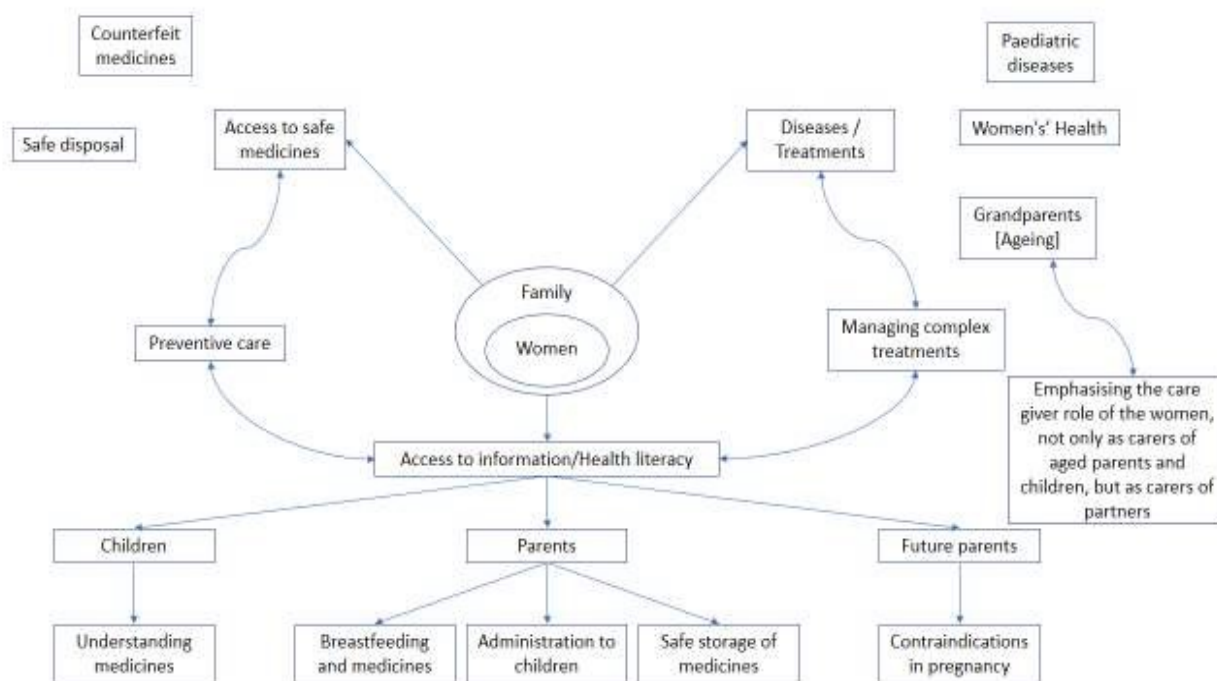


Figura 4. Los farmacéuticos pueden ayudar a las mujeres a proporcionar una mejor atención a la familia aumentando el acceso a la información relacionada con la salud y a medicamentos seguros.

Las mujeres a menudo asumen la responsabilidad de la salud de toda la familia. Buscan información sobre:

- La medicación de sus hijos: asegurarse de que los padres entienden bien los medicamentos de sus hijos. Los farmacéuticos pueden ayudarles simplificando la información.
- Paternidad: el uso correcto de los medicamentos durante la lactancia materna; la administración de los medicamentos a sus hijos; cómo almacenar los medicamentos de forma segura. Los farmacéuticos pueden ayudar en todos los casos, animando a las mujeres a amamantar cuando sea apropiado, ajustando el sabor, la dosis o la formulación del medicamento para que se adapte al niño y dando la información y el asesoramiento adecuados.
- Apoyo antes del embarazo: los farmacéuticos pueden explicar las contraindicaciones de los medicamentos durante el embarazo, ofrecer la revisión de los medicamentos durante el embarazo y la lactancia, y recomendar vitaminas prenatales.
- La menopausia y cómo afecta a los cuerpos de las mujeres: los farmacéuticos pueden ayudar a las mujeres a comprender sus cambios hormonales o los de sus familiares, a diferenciar los síntomas normales o anormales y a manejar esta importante etapa de la vida de las mujeres de la manera más fluida posible. Las mujeres comúnmente experimentan síntomas menopáusicos como bochornos, cambios de humor, trastornos del sueño, dolor en las articulaciones, entre otros.⁶² Los farmacéuticos están en una posición privilegiada para identificar estrategias que ayuden a las mujeres a controlar sus síntomas a través de la medicación o de cambios en su estilo de vida. Esto puede lograrse mediante el asesoramiento, la educación de los pacientes y el suministro de recursos sobre la terapia de reemplazo hormonal. Los farmacéuticos especializados en formulación pueden incluso producir hormonas bioidénticas para necesidades específicas de los pacientes.⁶³

Con una alfabetización e información adecuadas en materia de salud, y con el apoyo de un farmacéutico, las mujeres pueden utilizar los consejos sobre una buena atención para sus familias y facilitar el uso responsable y seguro de los medicamentos. Además, podrán manejar tratamientos complejos y asegurarse de que se tome el medicamento adecuado para una determinada enfermedad (por ejemplo, en los ancianos). Los farmacéuticos pueden capacitar a las mujeres para que preparen, obtengan, almacenen, protejan, distribuyan, dispensen, administren y eliminen de manera eficaz y apropiada los productos médicos, cuando proceda, como parte de la salud y los tratamientos preventivos, tanto para ellas mismas como para las personas a su cargo y, por lo tanto, garantizar una gestión eficaz de las enfermedades y los medicamentos.

Además, los farmacéuticos pueden alentar a las mujeres a que tomen conciencia de su propia salud y aumentar los conocimientos sobre la importancia de la prevención de la enfermedad, lo que podría tener un efecto positivo en la calidad de sus vidas.

Las farmacias comunitarias y hospitalarias son las instalaciones sanitarias más accesibles para los pacientes y los cuidadores informales, por lo que son una parte crítica de la infraestructura del sistema de salud. Los modelos de remuneración de las farmacias tienen por objeto garantizar el uso seguro y responsable de los medicamentos. Desde la perspectiva de los sistemas de salud, estos modelos deben ser rentables. En el caso de las farmacias, también deben ser fácilmente comprensibles para permitir el acceso sostenible a los medicamentos y la prestación de servicios farmacéuticos integrales, incluidos importantes servicios de salud pública.

La viabilidad de la profesión farmacéutica es una cuestión que afecta al sector sanitario en general y a la sociedad en su conjunto. Hoy en día, los farmacéuticos tienen un papel clave que desempeñar para ofrecer soluciones rentables a los pagadores y mejores resultados sanitarios a las personas. Esto es particularmente cierto para los pacientes con múltiples enfermedades y para aquellos con enfermedades crónicas que están tomando varios medicamentos.

Los modelos de remuneración de las farmacias deben basarse en un contrato social entre las farmacias y la sociedad. Por lo tanto, se está avanzando hacia una mezcla de componentes de la remuneración, como la remuneración del suministro de medicamentos y las actividades de dispensación, la incentivación de la eficiencia y la calidad y la aplicación de honorarios profesionales por servicios farmacéuticos centrados en las necesidades de los pacientes. Estos modelos deben valorar lo que las farmacias ya aportan al uso de los medicamentos, la salud pública, los sistemas de salud y la economía por parte de los pacientes, así como adoptar funciones más amplias y prácticas de colaboración dentro de la atención primaria y la atención hospitalaria.⁶⁴

El uso ineficaz de dispositivos médicos es una causa común de la no adherencia a la terapia y también puede causar lesiones relacionadas con los dispositivos y, en el peor de los casos, muertes. Por lo tanto, la educación sobre el uso eficaz de los dispositivos médicos es crucial. Los farmacéuticos deben asegurarse de que las mujeres cuidadoras estén debidamente capacitadas en el uso de dispositivos médicos como los glucómetros.⁵⁸

Las mujeres cuidadoras pueden tener dificultades con la falta de habilidades en la administración de medicamentos parenterales. Si bien la capacitación puede ser proporcionada de forma breve por médicos o enfermeras, es importante que los farmacéuticos, como custodios de los medicamentos, se aseguren de que se sigan las prácticas correctas. El cuidador debería estar facultado para ello mediante una formación adecuada y velando por que la destreza se practique correctamente.⁵⁸

Ejemplo de Filipinas

En Filipinas, se ha desarrollado un programa de farmacia basado en la comunidad que sirve como un buen ejemplo de cómo los farmacéuticos pueden colaborar con las madres jóvenes. Los farmacéuticos han comenzado a llevar a las madres a una actividad de bienestar cada mes durante tres meses, y luego trimestralmente a partir de entonces. La actividad incluye un seminario para madres sobre el uso racional y responsable de los medicamentos y otros temas relevantes para las madres como cuidadoras de la familia. Esta actividad incluye la compilación de perfiles de pacientes de familiares que toman medicamentos crónicos para determinar el programa de bienestar y salud de los residentes de la comunidad. Los farmacéuticos están en la mejor posición para hacer esto, porque son fácilmente accesibles para las madres no sólo como operadores de una farmacia comunitaria sino también como residentes de la comunidad. Los farmacéuticos que participan en este programa están organizados en un grupo: Philippine Society of Family Pharmacists (Sociedad Filipina de Farmacéuticos de Familia).⁵⁸

Ejemplo de Costa Rica

Garantizar el uso responsable de los medicamentos en Costa Rica por parte de las mujeres cuidadoras informales ha sido un reto para las poblaciones vulnerables (por ejemplo, las personas que toman una variedad de medicamento). Reconociendo esto, la Caja Costarricense de Seguro Social ha formalizado un protocolo con los farmacéuticos para involucrarlos en la educación de los pacientes, familiares o cuidadores de manera personalizada.⁶⁵ Asimismo, la Universidad de Costa Rica ha promovido el uso responsable de los medicamentos a través de un proyecto centrado en las características de la comunidad y la accesibilidad.

2.5 Empoderamiento de las mujeres como cuidadoras informales

Las mujeres como cuidadoras se ven afectadas por diversas ideologías sociales como el patriarcado, la feminización de las tareas domésticas y de cuidado y las expectativas de la sociedad. Es importante entender que las mujeres no necesariamente eligen ser cuidadoras, sino que a veces asumen este deber en virtud de su género y del entorno en el que viven. También debe velarse por su bienestar mental, así como por su exposición a diversas infecciones por parte de las personas a las que atienden. El empoderamiento de las mujeres para que sean mejores cuidadoras no sólo mejorará la calidad de vida de los pacientes, sino que en las culturas en las que se prefiere a los niños sobre las niñas, también puede ayudar a aumentar la valoración de las mujeres como hijas, nueras o en otras funciones.⁵⁸

Un farmacéutico puede ayudar a una mujer cuidadora a tener confianza en el trabajo que realiza, por ejemplo, en las áreas resaltadas en la Figura 4 (pág. 24). En algunas culturas, las prácticas patriarcales a veces pueden impedir que las cuidadoras ejerzan su cuidado con tranquilidad.⁵⁸ Una mujer debe comprender la importancia de los medicamentos que está administrando y, por lo tanto, debe ser más asertiva.

Ejemplo de Sudáfrica

En la Sudáfrica rural, las mujeres que son cuidadoras a menudo carecen de confianza. Por lo tanto, cuando un padre o un pariente político se niega a tomar un medicamento por cualquier razón, la mujer puede no ser asertiva porque asume la posición de ser una hija o una nuera en lugar de una cuidadora.⁵⁸

Los farmacéuticos pueden capacitar a las mujeres cuidadoras para manejar tratamientos complejos e identificar las reacciones adversas causadas por los medicamentos, por ejemplo, la ictericia.⁵⁸

Los farmacéuticos también pueden empoderar a las mujeres cuidadoras para evitar las interacciones entre los medicamentos y los alimentos. La capacitación de las cuidadoras para evitar estas interacciones y mantener la seguridad de los tratamientos complejos es esencial para la prestación eficaz de la atención.⁵⁸

2.6 Función del farmacéutico en el apoyo de mujeres en situaciones de crisis

Los desastres han tenido un impacto en la vida de las mujeres de todo el mundo. Los desastres pueden ser naturales, provocados por el hombre o políticos. Incluyen inundaciones, incendios forestales y ataques terroristas, y pueden ocurrir en cualquier lugar y en cualquier momento. Las mujeres en situación de crisis son incapaces de depender de sus mecanismos familiares normales de supervivencia. En los desastres, se les considera comúnmente como víctimas y su papel en el enfrentamiento de las secuelas es muy descuidado. Después de una crisis grave, las mujeres son más propensas a la depresión y a otros trastornos mentales, y esto se debe al trauma, al estrés y a la sobrecarga de trabajo. Sufren emociones fuertes, tensiones y ansiedad. Así, los farmacéuticos pueden proporcionar medicamentos y apoyo psicológico básico a las mujeres afectadas.

La falta de medicamentos y de suministros básicos afecta negativamente a la salud materna e infantil durante las crisis. El principal trauma se produce cuando una situación de crisis provoca un aumento de la mortalidad entre sus hijos, por ejemplo, debido a enfermedades como las infecciones respiratorias agudas, el sarampión, las enfermedades diarreicas y la malnutrición grave. El conocimiento y la experiencia de los farmacéuticos en los esfuerzos de auxilio son invaluable para ayudar a las mujeres y a sus familias en una crisis extrema de acuerdo con las pautas de atención de salud. Los farmacéuticos pueden ayudar en la prevención y el control de infecciones, la inmunización y el tratamiento de enfermedades como la diarrea, el sarampión, las infecciones respiratorias agudas, la neumonía y la malnutrición. La formación de los farmacéuticos los coloca en una posición única para educar al público.

Como el proveedor de atención de salud más accesible, el farmacéutico desempeña un papel especialmente importante cuando un desastre trastorna el sistema de salud de una comunidad. Varios artículos han descrito las experiencias de los farmacéuticos y las lecciones aprendidas tanto en la planificación como en la respuesta a situaciones de crisis. Asimismo, las asociaciones de farmacia han reconocido las responsabilidades y deberes de los farmacéuticos para prepararse y responder a los desastres y para participar en toda la gama de asuntos relacionados con los productos farmacéuticos.⁶⁷

Las mujeres son a menudo vulnerables pero resistentes en circunstancias que escapan a su propio control. Sin embargo, siguen siendo ellas las que buscan atención de salud y supervisan las necesidades de medicamentos de sus familias. Lo más importante es que los farmacéuticos tienen una oportunidad única de ayudar a las personas desesperadas y más merecedoras, al mismo tiempo que proporcionan atención farmacéutica. Los farmacéuticos pueden contribuir a garantizar que las mujeres en crisis dispongan de accesibilidad a tiempo al suministro de medicamentos en el cumplimiento de sus responsabilidades en la práctica actual, así como a las funciones ampliadas de primeros socorristas, triaje, inmunización y administración de primeros auxilios.

En una crisis, un farmacéutico considera el estado actual del entorno vital de las mujeres, dando prioridad, por ejemplo, al acceso a una nutrición equilibrada y a cuidados a largo plazo. Asuntos como el aumento del riesgo de efectos adversos, la capacidad parcial para mantener la continuidad de la atención, la reducción del acceso a una nutrición adecuada y la disminución de la capacidad de los pacientes para almacenar sus medicamentos de manera adecuada, plantean una serie de desafíos para los farmacéuticos y las mujeres afectadas durante una crisis.

Es sabido que, en situaciones de crisis, la carga de las enfermedades es principalmente la desnutrición y las infecciones, lo que genera mucha preocupación y estrés para las mujeres. Los farmacéuticos que proporcionan los trabajos de asistencia podrían ofrecer consultas rápidas sobre el tratamiento de problemas digestivos como la diarrea debido a una falta temporal de comidas o a un cambio en la dieta, infecciones menores y otros problemas relacionados con la salud. Además, el conocimiento de los farmacéuticos sobre la gestión de la terapia farmacológica podría ser fundamental para prevenir las crisis sanitarias en situaciones posteriores a los desastres.

Ejemplo de Sudáfrica

En la provincia noroccidental de Sudáfrica, las violentas protestas políticas comenzaron en marzo de 2018. Esto provocó una interrupción importante y continua del suministro de medicamentos. Las vidas, la salud y el bienestar de las comunidades se vieron comprometidos. La South African Association of Hospital and Institutional Pharmacists (Asociación Sudafricana de Farmacéuticos Hospitalarios e Institucionales), que es un sector de la Pharmaceutical Society of South Africa (Sociedad Farmacéutica de Sudáfrica), ha reconocido la necesidad impostergable de desarrollar un plan nacional de gestión de desastres para la distribución de medicamentos y suministros médicos en casos de emergencia.

3 Conclusiones

Uno de los desafíos y prioridades clave del siglo XXI esbozado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible es el empoderamiento de las mujeres y las niñas. A lo largo de la historia, las mujeres han sido las principales cuidadoras de niños y ancianos en todos los países del mundo. Con el envejecimiento previsto de la sociedad y la mayor necesidad de cuidados de larga duración, el cuidado informal de las mujeres será más importante que nunca para los cónyuges, padres, suegros, amigos y vecinos.

Los sistemas de salud dependen en gran medida del papel de las mujeres como cuidadoras informales, pero no las apoyan adecuadamente en esta tarea. Debido al papel de múltiples facetas que juegan la familia y las cuidadoras informales, necesitan una serie de servicios de apoyo para mejorar sus habilidades de cuidado y permanecer en su papel de cuidadoras. Las mujeres cuidadoras también tienen sus propias necesidades de salud, que deben ser atendidas para que se mantengan sanas. Además, el cuidado puede tener varios efectos negativos en la salud de las mujeres, que también deben tenerse en cuenta.

Las mujeres son las cuidadoras no profesionales más cercanas a los profesionales de la salud y, en la mayoría de los casos, son las que visitan las farmacias y asumen la responsabilidad de la salud en el hogar. En general, las mujeres tienden a buscar tratamiento y a acudir a los consultorios médicos o a las farmacias con más frecuencia que los hombres. A menudo son las mujeres las que animan a los miembros de la familia a visitar a un profesional de la salud y las que se aseguran de que los miembros de la familia tomen los medicamentos y entiendan el tratamiento. Las mujeres juegan muchos papeles en la prestación de cuidados, incluyendo ser proveedoras de salud, administradoras de cuidados y supervisoras de la administración de los medicamentos. Los farmacéuticos, que son los profesionales de la salud más accesibles, se encuentran en una posición ideal para trabajar en el empoderamiento de las mujeres en su papel de cuidadoras informales, para comunicar a las mujeres la necesidad de estar informadas y para apoyar sus conocimientos en materia de salud. Si cuentan con el apoyo adecuado, las mujeres cuidadoras de la familia pueden tener éxito en influir positivamente en los demás y satisfacer las necesidades de los pacientes, lo que permite que el cuidado sea una experiencia gratificante.

Los farmacéuticos han llevado a cabo con éxito, muchos proyectos significativos de promoción de la salud y estrategias de prevención de enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles. Los farmacéuticos se encuentran en una posición ideal para empoderar a las mujeres en su papel de cuidadoras informales, ayudarlas a lograr un uso responsable de los medicamentos y proporcionarles apoyo profesional.

Este documento de referencia sirve como guía para que los farmacéuticos y sus organizaciones exploren iniciativas y servicios que empoderen a las mujeres. Esto puede lograrse apoyando y promoviendo la educación de las mujeres y proporcionándoles la información que necesitan para garantizar un uso responsable de los medicamentos. Los farmacéuticos pueden participar más activamente a través de nuevas iniciativas dirigidas por los farmacéuticos. Este documento también puede utilizarse para inspirar el diálogo con una amplia gama de partes interesadas, con el fin de lograr un cambio positivo en esta área.

4 Anexo 1 — Las mujeres en las políticas mundiales

4.1 Antecedentes

Hay una tendencia a atribuirle a la biología todas las diferencias entre hombres y mujeres. Durante mucho tiempo, la consecuencia ha sido que los programas de salud materna se han considerado una respuesta adecuada para abordar las diferencias de salud entre los sexos. La necesidad de examinar los asuntos de género en todos los problemas de salud, así como en la prestación de servicios sanitarios, sigue sin reconocerse en cierta medida.

Aunque las desventajas que padecen las mujeres en sectores como la educación, el empleo o la participación política son evidentes a partir de los datos disponibles, el caso de la salud es más complejo. Muchos responsables de la formulación de políticas y directores de programas siguen sin estar convencidos de la existencia de desigualdades de género en materia de salud y de la necesidad de adoptar un enfoque basado en el género.

Otras dimensiones de la desigualdad de género en la salud, como la morbilidad, el acceso a la atención sanitaria y las consecuencias sociales y económicas de la falta de salud, rara vez han sido analizadas.

Todavía hoy en día, los sectores de la salud en muchos países están informados por un enfoque biomédico de la salud y la enfermedad bajo el liderazgo de profesionales de la salud que pueden no ver la importancia de comprender las dimensiones sociales y los determinantes de la salud. Los proveedores de servicios de salud tienden a verse a sí mismos como personas técnicas que resuelven un problema que se les presenta y pueden creer que están libres de cualquier prejuicio de género (u otros prejuicios sociales). En su opinión, un enfoque basado en el género puede representar una desviación de tiempo y recursos valiosos de la tarea mucho más importante de "salvar vidas".⁶⁸ Es necesario apoyar a los profesionales de la salud para que comprendan la importancia de los servicios de salud adaptados a las necesidades de las mujeres.

4.2 Evolución de las políticas internacionales

La integración de las consideraciones de género en las necesidades de salud debe basarse en las experiencias de elaboración y aplicación de políticas y programas de salud de la mujer en diferentes partes del mundo.

Los esfuerzos organizados por los movimientos feministas de todo el mundo en la década de 1970 exigieron cambios en la legislación, las políticas, los programas y los servicios que afectan a la salud de las mujeres.

El activismo de base para promover el control de las mujeres sobre su fertilidad y sexualidad, para desmitificar los conocimientos médicos y para abogar por políticas y programas centrados en la mujer estaba muy extendido en muchos países en desarrollo. Todo ello contribuyó al surgimiento de un movimiento internacional de salud de la mujer a principios de la década de 1980, lo que dio un nuevo impulso a la defensa de la salud de la mujer. Uno de los resultados de la defensa fue el desarrollo de políticas de salud de la mujer en algunos países. Brasil fue el primer país en crear una política integral para la mujer, en 1983. En 1988 se formuló la Política Nacional de la Mujer Australiana y en 1992 se creó la política colombiana "Salud para las mujeres, mujeres para la salud". En 1994 también se realizaron esfuerzos en Sudáfrica para desarrollar una agenda de políticas de salud de la mujer.

En todos los ámbitos, las políticas han ido más allá de las cuestiones de salud sexual y reproductiva para abordar la violencia contra la mujer, la salud ocupacional y la salud mental. También han llamado la atención sobre las necesidades de salud de las mujeres y las niñas de todos los grupos etarios. El proceso de políticas, iniciado por el movimiento de salud de la mujer, involucró a una amplia gama de partes interesadas, como proveedores de servicios de salud, sindicatos, trabajadores sociales y departamentos gubernamentales⁶⁸.

4.3 La OMS y las políticas aplicadas en materia de género

En 2002, la Organización Mundial de la Salud adoptó su primera política de género en materia de salud con el objetivo de contribuir a mejorar la salud de hombres y mujeres mediante investigaciones, políticas y programas de salud que presten la debida atención a las consideraciones de género y promuevan la equidad y la igualdad entre mujeres y hombres. Además, su objetivo es promover la equidad y la igualdad entre mujeres y hombres durante el transcurso de la vida y, como mínimo, asegurar que las intervenciones no promuevan ni perpetúen roles y relaciones de género no equitativos. En términos más sencillos, su objetivo era "identificar dónde existen diferencias de género y proporcionar un mejor equilibrio cuando sea necesario".

Más recientemente, la OMS también adoptó el objetivo de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente para 2016-2030, que es mejorar la salud y el bienestar de las mujeres y los niños y poner fin a las enfermedades prevenibles entre ellos. Este programa tiene varias iniciativas que varían según la región de la enfermedad. Estos incluyen servicios de salud sexual y reproductiva, nutrición, manejo de enfermedades, detección y manejo del cáncer de mama y cervical, respuesta y prevención de la violencia para las mujeres, y detección y manejo del riesgo antes del embarazo.⁶⁹

En noviembre de 2017, la OMS estableció el Centro de Equidad de Género, copresidido por la OMS y Women in Global Health⁷⁰. El centro se estableció después del cuarto Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. Reúne a los principales interesados para promover un cambio transformador de género en el personal de salud y promover la igualdad y los derechos de género, que es una de las principales recomendaciones que se llevan a cabo en el marco del programa Working for Health. El centro está ultimando un documento de trabajo sobre la igualdad de género en la fuerza laboral sanitaria y social.

La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño tiene metas ambiciosas para 2030. Quiere disminuir las tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil, lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos, y mejorar la planificación familiar con anticonceptivos modernos. Espera alcanzar estos objetivos dando prioridad a las necesidades, creando alianzas y acelerando y centrándose en las acciones y la financiación de estas iniciativas.⁶⁹

A través de Health 2020, el marco de la política sanitaria europea de la OMS, la región europea integra un elemento de equidad en su trabajo, reforzando los principios de no discriminación, igualdad y participación, para garantizar que todas las mujeres y niños tengan la oportunidad de cumplir sus ambiciones y no se vean frenados por su género⁷¹.

4.4 ONU Mujeres

En 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas creó una agencia especializada llamada ONU Mujeres - Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer. ONU Mujeres se esfuerza por abordar las causas estructurales de la desigualdad de género, como la violencia contra la mujer, el trabajo de cuidado no remunerado, el control limitado sobre los bienes y la propiedad, y la participación desigual en la toma de decisiones privadas y públicas.

ONU Mujeres, entre otras materias, trabaja en favor de:

- La eliminación de la discriminación contra las mujeres y las niñas
- El empoderamiento de las mujeres
- EL logro de la igualdad entre mujeres y hombres como asociados y beneficiarios del desarrollo, los derechos humanos, la acción humanitaria, la paz y la seguridad

ONU Mujeres publicó una serie de documentos informativos sobre políticas que sintetizan los resultados de investigaciones, análisis y recomendaciones de políticas sobre áreas políticas clave en torno a la igualdad de género y los derechos de la mujer que requieren atención urgente en materia de políticas, y propuso un conjunto de medidas adecuadas para abordarlas⁷¹.

Estos documentos pueden utilizarse como recursos para los defensores de la igualdad de género, la sociedad civil y otros actores políticos que trabajan para lograr la igualdad de género y los derechos de la mujer:

- Resumen de la política No. 2: Igualdad de género, desarrollo infantil y creación de empleo: Cómo cosechar el "triple dividendo" de los servicios de educación y cuidado de la primera infancia²⁰

En el resumen de la política número 2 se señala que, facilitando la participación de la mujer en la fuerza laboral, mejorando las capacidades de los niños y creando puestos de trabajo en la economía del cuidado remunerado se obtienen enormes beneficios económicos y sociales para las familias, los individuos y las sociedades. Uno de los ejemplos de un cambio de política es realizar inversiones en servicios de educación y cuidado de la primera infancia.

- Resumen de la política no. 5: Redistribuir el cuidado no remunerado y mantener servicios de atención de calidad: Un requisito previo para la igualdad de género⁷³

El resumen de la política número 5 tiene por objeto salvar la brecha entre el consenso emergente sobre la importancia de la atención y las opciones de política no tan claras para apoyar la atención, sin reforzarla como un ámbito exclusivamente femenino. Propone medidas para reducir la carga del cuidado no remunerado y el trabajo doméstico, así como para redistribuirlo de manera más equitativa entre mujeres y hombres, y entre las familias y la sociedad en general.

4.5 Objetivos de desarrollo sostenible

En 2015, las Naciones Unidas fijaron ambiciosos Objetivos de Desarrollo Sostenible (Sustainable Development Goals: SDGs, por sus siglas en inglés). Estos objetivos pretenden hacer realidad los derechos humanos de todos y lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. Son integrados e indivisibles y equilibran las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y medioambiental. Hay 17 SDGs con 169 objetivos, que deben cumplirse para 2030.⁷³

Con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los SDGs, los gobiernos han dejado en claro la naturaleza indivisible del desarrollo económico, social y ambiental y han reafirmado que los derechos humanos, la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer son cruciales para avanzar en todas las metas y objetivos. Esto significa que el logro de los objetivos del SDG3 sobre salud y bienestar será posible gracias a los progresos realizados en el marco de otros SDGs, en particular el SDG5 sobre igualdad de género y el SDG10 sobre reducción de las desigualdades dentro de los países y entre ellos.

De los 17 SDGs, hay tres SDG⁷⁵ que afectan particularmente a las mujeres:

SDG3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y a todas las edades

El SDG3 tiene como objetivo: reducir la mortalidad materna mundial; poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de cinco años; poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, paludismo y enfermedades tropicales desatendidas y luchar contra la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles; reducir la mortalidad prematura causada por enfermedades no transmisibles; y fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias; reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico (para 2020); garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; lograr una cobertura sanitaria universal; reducir el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la contaminación del aire, el agua y el suelo, todo ello para 2030.

SDG5: Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas

El SDG5 tiene como objetivo: Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y niñas; eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y niñas en las esferas pública y privada, incluida la trata y la explotación sexual y de otro tipo; eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio precoz y forzado y la mutilación genital femenina; reconocer y valorar el cuidado no remunerado y el trabajo doméstico mediante la prestación de servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social y la promoción de la responsabilidad compartida dentro del hogar y la familia, según proceda a nivel nacional; garantizar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades para el liderazgo en todos los niveles de toma de decisiones en la vida política, económica y pública; garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos, según lo acordado.

SDG8: Promover el crecimiento económico sostenido, incluyente y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo digno para todos

El propósito del SDG8 es: mantener el crecimiento económico per cápita de acuerdo con las circunstancias nacionales; lograr mayores niveles de productividad económica mediante la diversificación, la modernización tecnológica y la innovación; promover políticas orientadas al desarrollo que apoyen las actividades productivas, la creación de empleo decente, el espíritu empresarial, la creatividad y la innovación, y alentar la formalización y el crecimiento de las microempresas y las pequeñas y medianas empresas; mejorar la eficiencia de los recursos mundiales en el consumo y la producción y esforzarse por desvincular el crecimiento económico de la degradación del medio ambiente; lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo digno para todos los hombres y las mujeres; para 2020, reducir sustancialmente la proporción de jóvenes que no tienen empleo, educación o formación; adoptar medidas para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a la esclavitud moderna y a la trata de seres humanos y garantizar la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil para 2025; proteger los derechos laborales y promover entornos de trabajo seguros para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores inmigrantes, en particular las mujeres que han emigrado, así como para aquellos que se encuentran en situación de trabajo precario; concebir y poner en práctica políticas de fomento de un turismo sostenible, que permita crear puestos de trabajo y fomente las actividades de promoción de la cultura y los productos locales.

4.6 Trabajo de otras organizaciones

La mayoría de las organizaciones que tienen iniciativas dirigidas a las mujeres están relacionadas con la salud reproductiva y los niños. Una de estas iniciativas es Women Deliver, que es un programa mundial que se centra en la salud materna, reproductiva y sexual, y en los derechos de la mujer. Women Deliver también colabora con la OMS en la promoción de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño⁷⁶.

La UNESCO tiene por objeto promover el derecho a la educación y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. Aboga por la educación de las mujeres a través de asociaciones como la Alianza Mundial para la

| Educación de las Niñas y las Mujeres "Una vida mejor, un futuro mejor", que se centra en el aumento de la alfabetización y la educación secundaria⁷⁷.

La Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos para Salvar Vidas ha elaborado medidas y recomendaciones clave sobre los productos básicos que salvan vidas para las mujeres y los niños. Estos incluyen medicamentos, dispositivos médicos y suministros de salud que, si son más accesibles y utilizados, podrían reducir significativamente las muertes evitables entre las mujeres y los niños. La comisión tiene varias recomendaciones sobre este tema. Planea aumentar la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y suministros de salud que salvan vidas. Espera ofrecer incentivos para aumentar la producción, la distribución y la promoción adecuada de estos productos básicos que salvan vidas.⁷⁸

Women in Global Health es una organización construida sobre la base de un movimiento mundial que reúne a todos los géneros y antecedentes para lograr la igualdad de género en el liderazgo mundial en salud.⁷⁹ Crea una plataforma para el debate y un espacio de colaboración para el liderazgo, facilita la educación y la capacitación específicas, reúne el apoyo y el compromiso de la comunidad mundial, y exige cambios para un liderazgo transformador de género. Su visión es que toda persona tiene derecho a alcanzar niveles iguales de participación en el liderazgo y la toma de decisiones, independientemente del género.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos de América tienen buenos recursos en línea para mujeres con preguntas relacionadas con la salud. También tienen varios programas de salud de la mujer en línea para temas de salud específicos. Estos incluyen el cáncer, los trastornos hemorrágicos, las enfermedades cardíacas, el VIH/SIDA, la infertilidad, las infecciones de transmisión sexual, la salud reproductiva y los programas de detección precoz del cáncer de mama y de cuello uterino. Una limitación de estos programas es que las mujeres tienen que conectarse en línea y buscar activamente información relacionada con estos temas de salud. Además, no hay ninguna persona con la que puedan hablar y hacer preguntas.⁸⁰

URIDU es una organización no lucrativa y no perteneciente a ningún partido político que empodera a las mujeres rurales de los países en desarrollo y emergentes. Ha programado reproductores MP3 alimentados por energía solar con diversa información sobre la salud y espera capacitar a las mujeres para que aumenten sus conocimientos sobre la salud con el uso de estos reproductores MP3.⁸¹

La FIP comprende el valor de que otras organizaciones tengan programas que aborden los problemas de salud de la mujer. Dicho esto, aún quedan muchas brechas por llenar con respecto a la atención de la salud de las mujeres en particular, y la atención de la salud comunitaria en general. Esta es una preocupación importante, pero ofrece una oportunidad para que la FIP, las organizaciones farmacéuticas y los farmacéuticos individuales tengan un impacto considerable.

5 Anexo 2 — Salud de las mujeres

Existen diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres en cuanto a las necesidades y experiencias en materia de salud. Las mujeres viven más que los hombres en la mayoría de los países y, en muchos casos, la mortalidad masculina supera a la femenina.⁶⁸ La esperanza de vida de las mujeres en toda Europa, por ejemplo, difiere en hasta 15 años, y ciertos grupos de mujeres siguen estando más expuestas y vulnerables a la mala salud, y tienen un menor bienestar.⁷¹

Un escenario común es cuando una mujer mayor descubre que hay pocos recursos de salud o financieros para satisfacer sus propias necesidades de asistencia. Por ejemplo:¹⁵

- Las mujeres que tenían 65 años en el año 2014 pueden esperar vivir otros 24 años hasta los 89 años.
- En 2005, casi la mitad (48%) de las mujeres mayores de 75 años vivían solas, en comparación con menos de una cuarta parte (22%) de los hombres.
- En 2005, una de cada nueve mujeres mayores de 75 años y una de cada cinco mayores de 85 años necesitaban ayuda con sus actividades diarias

Las mujeres tienen necesidades económicas o de atención médica a largo plazo durante su vida.

5.1 Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles incluyen las infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH/SIDA, la hepatitis (B, C, E), la esquistosomiasis genital femenina, el paludismo, la tuberculosis y los estreptococos del grupo B. Constituyen una amenaza especialmente formidable para las mujeres, que cada año se cobran más de 15 millones de vidas en todo el mundo. En el caso de muchas enfermedades infecciosas, las mujeres corren un mayor riesgo y tienen un curso de enfermedad más grave que los hombres por muchas razones, entre ellas las diferencias biológicas, las desigualdades sociales y las normas culturales restrictivas.⁸²

El paludismo causa complicaciones graves en mujeres embarazadas y niños menores de cinco años. En 2016, el número total de casos de paludismo registrados en todo el mundo alcanzó los 216 millones, causando 445.000 muertes. La región africana de la OMS contiene la gran mayoría de los casos de paludismo y de las muertes por esta enfermedad⁸³.

La UNICEF colabora con la OMS, el Banco Mundial, el Fondo Mundial de las Naciones Unidas para el SIDA, la tuberculosis y la malaria y otros aliados de la Alianza para hacer retroceder el paludismo a fin de prestar apoyo a los países donde el paludismo es endémico y garantizar un mayor uso de mosquiteros tratados con insecticida, el acceso a medicamentos y tratamientos eficaces contra el paludismo, y la prevención y el control de las epidemias de paludismo. Entre 2014 y 2016, se distribuyeron 582 millones de mosquiteros tratados con insecticida en todo el mundo como prevención primaria contra el paludismo.⁸³ La mayoría de los mosquiteros se distribuyeron a las mujeres embarazadas, a través de clínicas prenatales, y a los niños menores de cinco años durante las campañas rutinarias de inmunización infantil y vacunación contra el sarampión.⁸⁴ El Fondo Mundial de las Naciones Unidas de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria moviliza e invierte cerca de 4.000 millones de dólares estadounidenses al año para apoyar programas dirigidos por expertos locales en los países y las comunidades más necesitadas.⁸⁵ Sin embargo, aún queda mucho por hacer para prevenir la mala salud de las mujeres debido a las enfermedades infecciosas.

Las mujeres representan 38 millones de casos de infección por el VIH en adultos en todo el mundo⁷³

- En África subsahariana, la región más afectada por el VIH, las mujeres tienen un 30% más de probabilidades que los hombres de estar infectadas por el VIH.
- El 35% de las nuevas infecciones por el VIH en los Estados Unidos de América son el resultado del contacto heterosexual; entre ellas, casi dos tercios (64%) ocurrieron en mujeres.
- Alrededor de 12 millones de niños y niñas quedan huérfanos debido a las muertes relacionadas con el VIH

I

A finales de 2014, 7,3 millones de personas recibían terapia antirretroviral a través del Fondo Mundial.⁸⁶ Con los esfuerzos continuos de los líderes mundiales en las últimas décadas, como la OMS, la epidemia del VIH/SIDA ha mejorado considerablemente. El objetivo actual de la OMS se denomina "objetivo 90-90-90".⁸⁷ Para el año 2020, esta iniciativa pretende que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretroviral y que el 90% de las personas que viven con el VIH y reciben tratamiento logren la supresión de la carga viral. Estas metas coinciden con el objetivo mundial de reducir la incidencia del VIH/SIDA en un 75% para 2020.

Las ITS representan una amenaza para las mujeres, ya que a menudo no son diagnosticadas por razones culturales. Las infecciones por clamidia, por ejemplo, si no se tratan, pueden causar daños graves a la fertilidad de la mujer. Las ITS son las causas de más del 50% de la infertilidad prevenible en los Estados Unidos.

En algunas regiones geográficas, la enfermedad parasitaria tropical esquistosomiasis afecta a más de 200 millones de personas en 74 países. Las mujeres corren mayor riesgo de contraer la enfermedad debido a su mayor exposición al agua contaminada a través del trabajo doméstico.⁸² La esquistosomiasis genital femenina, a menudo mal diagnosticada como una ITS, puede causar tumores, úlceras e infertilidad, y puede aumentar el riesgo de contraer ITS.

Las enfermedades transmisibles representan una amenaza para las mujeres, ya que, por lo general, corren un mayor riesgo y tienen un curso de enfermedad más grave que los hombres. Hay iniciativas que ayudan a las mujeres a superar las desigualdades sociales y las normas culturales restrictivas y a mejorar el acceso a un diagnóstico y tratamiento tempranos. Sin embargo, se necesita una atención especial para abordar las diferencias biológicas y proporcionar una atención adaptada a las necesidades de las mujeres.

5.2 Enfermedades no transmisibles

Over the last three decades, women's health challenges in low- and middle-income countries (LMICs) have dramatically changed. Once considered diseases of affluence, today, non-communicable diseases (NCDs)—including cardiovascular disease, cancer, diabetes, chronic respiratory disease and mental and neurological disorders—are the leading causes of death and disability among women in developing and developed countries alike.

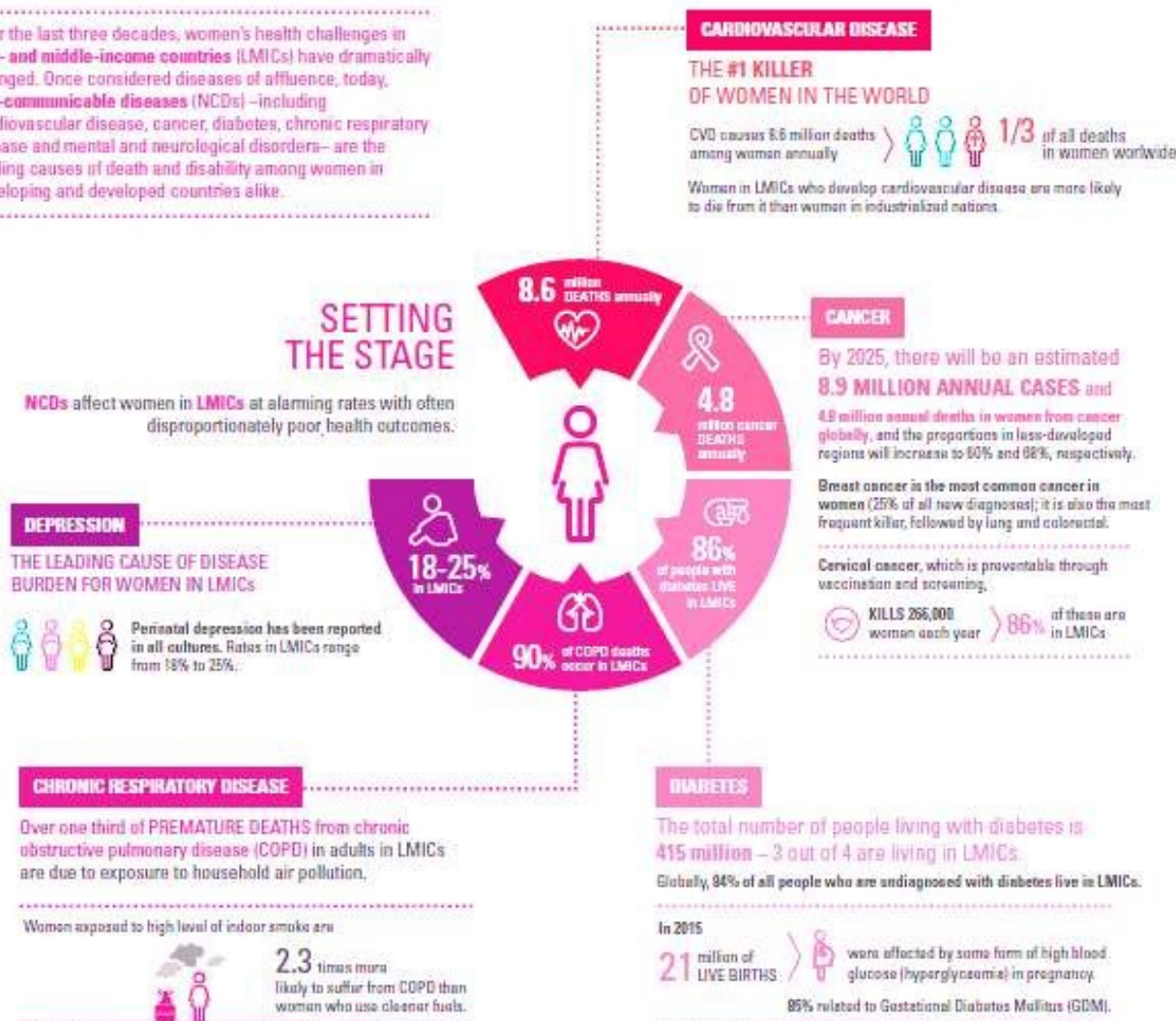


Figura 5. Un llamado a la acción: Las mujeres y las enfermedades no transmisibles.⁸⁸

Las enfermedades no transmisibles (ENTs) son principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes⁴¹. Las tasas de mortalidad por ENTs específicas por edad en las mujeres son inferiores a las de los hombres en unos 10 años. Las mujeres viven más tiempo, en promedio entre seis y ocho años, y eso hace que el número absoluto de muertes por ENTs en las mujeres (16,2 millones) sea similar al de los hombres (18,4 millones). Dieciséis millones de personas mueren prematuramente cada año a causa de ENTs, de las cuales el 82% se encuentran en países de ingresos bajos y medios, y las tasas son mucho más altas en estos países que en los países de ingresos altos.⁸⁹

Las ENTs se producen en gran medida debido a factores de riesgo, como el tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta poco saludable, la falta de ejercicio y factores ambientales poco saludables.⁴¹

Los factores de riesgo dietéticos tienen efectos similares tanto para las mujeres como para los hombres. Con la excepción del alto índice de masa corporal y de la glucosa en plasma en ayunas, la mayoría de los principales factores de riesgo de ENTs han disminuido, especialmente en los países de ingresos altos. Los niveles de obesidad son una preocupación para las mujeres; casi en todas partes, las mujeres son más obesas que los hombres. También hay diferencias significativas en la forma en que se trata a las mujeres sintomáticas y asintomáticas en comparación con los hombres. Por ejemplo, el género, pero no la edad, raza o clase social de un paciente influyó significativamente en las actividades de diagnóstico y manejo de los médicos en un

estudio que controló estas variables simultáneamente. A las mujeres se les hicieron menos preguntas, recibieron menos exámenes y se les ordenaron menos pruebas diagnósticas para la cardiopatía coronaria. Estas diferencias son un reflejo del fuerte sesgo de género contra la prevención y el tratamiento equitativo de las mujeres.⁴¹

Enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares siguen constituyendo una parte importante de la carga total de las enfermedades no transmisibles para las mujeres.⁸⁸ Hay 8,6 millones de muertes anuales, es la principal causa de muerte de mujeres en el mundo y causa un tercio de todas las muertes de mujeres en todo el mundo.⁸⁸ Los factores de riesgo para las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares, las dos principales causas de muerte entre las mujeres, son similares para hombres y mujeres. Factores como la edad y los antecedentes familiares juegan un papel, pero la mayoría de las muertes por enfermedades cardiovasculares se deben a factores de riesgo modificables como el consumo de tabaco, dietas ricas en grasas, sal y azúcar, presión arterial alta, colesterol alto, obesidad y diabetes.⁴¹

Cáncer

Para 2025, se estima que habrá 8,9 millones de casos y 4,8 millones de muertes anuales en mujeres por cáncer en todo el mundo, lo que representa un aumento del 60% y el 68%, respectivamente. El cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres (25% de todos los nuevos diagnósticos). También es el asesino más frecuente, seguido de los cánceres de pulmón y colorrectal. El cáncer de cuello uterino, que se puede prevenir mediante la vacunación y la detección, mata a 266.000 mujeres cada año, y el 86% de las muertes se producen en países de ingresos bajos y medios.⁸⁸

Diabetes

El número total de personas que viven con diabetes es de 415 millones, y tres cuartas partes viven en países de ingresos bajos y medios. En 2015, 21 millones de nacidos vivos se vieron afectados por alguna forma de hiperglucemia durante el embarazo, de los cuales el 85% estaban relacionados con la diabetes mellitus gestacional.⁸⁸

Enfermedades respiratorias crónicas

Más de un tercio de las muertes prematuras por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en adultos de países de ingresos bajos y medios se deben a la exposición a la contaminación atmosférica doméstica. Las mujeres expuestas a altos niveles de humo en interiores tienen 2,3 veces más probabilidades de padecer EPOC que las mujeres que utilizan combustibles menos contaminantes.⁸⁸

Depresión

La depresión es la causa principal de la carga de morbilidad para las mujeres en los países de ingresos bajos y medios. La depresión perinatal ha sido reportada en todas las culturas. Las tasas en los países de ingresos bajos y medios oscilan entre el 18% y el 25%.⁸⁸

Para abordar los efectos de las ENTs, los gobiernos han acordado recientemente una meta global de reducir la mortalidad por ENTs evitables en un 25% para el año 2025.⁴¹ A pesar del aumento general del número de muertes por ENTs en las mujeres debido al aumento del tamaño de la población y al envejecimiento, las tasas de mortalidad específicas de cada edad, especialmente en el caso de las enfermedades cardiovasculares, están disminuyendo, y en algunos países están disminuyendo de forma sorprendente muy rápidamente. En muchos países, el declive comenzó antes de que los gobiernos o las organizaciones no gubernamentales organizaran campañas de sensibilización y prevención.

Más recientemente, los tratamientos, especialmente los medicamentos para controlar los altos niveles de presión arterial y colesterol, también han desempeñado un papel importante en la continuación de la disminución de las tasas de mortalidad por ENTs, que ahora incluyen el cáncer de pulmón (especialmente en los hombres, pero no todavía en las mujeres), así como el cáncer de estómago, y los cánceres de mama y de cuello de útero, que son enfermedades específicas de las mujeres. El desafío ahora es aplicar a escala mundial las intervenciones que han sido tan beneficiosas para las mujeres de los países de ingresos altos.⁴¹

Las ENTs constituyen un peligro para la salud de la mujer, ya que las mujeres generalmente tienen un mayor riesgo de padecer estas enfermedades y tienen un curso más severo de la enfermedad que los hombres. Hay iniciativas que tienen por objeto ayudar a las mujeres a superar las desigualdades sociales y las normas culturales restrictivas, mejorando el acceso al diagnóstico y tratamiento tempranos.

Sin embargo, debe prestarse especial atención a las diferencias biológicas y a la atención prioritaria de las necesidades de las mujeres.

5.3 Salud mental

Los trastornos de salud mental predominan en las mujeres. Afectan aproximadamente a un tercio de las personas de la comunidad y constituyen un grave problema de salud pública en el mundo.⁹⁰ Según el Australian Institute of Health and Welfare (Instituto Australiano de Salud y Bienestar), casi la mitad de las mujeres australianas han padecido un problema de salud mental (el 43%, es decir, 3,4 millones de australianas).⁹¹ Casi siempre se ha reportado que la depresión es dos veces más común en las mujeres que en los hombres de distintas sociedades y diversos contextos sociales.⁹² Los datos procedentes de la Región del Área de Europa de la OMS revelan que la incidencia de las enfermedades mentales se está incrementando con mayor frecuencia entre personas de todas las edades. Los altos niveles de depresión y ansiedad entre las adolescentes en Europa son motivo de especial preocupación.⁷¹

5.4 Violencia de género

El bienestar está ganando importancia como concepto y medida no solo de la buena salud, sino también del progreso general de la sociedad. La violencia de género contra la mujer sigue siendo no solo una violación de los derechos de la mujer, sino también un grave problema de salud pública en todos los países.⁷¹ En todo el mundo, se estima que una de cada tres mujeres sufrirá abusos físicos o sexuales durante su vida. Las víctimas de la violencia pueden sufrir consecuencias para la salud sexual y reproductiva, incluidos los embarazos forzados y no deseados, los abortos practicados en condiciones de riesgo, la fístula traumática, las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, e incluso la muerte.⁹³ Las desigualdades entre los géneros, la discriminación y los estereotipos de género son factores subyacentes importantes que influyen en el comportamiento y las prácticas que afectan a la salud de la mujer a lo largo de su vida.

5.5 Conclusiones

Existen diferencias biológicas entre mujeres y hombres en cuanto a las necesidades de salud. La salud de las mujeres se ve amenazada con mayor frecuencia por las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Además, su salud mental tiene un 40% más de probabilidades⁹⁴ de ser perturbada que la de los hombres. Teniendo en cuenta las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, se debe prestar especial atención a las necesidades de las mujeres y ayudarlas a superar las desigualdades sociales y las normas culturales que las restringen.

Como aspecto positivo, se están realizando progresos en relación con la igualdad entre los géneros y otros factores sociales, económicos y ambientales determinantes de la salud y el bienestar de la mujer. Es importante que los sistemas de salud se adapten para abordar los problemas de salud de la mujer más allá de la salud reproductiva y materna.

6 Anexo 3 — Las mujeres en la atención sanitaria

Las contribuciones de las mujeres a la atención de la salud y a la fuerza laboral de la atención de la salud merecen especial atención. Las mujeres desempeñan un papel crucial y poco apreciado en la prestación de servicios de salud a las familias y las comunidades. Son importantes impulsoras de la riqueza, así como de la salud, de las naciones. En un análisis reciente, el valor financiero de las contribuciones de las mujeres al sistema de salud (en 2010) se estimó en un 2,4% del Producto Interno Bruto mundial para el trabajo no remunerado y en un 2,5% del PIB para el trabajo remunerado, lo que equivale a 3,1 billones de dólares. Las aportaciones económicas, sociales, políticas y ambientales de las mujeres, valoradas, contadas, habilitadas y empoderadas, son cruciales para el crecimiento económico inclusivo y el desarrollo sostenible. Las transiciones demográficas y epidemiológicas impulsarán aún más la demanda de atención sanitaria y social, que son las principales fuentes de empleo para las mujeres.

Sin embargo, las mujeres se encuentran actualmente en una situación de grave desventaja en el trabajo. En la mayoría de los países, el número de mujeres en la fuerza laboral (trabajo remunerado y no remunerado) es sustancialmente mayor que el número de hombres. El Informe sobre Desarrollo Humano 2015 estima que las mujeres contribuyen al 52% del trabajo mundial. Sin embargo, la participación de las mujeres en la fuerza laboral (trabajo remunerado) es muy inferior a la de los hombres (50% versus 77%). La participación de la mujer en la fuerza laboral está determinada por las tradiciones culturales y sociales. Estas tradiciones a menudo limitan seriamente el papel que las mujeres pueden y deben desempeñar en la economía de la salud.

El sector de la salud podría desempeñar un papel mucho más importante en la ampliación y el financiamiento de las oportunidades de trabajo digno para las mujeres. En una muestra de 123 países, por ejemplo, las mujeres representan el 67% del empleo en el sector sanitario y social, en comparación con el 41% del empleo total⁹⁵.

Los prejuicios de género crean ineficiencias sistémicas en los sistemas de salud al limitar la productividad, la distribución, la motivación y la retención de las trabajadoras de la salud.¹²

Incluso en los países desarrollados, sigue habiendo una gran necesidad de programas e iniciativas de atención sanitaria dirigidos a las mujeres. Por ejemplo, un análisis de meta-síntesis realizado en Canadá en 2014 mostró que, aunque Canadá tiene cobertura universal de salud, todavía existen muchas preocupaciones con respecto a las disparidades de acceso asociadas con el género.⁷⁷ Las mujeres pueden enfrentarse a desafíos basados en el género para acceder a la atención de salud, además de la susceptibilidad a las enfermedades y la vulnerabilidad a la atención subóptima. El acceso de las mujeres a la atención de la salud está determinado por cuatro fuerzas principales: las condiciones contextuales, las limitaciones, las barreras y los factores disuasorios de la atención de la salud.

7 Anexo 4 — Farmacéuticos que apoyan la alfabetización en salud de las mujeres

La alfabetización en salud es el conjunto de destrezas cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder a la información, comprenderla y utilizarla de manera que se promueva y mantenga una buena salud. Es una estrategia de empoderamiento fundamental para aumentar el control de las personas sobre su salud, su capacidad para buscar información y su capacidad para asumir responsabilidades. Los individuos deben ser vistos, no como consumidores de salud, como si los servicios de salud fueran la fuente de salud, sino más bien como creadores de salud ⁹⁶.

Los farmacéuticos deben estar al tanto de la alfabetización en salud para ayudar a reducir los errores de medicación y las tasas de morbilidad/mortalidad, crear confianza en los pacientes y ayudarles a ser más activos en el manejo de sus medicamentos.

Los farmacéuticos pueden utilizar varias herramientas. La United States Agency of Healthcare Research and Quality (Agencia de Investigación y Calidad de la Atención de Salud de los Estados Unidos de América) ofrece una variedad de herramientas disponibles gratuitamente en su sitio web. Un juego de herramientas de alfabetización para la farmacia y su personal analiza la comprensión del personal de la alfabetización en salud y su familiaridad con la literatura de su establecimiento (por ejemplo, carteles, anuncios, folletos). Las herramientas para la estimación rápida de la alfabetización de adultos en medicina están disponibles gratuitamente (en inglés) con evaluaciones de la alfabetización sanitaria para que los pacientes comprendan qué tipo de información necesitan.

Los farmacéuticos pueden comenzar la discusión con los pacientes y animarlos a hacer tres preguntas sencillas:

1. "¿Cuál es mi principal problema?"
2. "¿Qué tengo que hacer?"
3. "¿Por qué es importante para mí hacer esto?" ⁹⁶

Se recomienda evitar el lenguaje negativo (ver la Figura 6).

Word types to avoid	Definition	Example word	Alternative word
Medical words	Used to describe health	Condition	How you feel
		Dysfunction	Problem
Concept words	Used to describe an idea	Avoid	Do not use
		Wellness	Good health
Category words	Used to describe a group	Adverse	Bad
		High-intensity exercise	Use a specific example
Value judgment words	Require an example to convey their meaning	Adequate	Enough
		Significantly	Enough to make a difference

Figura 6. Palabras que deben evitarse en la consulta con pacientes⁹⁷

Es muy recomendable el uso de pictogramas para aumentar la alfabetización en salud de los pacientes. La FIP ha desarrollado varios pictogramas para una mejor comprensión del paciente. A continuación, se muestra un ejemplo – consulte la Figura 7:

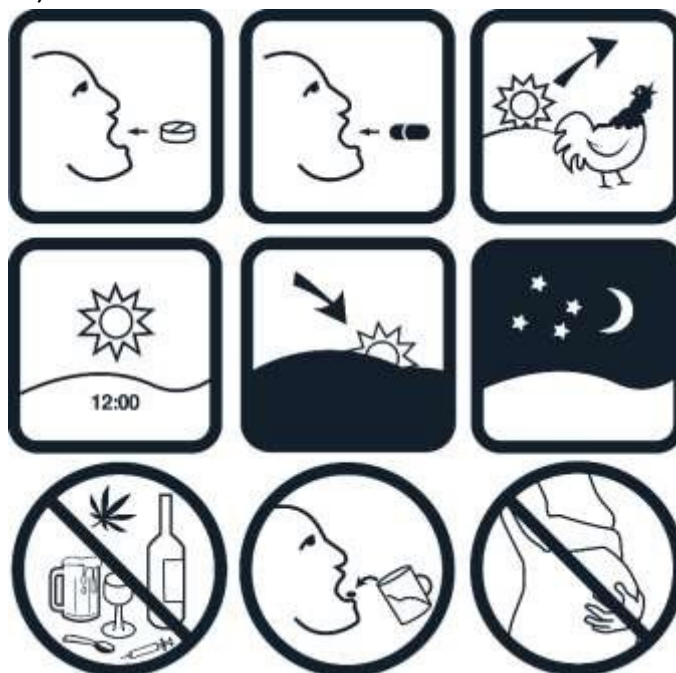


Figura 8. Ejemplo de un pictograma acerca de cómo tomar los medicamentos (Proyecto de Pictogramas de la FIP)

8 Anexo 5 — Formas de lograr el empoderamiento

El empoderamiento puede lograrse mediante la gestión de los problemas de salud, en particular, mediante la adaptación efectiva a la nueva situación con problemas de salud, el control de la situación y la reducción del estrés al mínimo.

Alentar a los pacientes a participar activamente en la atención participativa, interactuando eficazmente con el personal de salud y participando en la toma de decisiones médicas. De hecho, una mayor familiaridad con las diferentes fuentes de información sobre la salud contribuyó al desarrollo personal, una mayor confianza en sí mismo, mejores capacidades físicas y mentales y una mayor participación en actividades sociales.

Aumentar la autoprotección del paciente mediante el asesoramiento sobre la modificación del estilo de vida y la promoción de conductas preventivas, apoyando a los pacientes en el autocuidado y ayudándoles a mejorar su adherencia al tratamiento.⁹⁸

Además, el empoderamiento puede contribuir a:

1. Abordar los sesgos de género
2. Reconocer y valorar el trabajo no remunerado e informal de las mujeres.
3. Construir la base de evidencia sobre las mujeres en la fuerza laboral de salud
4. Reconocer y reformar las leyes sobre desigualdad de género.

Vuelva a verificar con los pacientes que entienden la información correctamente haciendo que repitan lo que han aprendido. Preparar materiales educativos para los pacientes en niveles de lectura más bajos, utilizar una variedad de imágenes o buscar más herramientas (consulte el Anexo 4 para herramientas de alfabetización en salud). Enseñe a sus colegas y a otros profesionales de la salud cómo comunicar información compleja.

9 Anexo 6 — Encuesta de la FIP y estudios de caso de iniciativas pioneras

En 2017, la FIP desarrolló una encuesta con el objetivo de determinar qué tipo de iniciativas están implementando actualmente las organizaciones miembro para aumentar el uso responsable de los medicamentos en las mujeres. A las participantes de la encuesta se les hicieron nueve preguntas de "sí/no" sobre si tenían programas específicos. Si un participante respondía "sí", se le pedía que describiera el tipo de programa.

Se recibieron los resultados de la encuesta de 15 encuestados (de 139), de 14 países, a saber, Vietnam, Islandia, Bélgica, Italia, Portugal, EE.UU. (2), Tanzania, Kenia, India, China, Taiwán, Mauricio, Sierra Leona, Ghana y Suecia.

- Dos respuestas (13%) provinieron de países de bajos ingresos
- Seis respuestas (40%) provinieron de países de ingresos medios
- Siete respuestas (47%) provinieron de países de altos ingresos

La encuesta mostró que hay un número limitado de iniciativas dirigidas específicamente a las mujeres.

Tabla 1. Respuestas a la encuesta (total de respuestas n=15)

Pregunta	Sí	No	Porcentaje
¿Programa(s) actual(es) que se centra(n) en el papel de las mujeres en el apoyo al uso responsable de la medicina en pacientes de edad avanzada?	3	12	20%
¿Programa(s) actual(es) que se centra(n) en el papel de la mujer en el apoyo al uso responsable de medicamentos en los niños?	3	12	20%
¿Programa(s) actual(es) centrado(s) en empoderar a las mujeres para que gestionen sus armarios de medicamentos y botiquines de primeros auxilios?	2	13	13%
¿Programa(s) actual(es) que se centra(n) en informar y educar a las mujeres sobre la vacunación de sus hijos?	0	15	0%
¿Programa(s) actual(es) que abordan asuntos de salud pública específicamente a través de las mujeres?	3	12	20%
¿Programa(s) actual(es) que empodera(n) financieramente a las mujeres, específicamente para comprar sus medicamentos?	0	15	0%
¿Programa(s) actual(es) que empoderan a las mujeres a través de la alfabetización en el uso de medicamentos?	2	13	13%

¿Programa(s) actual(es) que se centran en el empoderamiento de las mujeres para que puedan gestionar la salud de su hogar?	2	13	13%
--	---	----	-----

Pregunta	Sí	No	Porcentaje
¿Conoce alguna farmacia, farmacéutico y/u organización de estudiantes de farmacia que desarrolle programas dirigidos específicamente a las mujeres de acuerdo con los objetivos de este trabajo de la FIP?	2	13	13%

Dos países declararon que tienen programas que promueven específicamente a las mujeres el uso responsable de los medicamentos:

- Ghana tiene un programa dirigido a las mujeres de la Diócesis Anglicana de Accra y las educa sobre la elección y el uso seguro de los medicamentos, qué hacer si no obtienen los resultados esperados y qué hacer si se sospecha que el medicamento es falsificado.
- Tanzania tuvo una iniciativa para sensibilizar sobre el uso racional de los medicamentos en 2015, durante la Semana Nacional de la Farmacia. Los farmacéuticos instalaron tiendas de campaña en zonas de mucho tráfico y se dirigieron a las mujeres que eran cuidadoras de la familia. Abordaron puntos clave sobre el uso racional de los medicamentos.

Los otros países que respondieron "sí" a la encuesta tienen programas que no se dirigen estrictamente a las mujeres y al uso responsable de los medicamentos, sino que se dirigen a toda la población.

Ejemplo de las Filipinas

El Community-based Pharmacy Programme (Programa de Farmacia Comunitaria) (CBPP por sus siglas en inglés) en las Filipinas es una forma innovadora de proporcionar servicios de farmacia comunitaria a los clientes. Los objetivos de este proyecto son:⁵⁸

- Promover el uso racional y responsable de los medicamentos
- Asegurar que los residentes de una comunidad tengan acceso sólo a medicamentos y servicios legítimos y de calidad.
- Mejorar la imagen de los farmacéuticos y promover su valor en el sistema de salud.
- Desarrollar un farmacéutico-empresario efectivo con enfoque en el servicio a la comunidad.

La forma de operar la CBPP se desarrolla en tres fases:⁵⁸

1. Preactivación - se identifica a un farmacéutico y se le informa del proyecto, se le coloca una señalización en su residencia y se realiza la coordinación con los líderes del Programa.
2. Activación - se invita a 50 madres para una explicación del proyecto y un seminario sobre el uso responsable de los medicamentos en general, se presenta al farmacéutico a la comunidad, también se ofrecen servicios médicos y está presente un equipo de médicos, farmacéuticos y enfermeras.
3. Post-activación - seguimiento de los resultados del proyecto sobre la base de los resultados identificados.

Conclusiones

La encuesta de la FIP ha permitido identificar un número limitado de programas y actividades que se llevan a cabo a nivel nacional y que tienen como objetivo el empoderamiento de la mujer para el uso responsable de los medicamentos. Como resultado, hay un número limitado de ejemplos en los que el proyecto de la FIP puede apoyarse para desarrollar un enfoque específico.

Además, la encuesta destaca que el alcance de las mujeres y el uso responsable de los medicamentos es un territorio inexplorado que podría valer la pena explorar.

10 Referencias

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015. New York: United Nations, 2015. Disponible en: <https://bit.ly/1gjl03>.
2. United Nations. Sustainable Development Goals 2016. New York: United Nations, 2015. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
3. United Nations Women. SDG 5: Achieve gender equality and empower all women and girls. New York: United Nations, 2017. Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-5-gender-equality-notesthe-sdgs/sdg-5-gender-equality#notes>.
4. United Nations. Women's economic empowerment in the changing world of work: Report of the Secretary-General. New York: United Nations, 2016. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/CN.6/2017/3.
5. United Nations. Progress towards the Sustainable Development Goals. New York: United Nations, 2017. Disponible en: <http://undocs.org/E/2017/66>.
6. International Pharmaceutical Federation. FIP Reference Paper on the Effective Utilization of Pharmacists in Improving Maternal, Newborn and Child Health (MNCH). The Hague: FIP, 2011. Disponible en: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=325&table_id.
7. Henry J. Kaiser Family Foundation. Key findings from the Kaiser Women's Health Survey. Women and health care: A national profile. Menlo Park, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2005. Disponible en: <https://bit.ly/2n1bjde>.
8. Zagaria M. Family caregiving: Seniors continue to receive and deliver care. *US Pharmacist* 2006;12:23–9. Disponible en: <https://www.uspharmacist.com/article/family-caregiving>.
9. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry* 2016;6(1):7–17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804270/>.
10. United Nations. Gender equality, child development and job creation: How to reap the 'triple dividend' from early childhood education and care services. New York: United Nations, 2015. Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/gender-equality><http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/gender-equality-child-development-job-creation>.
11. U.S. Department of Health and Human Services. Informal caregiving: Compassion in action. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, 1998. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/73286/carebro2.pdf>.
12. World Health Organization. Final Report of the Expert Group. Geneva: WHO, 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2Mcl9ml>.
13. van Wezel N, Francke AL, Kayan-Acun E, et al. Family care for immigrants with dementia. *Dementia (London)* 2016;15(1):69–84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24403313>.
14. American Psychological Association. Positive aspects of caregiving. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2014. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/faq/positive-aspects.aspx>.
15. Family Caregiver Alliance. Women and caregiving: Facts and figures. United States of America: Family Caregiver Alliance [Internet], 2003 (updated 2015, citado el 25 de julio de 2017). Disponible en: <https://www.caregiver.org/women-and-caregiving-facts-and-figures>.
16. National Alliance for Caregiving. Evercare study of caregivers in decline: A close-up look at the health risks of caring for a loved one. Bethesda, MD, 2006. Disponible en: <https://bit.ly/2LJT3Uv>.
17. Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, et al. When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers. *American Journal of Public Health*. 2002;92(3):409–13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447090/>.

18. Australian Bureau of Statistics. Disability, Ageing, and Carers, Australia: Summary of Findings, 2015.
ABS [internet], 2016 [actualizado 2017, citado el 6 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/PrimaryMainFeatures/4430.0>.
19. The Commonwealth Fund. Informal Caregiving. New York, Commonwealth Fund [internet], 1999 [citado el 6 de junio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2MbgP7Y>.
20. McGhan G, Loeb S, Baney B, et al. End-of-life caregiving: Challenges faced by older adult women.
Journal of Gerontological Nursing 2013;39(6):45–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4103648>.
21. Cannuscio CC, Jones C, Kawachi I, et al. Reverberations of family illness: A longitudinal assessment of informal caregiving and mental health status in the Nurses' Health Study. American Journal of Public Health 2002;92(8):1305–11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447235>.
22. Rice K, Walker C, Main A. Women and informal caregiving. Melbourne, Women's Health Victoria [internet] 2008 [citado el 6 de junio de 2018]. Disponible en: http://whv.org.au/static/files/assets/2aaa851d/Women_and_informal_caregiving_GIA.pdf.
23. Shahly V, Chatterji S, Gruber MJ, et al. Cross-national differences in the prevalence and correlates of burden among older family caregivers in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. Psychological Medicine 2013;43(4):865–79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22877824>.
24. Erosa N, Elliott T, Berry J, et al. Verbal and physical abuse experienced by family caregivers of adults with severe disabilities. Italian Journal of Public Health 2010;7(2):76–84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077064>.
25. Tobin S. The persistence of our gendered care deficit. New America [internet], 2017. Disponible en: <https://www.newamerica.org/weekly/edition-172/persistence-our-gendered-care-deficit/>.
26. National Alliance for Caregiving. The MetLife Juggling Act Study: Balancing caregiving with work and the costs involved. MetLife [internet], 1999. Disponible en: <http://www.caregiving.org/data/jugglingstudy.pdf>.
27. Instituto Nacional de las Mujeres. Uso del tiempo en la Gran Área Metropolitana 2011: una mirada cuantitativa del trabajo invisible de las mujeres. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de las Mujeres [internet website], 2012. Disponible en: <http://ruie.ucr.ac.cr/catalogo/Record/CIICLA-CIRCACD-9371>.
28. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. San José, Costa Rica: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [internet], 2008. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html>.
29. World Health Organization. Dying for change: Poor people's experience of health and ill-health. Geneva: WHO [internet], 2001. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42462>.
30. Davis L, Schensul S, Schensul J, et al. Women's empowerment and its differential impact on health in low income communities in Mumbai, India. Global Public Health 2014;9(5):481–94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624628/>.
31. Vlassoff C. Gender differences in determinants and consequences of health and illness. Journal of Health, Population and Nutrition 2007;25(1):47–61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013263/>.
32. Shidhaye R, Patel V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. International Journal of Epidemiology 2010;39(6):1510–21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2992631/>.
33. Welsh P. Men aren't from Mars: Unlearning machismo in Nicaragua. London: Catholic Institute for International Relations [internet], 2001. Disponible en: <http://www.progressio.org.uk/sites/progressio.org.uk/files/Men-arent-from-Mars.pdf>.

- I
34. Pharmacy in the UK. Pharmaceutical Group of the European Union [internet]. No date [citado 9 August 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2O45Jm2>.
 35. Boardman H, Lewis M, Trinder P, et al. Use of community pharmacies: A population-based survey. *Journal of Public Health* 2005;27(3):254–62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15870098>.
 36. Hoti K, Hughes J, Sunderland B. An expanded prescribing role for pharmacists — an Australian perspective. *The Australasian Medical Journal* 2011;4(4):236–42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562903/>.
 37. International Pharmaceutical Federation. Fighting antimicrobial resistance. The Hague: International Pharmaceutical Federation [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.fip.org/files/fip/publications/2015-11-Fighting-antimicrobial-resistance.pdf>.
 38. International Pharmaceutical Federation. An overview of current pharmacy impact on immunisation. The Hague: International Pharmaceutical Federation [internet], 2015. Disponible en: http://www.fip.org/files/fip/publications/FIP_report_on_Immunisation.pdf.
 39. Dingman DA, Schmit CD. Authority of pharmacists to administer human papillomavirus vaccine: Alignment of state laws with age-level recommendations. *Public Health Reports* 2018;133(1):55–63. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0033354917742117>.
 40. Conselho Federal de Farmácia, editor. Guia de prática clínica: Sinais e sintomas do aparelho genital feminino. Brasília: Conselho Federal de Farmácia [internet], 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2n6KioU>
 41. Bonita R, Beaglehole R. Women and NCDs: Overcoming the neglect. *Global Health Action* 2014;7:10.3402/gha.v7.23742. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012074/>.
 42. World Health Organization. Female Smoking. Geneva: WHO [internet]. No date [citado 29 August 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas6.pdf>.
 43. International Pharmaceutical Federation. Focus on mental health. The Hague: FIP [internet], 2015. Disponible en: http://fip.org/files/Focus_on_mental_health_final.pdf.
 44. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Statement on the Pharmacist’s Role in Substance Abuse Prevention, Education, and Assistance. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2014;71(3):243–6. Disponible en: <http://www.ajhp.org/content/ajhp/71/3/243.full.pdf>.
 45. Peters LM, DiPietro Mager NA. Pharmacists' provision of contraception: Established and emerging roles. *Innovations in Pharmacy* 2016;7(3):Article 15. Disponible en: <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/innovations/article/download/458/452/>.
 46. Beitz J. Increasing access to reproductive health services through pharmacists. *Outlook* 2004;21(2). Disponible en: http://www.path.org/publications/files/EOL_21_2_sept04.pdf.
 47. Livio SK. Lawmakers vote to let NJ pharmacists prescribe birth control. *NJ.com* [internet], 2016. Disponible en: https://nj.com/politics/index.ssf/2016/05/lawmakers_agree_pharmacists_should_be_allow_t_o_pre.html.
 48. Gribbin A. Tackling depression in a rural community. *Chemist and Druggist* [internet], 2008. Disponible en: <https://www.chemistanddruggist.co.uk/content/tackling-depression-rural-community>.
 49. Garcia Perea AJ. El farmacéutico en la alimentación. *Los Estudios Plenufar. Trastornos de la Conducta Alimentaria* 2013;18:1942–67. Disponible en: http://www.tcsevillla.com/archivos/farmacéutico_en_alimentacion.pdf.
 50. Garcia Perea AJ. Nutritional education from pharmacies: PLENUFAR Studies. Madrid: Spanish Nutrition Society [internet], 2017. Disponible en:

<http://www.sennutricion.org/es/2017/05/01/educacin-nutricional-desde-las-farmacias-estudios><http://www.sennutricion.org/es/2017/05/01/educacin-nutricional-desde-las-farmacias-estudios-plenufarplenufar>.

51. Williams MV, Baker DW, Honig EG, et al. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest* 1998;114(4):1008–15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9792569>.
52. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, et al. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling* 2003;51(3):267–75. Disponible en: [https://www.pecjournal.com/article/S0738-3991\(02\)00239-2/fulltext](https://www.pecjournal.com/article/S0738-3991(02)00239-2/fulltext)[https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(02\)00239-2/fulltext](https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(02)00239-2/fulltext).
53. Wolf MS, Davis TC, Shrank W, et al. To err is human: patient misinterpretations of prescription drug label instructions. *Patient Education and Counseling* 2007;67(3):293–300. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17587533>.
54. Ali S, Chaudary T, ul Ain Q. Effect of maternal literacy on child health: Myth or reality. *Researchgate.net* [internet], 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2KfTPHg>.
55. Hristov S. Increasing women's health literacy. *Australian Nursing and Midwifery Journal* 2015;22(9):38. Disponible en: <https://bit.ly/2n5Y2QJ>.
56. Medications CftPUo. Proper Use of Medications. Medications CftPUo [Internet]. 2016 [citado 2016 August 5]. Disponible en: <http://www.rad-are.com>.
57. International Pharmaceutical Federation. Pharmacy as a gateway to care: Helping people towards better health. The Hague: FIP, 2017. Disponible en: <http://fip.org/files/fip/publications/2017-04><http://fip.org/files/fip/publications/2017-04-Pharmacy-Gateway-Care.pdf>[Pharmacy-Gateway-Care.pdf](http://fip.org/files/fip/publications/2017-04-Pharmacy-Gateway-Care.pdf).
58. International Pharmacy Journal. FIP Roundtable. Women are key allies in achieving responsible use of medicines. The Hague: FIP, 2017. Disponible en: <https://www.fip.org/files/members/members-general/ipj/2017/ipj2017no2/m/index.html%23/page/0><https://www.fip.org/files/members/members-general/ipj/2017/ipj2017no2/m/index.html#/page/0>.
59. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Geneva: WHO, 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.
60. IMS Institute for Health Informatics. Advancing the responsible use of medicines: Applying levers for change. IMS, 2012. Disponible en: <https://bit.ly/2yC6AY9>.
61. World Health Organization. The pursuit of responsible use of medicines: Sharing and learning from country experiences. Geneva: WHO, 2012. Disponible en: http://www.who.int/medicines/publications/responsible_use/en/.
62. Wick JY. Menopause: A stepwise approach to relief. *Pharmacy Times* [internet], 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2vrZf8z>.
63. American College of Obstetricians and Gynecologists. Compounded bioidentical menopausal hormone therapy. Committee opinion no 532. *Obstetrics and Gynecology* 2012;120:411–5. Disponible en: <https://bit.ly/2Kj28y9>.
64. International Pharmaceutical Federation. Sustainability of pharmacy services: Advancing global health. The Hague: FIP [internet], 2015. Disponible en: http://fip.org/files/fip/Sustainability-Pharmacy-Services-Executive_summary_2.pdfhttp://fip.org/files/fip/Sustainability-Pharmacy-Services-Executive_summary_2.pdf.
65. Caja Costarricense De Seguro Social. Protocolo de Atención Farmacéutica domiciliar: participación del farmacéutico en el escenario domiciliar. San José: Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos; 2014.
66. UNESCO. Promoting health and literacy for women's empowerment. Hamburg: UNESCO Institute for Lifelong Learning [internet], 2016. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002456/245698e.pdf>.
67. Pincock LL, Montello MJ, Tarosky MJ et al. Pharmacist readiness roles for emergency preparedness. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2011;68:620–3. Disponible en:

- <http://www.ajhp.org/content/68/7/620>.
68. Ravindran TKS, Kelkar-Khambete A. Women's health policies and programmes and gendermainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions. Geneva: World Health Organization [internet], 2007. Disponible en: <https://bit.ly/2vvH7eb>.
 69. Every Woman Every Child. The global strategy for women's, children 's and adolescent's health (2016–2030). Geneva: Every Woman Every Child [internet], 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2ODo5eA>.
 70. World Health Organization. Social determinants of health: Women and gender equity. Geneva: WHO [internet], 2018. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/themes/womenandgender/en/.
 71. World Health Organization. Women's Health. Geneva: WHO [internet], 2017. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/womens-health>.
 72. UN Women. UN Women policy brief series. New York: UN Women [internet], 2015. Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/un-women-policy-brief-series>.
 73. UN Women. Redistributing unpaid care and sustaining quality care services: A prerequisite for gender equality. New York: UN Women [internet], 2016. Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2016/3/redistributing-unpaid-care-andhttp://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2016/3/redistributing-unpaid-care-and-sustaining-quality-care-services>.
 74. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: UN Department of Economic and Social Affairs [internet], 2015. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
 75. United Nations. Sustainable Development Goals. New York: UN Department of Economic and Social Affairs [internet], 2015. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>.
 76. Women Deliver. An Unwavering Advocate for Girls and Women. New York: Women Deliver [internet], 2017. Disponible en: <http://womendeliver.org/>.
 77. UNESCO. Education and gender equality. Paris: UNESCO [internet], 2017. Disponible en: <http://en.unesco.org/themes/women-s-and-girls-education>.
 78. Pronyk PM, Nemser B, Maliqui B, et al. The UN Commission on Life Saving Commodities 3 years on: global progress update and results of a multicountry assessment. Lancet Global Health 2016;4(4):e276–86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013314>.
 79. Women in Global Health. Our Approach. Women in Global Health [internet], 2018. Disponible en: <http://www.womeningh.org/our-approach>.
 80. Centers for Disease Control and Prevention. Health Equity. Atlanta: CDC [internet], 2017. Disponible en: <https://www.cdc.gov/women/index.htm>.
 81. URIDU. We make vital information accessible where it's needed most. Annweiler am Trifels: URIDU [internet], 2017. Disponible en: <http://www.uridu.org/>.
 82. Gerberding J. Women and infectious diseases. Emerging Infectious Diseases 2004;10(11):1965–7. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/11/pdfs/04-0800.pdf>.
 83. World Health Organization. World Malaria Report 2017. WHO [internet], 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2MbpjgQ>.
 84. Bellamy C. Globalization and infectious diseases in women. Emerging Invectious Diseases 2004;10(11):2022–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3329001/pdf/04https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3329001/pdf/04-0485.pdf0485.pdf>.
 85. United Nations. The Global Fund. New York: United Nations [internet], 2017. Disponible en: <https://www.theglobalfund.org/en/>.
 86. United Nations Foundation. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. New York: UN Foundation [internet], 2015. Disponible en: <http://www.unfoundation.org/what->

<http://www.unfoundation.org/what-we-do/partners/organizations/the-global-fund.html>
do/partners/organizations/the-global-fund.html.

87. World Health Organization. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: WHO [internet], 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2KgQxA9>.
88. NCD Alliance. A call to action: Women and non-communicable diseases. Geneva: NCD Alliance [internet], 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2cG3eof>.
89. World Health Organization. NCD and Women. Geneva: WHO [internet], 2016. Disponible en: <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/ncd-themes/NCD-and-women/en/>.
90. World Health Organization. Gender and women's mental health. Geneva: WHO [internet], 2001. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
91. Shesthyn P. The distance between us: Are men and women so different? How do health outcome and risk factor differs between sexes? The answer may surprise you. Australian Journal of Pharmacy [internet], 2017. Disponible en: <https://ajp.com.au/news/the-distance-between-us/>.
92. World Health Organization. Gender disparities in mental health. Geneva: WHO [internet], 2001. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf.
93. United Nations Population Fund. Gender-based violence. New York: UNFPA [internet], 2017. Disponible en: <http://www.unfpa.org/gender-based-violence>.
94. Ball J. Women 40% more likely than men to develop mental illness, study finds. London: The Guardian [internet], 2013. Disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2013/may/22/women-men-mental-illness-study>.
95. International Labour Organization. ILOSTAT. Geneva: ILO [internet], 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2uxHru6>.
96. Thomas S. Health literacy in the pharmacy. Pharmacy Times [internet], 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2OEuzcW>.
97. Scarpace-Schroeder K. Health literacy tools in the pharmacy. Drug Topics [internet] 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2O1sF5m>.
98. Nikbakht NA, Sabzevari S, Negahban BT. Women empowerment through health information seeking: A qualitative study. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery 2015;3(2):105– 15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26005690>.

International
Pharmaceutical
Federation

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

Andries Bickerweg 5
2517 JP The Hague
The Netherlands

-
T +31 (0)70 302 19 70
F +31 (0)70 302 19 99
fip@fip.org

-
www.fip.org

| Farmacéuticos apoyando a las mujeres/ 09/ 2018