

3

GÉNERO y SALUD

Género y Salud



GÉNERO Y SALUD



EDITA

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER



Instituto Andaluz de la Mujer
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y HACIENDA



Elaborado por Likadi
Autoras:
M^a Luisa Lasheras Lozano
Marisa Pires Alcaide
M^a del Mar Rodríguez Gimena

Creatividad y diseño:
BPS aldiseño S.L.L.

Imprime:
Escandón Impresores

ISBN: 84-7921-100-8
Depósito legal:



GÉNERO Y SALUD

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
1. LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA SALUD DE LAS MUJERES. LA MIRADA ANDROCÉNTRICA Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD	8
2. EL ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO COMO INSTRUMENTO PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES DE LA SALUD	13
2.1. <i>El proceso de análisis de la salud construido con un enfoque integrado de género.</i>	14
2.1.1. Identificar las diferencias en la forma de enfermar y morir de las poblaciones.	15
2.1.2. Los determinantes de la salud desde la perspectiva de género: el análisis de la morbilidad diferencial.	19
3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA EVITAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD: HACIA UNA PROMOCIÓN DE LA SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO	36
3.1. <i>Líneas estratégicas de intervención sobre la salud de las mujeres con enfoque de género.</i>	39
3.2. <i>Propuestas para la acción.</i>	48
4. CASOS PRÁCTICOS	52
5. GLOSARIO	62
6. BIBLIOGRAFÍA	67



El *Mainstreaming* de Género y la Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres ha pasado a ser una de las prioridades de la agenda europea. Muchos son los hechos que han puesto de manifiesto una mayor sensibilidad pero sin duda uno de ellos ha sido la importancia que se ha concedido a la integración de la perspectiva de género en la programación de los Fondos Estructurales 2000-2006, al establecer que las acciones cofinanciadas por los Fondos deberán tener en cuenta la dimensión de género.

Esta inclusión, significa, un cambio de modelo en las políticas de Igualdad de Oportunidades, con la asunción de un doble enfoque de actuación y de gestión; que conjugue la integración de la perspectiva de género en las políticas generales con las medidas específicas destinadas a mujeres.

El Instituto Andaluz de la Mujer, como organismo que impulsa las políticas de Igualdad de Oportunidades en Andalucía, y la Consejería de Economía y Hacienda, a través de la Dirección General de Fondos Europeos con la creación de la Unidad de Igualdad y Género⁰, han querido dotar a la Administración, de una estructura de apoyo estable, para iniciar y consolidar el proceso de implantación del *Mainstreaming* de Género en Andalucía.

Ésta supone una primera experiencia para aportar a los equipos gestores de las políticas públicas, los conocimientos y las herramientas para favorecer la integración de la dimensión de género en sus decisiones y actividades, dando así una respuesta eficaz a las recomendaciones de la Comunidad Europea.

En este contexto se enmarcan los materiales que se presentan a continuación como resultado del trabajo realizado. Se trata de una serie de recursos de apoyo dirigidos a los equipos técnicos, que sistemáticamente se irán editando y publicando en la web de la Unidad de Igualdad y Género.

Con este material pretendemos proporcionar un instrumento válido de apoyo a la Unidad de Igualdad y Género, que muestre de forma práctica cómo integrar la perspectiva de género en la programación y gestión de las políticas para avanzar hacia una Administración Pública más igualitaria.

Teresa Jiménez Vilchez

Directora del Instituto Andaluz de la Mujer

1. LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA SALUD DE LAS MUJERES. LA MIRADA ANDROCÉNTRICA Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

El conocimiento del estado de salud de la población y de su modo de enfermar, la identificación de sus necesidades y demandas y la atención a la salud, son objetivos que deben estar presentes en el diseño de las políticas, de los programas y de los servicios sanitarios. Sin embargo, diferentes estudios y experiencias señalan que el conocimiento de las formas de enfermar actuales, adolece de un análisis crítico que permita la visibilización de los problemas de salud que afectan a mujeres y hombres de forma diferenciada.

Este análisis supone superar la concepción biomédica de la salud, incluyendo metodologías de investigación que incorporen una perspectiva más contextual de la salud de las mujeres y de los hombres para identificar, tanto las diferencias en los modos de enfermar de cada uno de los sexos, como las diferencias que debido a la pertenencia a uno u otro género¹ se presentan (Gil Nebot M^a Ángeles, 2002; Lagarde Marcela, 1996). Esto significa incorporar el género al análisis de los problemas de salud.

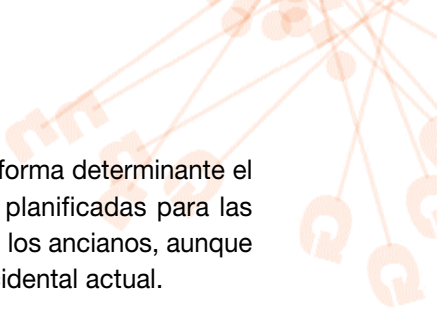
El análisis de los problemas de salud debe incluir a ambos géneros ya que lo importante es la relación entre ellos. Por ejemplo, el conocimiento de los factores que protegen a los varones ante un determinado problema de alta prevalencia en las mujeres (como la Anorexia-Bulimia), permite incorporar nuevas claves para la prevención de problemas complejos que suponen un reto en las sociedades actuales (Esteban M^a Luz, 2001).

Para incorporar la perspectiva de género al estudio de la salud es preciso, entre otras cuestiones, tener presente la salud como “fenómeno social total” en el que los planos colectivos y personales aparecen muy entremezclados y como planos constituyentes, a su vez, de una estructura global más compleja” (Conde Fernando, 1994).

El análisis de esta estructura compleja debe poner de manifiesto el estatus diferencial de mujeres y hombres en nuestra sociedad, la relación de poder entre los sexos, los estereotipos y los estigmas sociales. Adicionalmente, debe permitir conocer cómo ambos géneros perciben su salud, el valor que le asignan, las creencias en torno a ella, las motivaciones profundas que se encuentran en la base de los comportamientos saludables y nocivos, etc. El análisis de esta dimensión social y cultural de la salud ha de proporcionar información acerca del impacto en salud de las mujeres, tratando de reconocer las situaciones potenciales de desigualdad y de discriminación.

Las distintas concepciones de salud, que se organizan a partir de estos elementos socioculturales, tendrán una especificidad diferente al tener en cuenta la diversidad

1 Género: construcción social del hecho biológico de ser hombre o mujer en un momento histórico y social determinado.



que aporta la edad, la etnia, la clase social, el hábitat, pero de forma determinante el género. En este sentido, no pueden ser iguales las acciones planificadas para las mujeres jóvenes o para los varones adultos, para las ancianas o los ancianos, aunque todas y todos vivan en un país desarrollado de la sociedad occidental actual.

A modo de ejemplo, las chicas adolescentes y las mujeres jóvenes, tienen una noción de la salud diferente a la concepción organizada que tienen los jóvenes varones. Mientras en ellas su salud es expresada en términos de bienestar y de equilibrio con el entorno, en el caso de los varones, la salud es expresada con relación a la fuerza y potencialidad física de su propio cuerpo. Este hecho diferencial obliga a construir estrategias de prevención y de promoción que tengan en cuenta las singularidades de cada uno de los sexos (Conde Fernando & Santamarina Cristina, 1997)². En este sentido, profundizar en las claves que operan en las concepciones de la salud de las personas y de los grupos sociales va a facilitar una mejor orientación de las estrategias. Otro ejemplo que ilustra cómo se organizan las concepciones de salud tiene que ver con los modos de socialización en las primeras etapas de la vida. Aún hoy, las madres y los padres promueven valores y roles que producen un efecto diferenciado según se trate de niñas y de niños, esto quiere decir que se genera una conciencia de gran vulnerabilidad en las niñas, mientras se fomentan actitudes dominantes en los varones, señaladas, además como positivas (Conde Fernando & Camas Victoriano, 1996).

En la identidad femenina se manifiesta un malestar psicológico que es fruto de la socialización en la desigualdad que excluye a las mujeres de los ámbitos del poder y de la participación en la toma de decisiones y las relega al interior del hogar. Esta socialización realizada en el marco de la sociedad patriarcal ha generado desigualdad tanto en el mundo real como en el simbólico (Lagarde Marcela, 1996).

Las mujeres actuales poseen una identidad compleja y, en ocasiones contradictoria, fruto de la pervivencia de referentes de valores tradicionalistas y conservadores propios del orden patriarcal y de la emergencia de una identidad postmoderna de género. Es lo que la antropóloga y feminista Marcela Lagarde denomina sincretismo de género (Lagarde Marcela, 2000).

Esta ambivalencia es vivida con malestar por las mujeres, al no sentirse legitimadas en su mundo simbólico para tomar sus decisiones y ubicarse en el centro de su Yo y desde ese lugar reconocer sus propios deseos, tal y como señala esta misma autora (Lagarde Marcela, 2000). Pero esta tarea de reconocimiento de sí mismas no es sencilla para las mujeres, ya que cuando “transgreden el rol” asignado tradicional y socialmente, surge un fuerte sentimiento de culpa, por no cumplir con lo que se espera de ellas (Sau Victoria, 1996).

2 Este aspecto cobra una importante trascendencia cuando uno de los problemas de mayor gravedad para la salud de las mujeres es la violencia que contra ellas es ejercida por sus parejas.

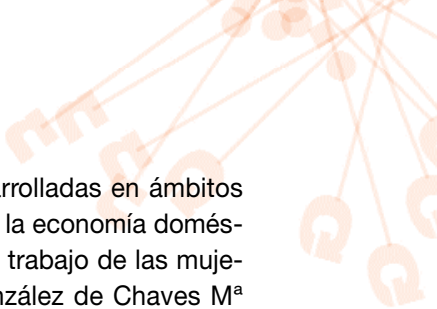
Este proceso de reconocimiento del propio yo va acompañado de sufrimiento, puesto que las mujeres han de realizar todo un proceso de deconstrucción de una identidad femenina desvalorizada socialmente para tener la oportunidad de construir una nueva identidad en la que pueda producirse una reconciliación con lo femenino. Para ello, tienen que realizar todo un proceso de cuestionamiento crítico de los roles y de las identidades que converja en la identificación de sí misma, de sus necesidades y de sus deseos e intereses.

Las mujeres deben ser acompañadas y apoyadas en este proceso por las instituciones sanitarias. Los planificadores de la salud han de incluir la perspectiva del análisis de género a su campo de acción, de tal modo que, cuando se afronte la atención a la salud de las mujeres, se incorporen a la práctica profesional estos elementos de carácter subjetivo que subyacen en el estado de su salud. En muchas ocasiones, las mujeres acuden de forma reiterada a las consultas de Atención Primaria presentando malestares inespecíficos; tras la prescripción de fármacos y pruebas por parte de la o del profesional no se obtienen resultados positivos, y las mujeres continúan presentando este malestar. Si la o el profesional es capaz de profundizar en una relación terapéutica en aquellos elementos que tienen que ver con su forma y estilo de vida, con sus problemas, su situación familiar, podría obtener un diagnóstico más acertado.

La dificultad es que a estos factores de carácter social y cultural no se les atribuye el peso que tienen en la etiopatogenia del problema a tratar. En el momento actual se están promoviendo estudios que tratan de visibilizar cómo las actividades y roles cotidianos de las mujeres están asociados con el estado de salud percibido.

Estos estudios tratan de visibilizar el impacto sobre la salud física y psíquica de estos roles y actividades, que no son valorados ni prestigiados por parte del conjunto social y, en muchas ocasiones, ni siquiera por parte de las mismas mujeres. Por ejemplo, la exclusiva dedicación de las mujeres a algunas de las actividades vinculadas al trabajo desarrollado en el interior del hogar ha contribuido a generar carencias en sus vidas, limitando sus oportunidades de desarrollo personal. En algunas ocasiones, la pobreza en el desempeño de otras actividades y / o la carencia de otros roles y tareas diferentes a las ya establecidas tradicionalmente, ha producido una situación “paralizante” para las mujeres que se expresa a través de la falta de motivación, ansiedad o una autoestima debilitada, fruto de la situación en la que se encuentran. (Sau Victoria, 1996; Conde, 1994).

A esta situación se añade una falta de valor social de su trabajo tanto en el plano de lo material y productivo como en el plano de lo simbólico, a pesar de la alta espe-



cialización de las mujeres en habilidades y capacidades desarrolladas en ámbitos socialmente tan importantes como el de la salud, la educación, la economía doméstica, etc. (Sau Victoria, 1996). Esta falta de reconocimiento del trabajo de las mujeres, a diferencia de lo que ha sucedido con los varones (González de Chaves M^a Asunción, 1998; Lagarde Marcela, 2000), ha generado durante años un sentimiento colectivo de falta de valoración personal que ha supuesto un importante coste para la salud de las mujeres, traduciéndose en un estado depresivo que conduce al aislamiento y a la soledad (Conde, 1994).

Como síntesis de la subjetividad femenina, se puede destacar una reflexión de Marcela Lagarde que resume cómo la experiencia de la gran omnipotencia en la que se socializan las mujeres se contradice con la vivencia cotidiana de la impotencia producida por la falta de poder interiorizada por la identidad femenina. Ellas que lo pueden todo “para los otros” puesto que tienen asignada la responsabilidad en la educación, en los cuidados de salud y de enfermedad dentro del hogar, en la gestión de la economía familiar, en el sostén y mantenimiento de los afectos,... son impotentes “para sí mismas”, para avanzar y trascender los mandatos de género. *“Para las mujeres todas las batallas son ganadas a la impotencia”*. (Lagarde Marcela, 1992).

Tradicionalmente, los problemas de salud han sido definidos por los grupos de poder socialmente mejor posicionados. En el caso que nos ocupa, se viene denunciando de forma repetida, desde las organizaciones feministas y las asociaciones de mujeres, que ha sido el poder médico masculino quien ha venido definiendo cuáles son los problemas y cuáles son las prioridades en la atención a la salud de las mujeres (Sau Victoria, 1996; Vicente Van Hall, 1994).

Desde la perspectiva androcéntrica, el análisis de los procesos de salud-enfermedad se ha realizado, bien excluyendo a las mujeres de los estudios de investigación y de los ensayos clínicos o bien atribuyéndoles las mismas características del sexo masculino en la definición de los problemas de salud que les afectan. Aspectos estos que han supuesto riesgos para la salud de las mujeres como se tendrá oportunidad de comprobar en los apartados siguientes.

El análisis de los procesos de salud-enfermedad por parte de colectivos de mujeres ha permitido la deconstrucción de los paradigmas asociados al patriarcado. Como no podría ser de otro modo, la ciencia y la tecnología y, por tanto, también las ciencias relacionadas con el cuidado de la salud, comparten los fundamentos del modelo patriarcal. En este sentido es necesario plantear alternativas al pensamiento androcéntrico, generando nuevas hipótesis que desvelen lo invisibilizado. Es necesario investigar nuevas explicaciones y alternativas a procesos de salud y de enfer-

medad en los que no se puede obviar la poderosa influencia del género como elemento constitutivo y generador de desigualdad.

El reconocimiento de estos elementos de orden sociocultural, además de una mejor comprensión de los comportamientos asociados a los procesos de salud-enfermedad de las personas, va a suponer una mejora de los servicios de atención a la salud. Pero este conocimiento se muestra insuficiente si no va acompañado de una transformación que permita que las y los profesionales que definen los problemas y las estrategias de intervención las desarrollen desde un enfoque integrado de género.

2. EL ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO COMO INSTRUMENTO PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES DE LA SALUD

Antes de continuar es preciso puntualizar que el uso generalizado de los términos mujer o mujeres ha dado al colectivo que pretende denominar un carácter de uniformidad que no tiene. Puesto que en este documento también se emplean, es necesario señalar que el colectivo de mujeres no es homogéneo sino que expresa una gran variabilidad tanto en la forma como en el fondo, albergando en su seno diferencias que cuando se niegan o se desconocen pueden agravar las desigualdades actuando simultáneamente con las derivadas del rol que la sociedad les atribuye. M^a Luz Esteban (2001) recuerda la necesidad de considerar en el enfoque integrado de género ciertas categorías responsables de la heterogeneidad de este colectivo, cuando escribe *“el uso de la categoría mujer o mujeres ha dificultado percibir la construcción de otras diferencias que son fundamentales en la realidad de las mujeres”*. Entre ellas se puede citar la etnia, la clase social, el medio rural o urbano, la convivencia conyugal, tener o no tener descendencia o las orientaciones sexuales.

En la misma línea Silvia Tubert (2000) señala que el modelo de funcionamiento psíquico femenino no es monolítico, sino que muestra diferencias internas que han de ser consideradas al analizar el hecho diferencial de “ser mujer”. Teniendo en cuenta estas consideraciones y si no se especifica lo contrario, en este documento al hablar de mujer o mujeres nos referimos a aquellos aspectos comunes a todas ellas que la sociedad les atribuye por el hecho de serlo.

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

De lo expresado previamente se deduce que las desigualdades de género en salud son una parte integrante de las desigualdades sociales que requieren mayor atención de la que hasta ahora se les ha prestado.

El enfoque integrado de género implica pues, la búsqueda de la equidad en salud entre mujeres y hombres, entendiendo por tal que ellas y ellos tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud. Desde un punto de vista más operativo, la equidad en salud implica eliminar esas desigualdades socialmente construidas que son evitables y suprimir también los factores que las determinan. (Gómez Elsa, 2002).

Un análisis de salud que no integre la perspectiva de género no puede dar lugar a un resultado real, es por ello que todos los análisis realizados hasta épocas muy recientes y muchos de los que se realizan actualmente, producen resultados sesgados con consecuencias negativas para la salud de las mujeres.

Para integrar la perspectiva de género en la actividad de los sistemas de salud ha de ser operativizado el complejo constructo de género a través de la identificación, el análisis y la interpretación de una serie de componentes básicos subyacentes que se describen a continuación.

2.1. EL PROCESO DE ANÁLISIS DE LA SALUD CONSTRUIDO CON UN ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO

Este análisis permite responder a las preguntas que surgen al analizar el proceso de salud/enfermedad, quién, cómo, cuándo, dónde y por qué enferma la población. Para responder a estas preguntas se necesita una perspectiva de análisis amplia que permita la incorporación de nuevos elementos que provienen de otras disciplinas (economía, sociología, psicología,...). Esto significa trascender la visión más clásica del análisis de los procesos de salud-enfermedad que implica la construcción de nuevos indicadores que faciliten la obtención de una imagen más próxima a la realidad.

Esta visión más amplia, supone cuestionar las creencias y concepciones que tiene la y el profesional de la salud (gestora/or, epidemióloga/o, investigadora/or, clínica/o, etc.) que interviene en la toma de decisiones, lo que hace necesario además, cuestionar los instrumentos y las herramientas que se utilizan habitualmente, pero también la interpretación de los resultados que con ellos se obtienen.

La consideración de lo expresado en el párrafo anterior, unida al análisis exhaustivo de la información existente puede conducirnos a identificar las principales desigualdades en el ámbito de la salud.

Se exponen a continuación una serie de fases que servirán para sistematizar el análisis de la salud con un enfoque integrado de género, así como las aplicaciones que de dicho análisis han de derivarse en la planificación de servicios de salud desde la perspectiva de género.

2.1.1. IDENTIFICAR LAS DIFERENCIAS EN LAS FORMAS DE ENFERMAR Y MORIR DE LAS POBLACIONES

Las investigaciones y los estudios realizados en las últimas décadas han permitido conocer que las mujeres y los hombres enferman y mueren por causas diferentes. Se ha observado que en los países industrializados, las mujeres viven más años que los hombres pero con peor calidad de vida ya que presentan con mayor frecuencia morbilidad de carácter crónico debilitante, como por ejemplo la diabetes y la artrosis.

Las principales causas de muerte en los hombres mayores de cincuenta años son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las causas externas (accidentes y suicidios) por este orden. En las mujeres de la misma edad se están produciendo cambios en las causas de muerte en los últimos años, observándose un incremento proporcional de las muertes por enfermedades cardiovasculares y una reducción de las producidas por cáncer de mama.

Para llegar a realizar análisis como los precedentes se requiere la revisión de las principales fuentes de información disponibles en relación con el objeto de análisis. La inclusión de la perspectiva de género en cuestiones epidemiológicas estándares como *quien, cuándo, cómo, y dónde se enferma, permite obtener modelos de salud-enfermedad sensibles al género*. Para ello, es preciso examinar la información existente acerca de la morbilidad y la mortalidad.

Es fundamental que los datos contenidos en estas fuentes tengan un nivel mínimo de desagregación sobre todo en relación con ciertas variables que son fundamentales en el análisis desde la Perspectiva de Género. Los datos desagregados por sexo son condición necesaria, aunque no suficiente (Gender and Health Group, 2001), para la introducción de esta perspectiva.

Otras variables que caracterizan el análisis de género (Rohlfs Isabella y otros/as 2000; Gálvez Thelma, 1999) son las variables sociodemográficas y económicas que se presentan en la tabla 1. Además, contemplar determinadas variables relacionadas con el proceso de salud-enfermedad y con la atención a la salud desde los servicios sanitarios, permitirá alcanzar una lectura más fiel de las diferencias que pueden conducir a las desigualdades de género en la salud (tablas 2 y 3).

Tabla 1. Variables socioeconómicas que posibilitan el análisis desde una perspectiva de género.

- Edad.
- Estado Civil:
 - > Casada/o.
 - > Separación/ divorcio.
 - > Viudedad.
 - > Soltera/o.
- Nivel de estudios.
- Ingresos familiares, especificando los ingresos de cada miembro de la pareja.
- Situación laboral (empleo/desempleo).
- Ocupación remunerada:
 - > Tipo de trabajo.
 - > Puesto de trabajo.
 - > Tipo de contrato.
 - > Tipo de jornada laboral.
 - > N° de horas trabajadas por semana.
- Ayuda externa en las actividades propias del ámbito doméstico:
 - > Trabajo doméstico remunerado.
 - > Ayuda familiar.
- Ayuda externa en el cuidado de las personas dependientes:
 - > Cuidadora/or con remuneración.
 - > Apoyo familiar para el cuidado.
- Estructura familiar:
 - > Personas que conviven (n°, edad, sexo y parentesco).
- Disponibilidad de tiempo:
 - > N° de horas a la semana dedicadas a sí misma/o.
 - > N° de horas de sueño.
 - > Tipo de actividades de tiempo libre.
- Relaciones sociales de apoyo:
 - > Redes de apoyo social: pertenencia a asociaciones, grupos organizados de ocio y tiempo libre, etc.
 - > Disponibilidad de apoyo por parte de amistades y familiares.

Tabla 2. Variables relativas al proceso de salud-enfermedad.

- Mortalidad general.
- Mortalidad materna.
- Esperanza de vida.
- Estado de salud percibido.
- Discapacidades crónicas y agudas.
- Trastornos crónicos / patologías prevalentes (dolor crónico, procesos autoinmunes, anemias, incontinencia urinaria, estrés, ansiedad, depresión, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, asma, bronquitis crónica, etc.)
- Trastornos de la esfera sexual y reproductiva (disfunción sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual, etc.)
- Nivel de bienestar.
- Satisfacción personal.
- Calidad de vida.
- Conductas relacionadas con la salud: actividad física, dietas saludables, utilización del tiempo de ocio, horas de sueño, medidas de protección en las relaciones sexuales de riesgo, utilización de dispositivos de seguridad en la conducción; medidas de autocuidado, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, automedicación.

Tabla 3. Variables relacionadas con la atención a la salud desde los servicios sanitarios.

Prescripción de medicamentos:

- N° de medicamentos.
- Tipos de medicamentos.

Frecuencia en el uso de los servicios sanitarios:

- N° de visitas a los servicios sanitarios.
- Tipo de servicio frecuentado.

Motivo de la consulta a los servicios sanitarios.

Servicio sanitario al que se realiza la consulta (atención primaria, salud mental, obstetricia, ginecología...).

Tipo de Servicio: público/privado.

Accesibilidad al servicio sanitario:

- Tiempo medio que se tarda en llegar al servicio sanitario.
- Tiempo medio de espera en la consulta.
- Tiempo medio de espera ante una cirugía.
- Tiempo medio para el diagnóstico de una patología.

Satisfacción de las personas usuarias con los servicios sanitarios.

Hospitalización:

- Motivo de hospitalización.
- Estancia media.

Formación de las y los profesionales de la salud en la atención de nuevos problemas de salud (violencia).

Investigación de los problemas sanitarios.

La selección de las variables relacionadas con las tablas 2 y 3 depende del objetivo del estudio y se utilizarán unas u otras en función de la finalidad que se persiga.

Si los sistemas de información disponibles no recogen datos desagregados o si estos son inexistentes se deberá proceder a su inclusión, ya que el análisis de datos incompletos puede dar lugar a una lectura parcial o sesgada de la situación bajo estudio.

Dada la interrelación dinámica de los elementos que componen el constructo de género, es preciso obtener información acerca de los elementos socioculturales y simbólicos implícitos en los discursos sociales de los procesos de salud-enfermedad.

Esta información se obtiene a través de la metodología cualitativa, cada vez más utilizada en el campo de análisis de la salud, por su capacidad para explicar los hallazgos obtenidos en el análisis cuantitativo. Por todo ello, es imprescindible incluir la perspectiva de análisis cualitativo en los sistemas de información de carácter rutinario.

2.1.2. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: EL ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD DIFERENCIAL

Una vez identificadas las diferencias en la forma de enfermar de mujeres y hombres, y antes de iniciar el análisis del campo de la salud con enfoque integrado de género, es preciso recordar que las desigualdades de género en la salud sólo pueden ser comprendidas en el contexto histórico, social y cultural en el que se desarrollan y es preciso tener presente ese contexto para llegar a descubrirlas.

Se propone utilizar el modelo descrito por los canadienses (Lalonde Marc, 1996) cuyos componentes (*biología, medio ambiente³, estilos de vida y organización de la atención de salud*) constituyen un poderoso instrumento de análisis de la salud. Uno de los aspectos más importantes de este modelo es que equipara la importancia de los determinantes biológicos, medioambientales y de estilos de vida con la organización de la atención a la salud. Además, permite prestar mayor atención a los determinantes que tienen más peso, ya que cualquier problema de salud esta causado por la combinación en mayor o menor medida de estos componentes.

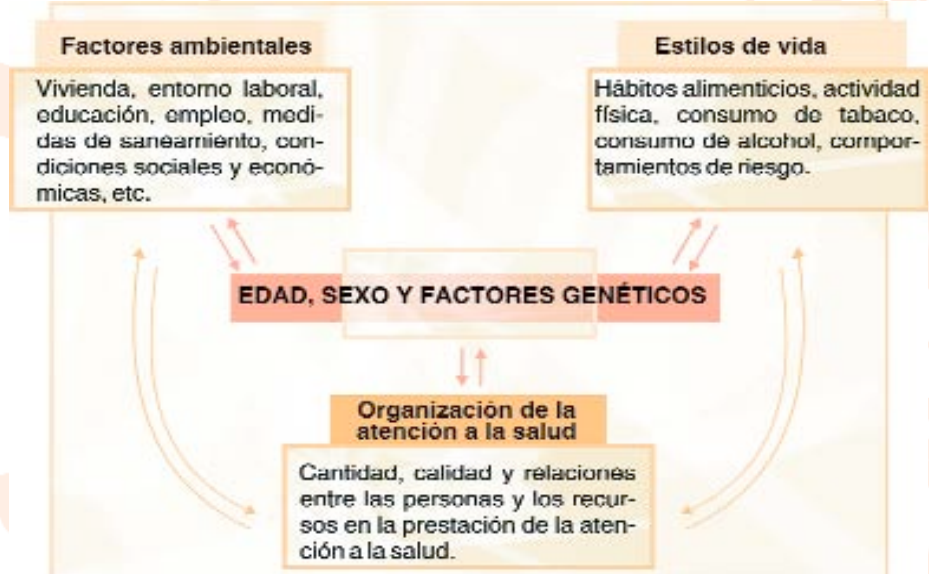
Este modelo sitúa a las personas con sus características relativas a la edad, el sexo y la genética (que configuran su potencial de salud), en el centro de una encrucijada (ver figura 1) formada por los determinantes de salud. En esta encrucijada, entre las personas y los determinantes, y entre los propios determinantes se establecen rela-

3 En este documento el término medio ambiente incluye también el medio social.

ciones dinámicas que se manifiestan por interacciones bidireccionales que tienen efectos sobre la salud. El modelo, al alejarse de una visión biologicista pura, permite explorar y reconocer elementos ignorados hasta el momento, como ocurre con los que integran el concepto de “género”.

En un intento de conseguir una mayor organización expositiva se presentan distintos apartados, sin embargo la realidad, como se expresa en el párrafo anterior, es que los determinantes de salud interactúan entre sí resultando difícil establecer con claridad sus límites y dilucidar con exactitud en qué medida contribuye cada uno de ellos a determinar el estado de salud. Por ejemplo, en relación con las enfermedades cardiovasculares, existe la creencia de que las mujeres tienen menor probabilidad de morir prematuramente que los hombres, pero la letalidad es más alta en mujeres que en hombres. Probablemente exista una diferente susceptibilidad biológica, pero también tienen influencia los hábitos de vida (fumar o no fumar) y exposición a riesgos ambientales y sociales fundamentalmente relacionados con la ocupación (situaciones que generan estrés o situaciones socioeconómicas desfavorables) (Marmot y otros/as, 1997; Wamala Sarah y otros/as, 2000; Wamala Sarah y otros/as, 2001), así mismo la atención dispensada desde los servicios sanitarios puede tener su efecto. (Marrugat y otros/as, 1998). Teniendo en cuenta estas consideraciones se presentan en cada apartado los ejemplos más relevantes, aunque no significa que estén todos ni que sean los únicos posibles.

Figura 1: Determinantes de salud



Biología humana

Este componente comprende todos los hechos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en la mujer y el hombre como consecuencia de la constitución orgánica de la persona.

Las diferencias morfológicas y de funcionamiento orgánico que existen entre mujeres y hombres produce lógicas variaciones en el estado de salud y en el modo de enfermar y morir de unas y otros. Estos hechos no tendrían mayor trascendencia desde el punto de vista que nos ocupa, de no ser porque con frecuencia se olvidan. La mirada androcéntrica de la salud ha hecho que la mayoría de los problemas que afectan a la salud de las mujeres no se hayan estudiado suficientemente, dando lugar a desigualdades en la salud con graves consecuencias para las mujeres.

Las ciencias biomédicas han asumido, durante mucho tiempo, que mujeres y hombres son similares desde el punto de vista biológico, con excepción de sus sistemas reproductivos, de modo que con frecuencia se han aplicado a las mujeres resultados de estudios realizados fundamentalmente con población masculina. Las implicaciones que se derivan de estos errores al realizar intervenciones diagnósticas, terapéuticas o de prevención están comenzando a ponerse de manifiesto. Uno de los ejemplos más clarificadores son los sesgos cometidos en la investigación de las enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte de mujeres y hombres en los países desarrollados. El resultado es que hay todavía muchos vacíos de conocimiento en relación con la naturaleza de las enfermedades cardíacas en las mujeres y existe preocupación por las crecientes evidencias en este sentido. Por ejemplo, la sintomatología que presentan algunas mujeres con infarto agudo de miocardio (IAM), no responde al modelo descrito predominantemente en los libros de medicina. La generalización de este estereotipo hace por una parte que la mujer no identifique la situación de urgencia en la que se encuentra y por otra que las y los profesionales sanitarios no reconozcan los síntomas, retrasando el diagnóstico en ocasiones con consecuencias fatales (Marrugat y otros/as, 1998).

Otro ejemplo de error frecuente relacionado con la biología de la persona, es el derivado de las investigaciones en el campo de la toxicología que han excluido a las mujeres de forma sistemática como población de estudio en todos aquellos aspectos que no tengan que ver con la salud reproductiva, para evitar así las variaciones en los resultados causadas por cambios hormonales. Este hecho puede repercutir de forma negativa en la salud de ambos, mujeres y hombres, ya que mientras en los hombres no se conoce el riesgo para la fertilidad y la salud reproductiva de ciertos agentes tóxicos, en las mujeres sólo se tiene una visión parcial de la toxicidad, sin

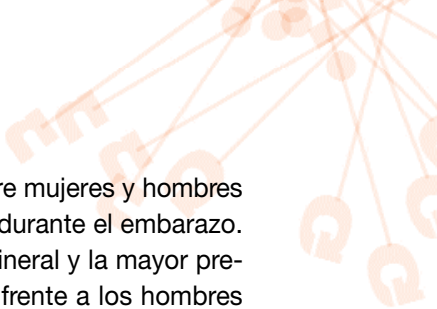
llegar a conocer la capacidad de absorción, la biodisponibilidad o la susceptibilidad a los efectos nocivos del tóxico en otros órganos diferentes del aparato reproductor (Sims Jacqueline & Butter Maureen, 2002).

Algunas autoras y autores (Krieger Nancy y otras/os, 1993) han mostrado su preocupación por la existencia de posibles errores en los tratamientos que recibían las mujeres, pues parece que los factores biomédicos no pueden explicar ciertas discrepancias detectadas entre mujeres y hombres. Se está intentando dilucidar si los tratamientos menos agresivos que reciben las mujeres frente a los hombres ante ciertas enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer de pulmón o el fallo renal, pueden ser explicadas por diferencias en la severidad de la enfermedad basadas en la biología o son más bien un sesgo de género. Se ha observado que si no se trata precozmente el Infarto Agudo de Miocardio la mortalidad aumenta y, no se sabe por qué motivo, las mujeres reciben con menor frecuencia que los hombres antifibrinolíticos en las primeras horas postinfarto (Marrugat y otras/os, 1998).

Como se señala anteriormente, las únicas diferencias tradicionalmente reconocidas en cuanto a salud entre mujeres y hombres son las relativas a la salud reproductiva. En ocasiones, son los aspectos relacionados con el sistema reproductor los que se consideran más relevantes al valorar la salud de las mujeres, de modo que numerosos programas tanto preventivos como asistenciales únicamente contienen aspectos relacionados con la anticoncepción, el embarazo, la menopausia y la detección precoz del cáncer en diferentes órganos del sistema reproductor, fundamentalmente útero y mama.

Esta visión parcial de la salud de las mujeres impide realizar una atención integral manteniendo al objeto de estudio como un ser fraccionado, lo que explica la falta de sensibilidad que algunas y algunos profesionales muestran ante determinadas exploraciones que para muchas mujeres suponen una intromisión en su intimidad. Además, como señala Valls-Llobet Carme (2000), el mantenimiento de unidades o programas de atención a la mujer obstaculiza la introducción de una mirada de género no sesgada en la atención sanitaria.

Entre los elementos biológicos que diferencian a las mujeres de los hombres está la menstruación, reflejo de los cambios cíclicos hormonales. Todavía hoy, muchas mujeres no buscan cuidados médicos en base a la creencia generalizada, incluso por las mismas/os profesionales, de que el dolor durante la menstruación es algo “natural”, se sabe sin embargo, que la dismenorrea puede ser una manifestación de desequilibrios hormonales cuya causa debe investigarse y resolverse (Valls-Llobet Carme, 2002).



También es un efecto derivado de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres la pérdida de hierro que se produce durante la menstruación y durante el embarazo. Consecuencia de tal pérdida es la mayor deficiencia de este mineral y la mayor prevalencia de anemia ferropénica que se detecta en las mujeres frente a los hombres (Valls-Llobet Carme, 2002). Esta deficiencia de hierro da lugar a manifestaciones generales de debilidad, cansancio, reducción del rendimiento en las tareas habituales o somnolencia que se combinan con síntomas y signos localizados en otros muchos órganos y sistemas del organismo (diversas afecciones de la piel, debilidad de pelo y uñas, atrofia de mucosas, alteraciones del sistema nervioso, alteraciones de la inmunidad, etc.). Por lo tanto, la presencia de niveles bajos de hierro en las mujeres debe ser detectada y tratada, haya o no anemia manifiesta, en lugar de pasarla por alto aduciendo que es “normal en las mujeres en edad reproductiva”.

Otro efecto asociado al fenómeno biológico de ser mujer es la maternidad. Un indicador del estado de salud de las mujeres durante el embarazo parto y puerperio es la morbi-mortalidad materna. Aunque en los países industrializados, entre los que nos encontramos, las tasas son muy reducidas, es esencial la vigilancia permanente, dado que en algunos países de nuestro entorno se observa un incremento en ciertos grupos de mujeres (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2002)

La mayor vulnerabilidad de las mujeres a las enfermedades de transmisión sexual, cuyo máximo exponente es el SIDA, puede explicarse por distintos grupos de factores entre los que se encuentran los determinantes biológicos. La superficie mucosa que queda expuesta a los gérmenes en las relaciones sexuales es mucho mayor en las mujeres (vulva, vagina y cervix) que en los hombres. Esta superficie es muy frágil y frecuentemente presenta pequeñas abrasiones que actúan como puerta de entrada de los microorganismos infecciosos.

En el caso del SIDA confluyen la mayor capacidad infectiva del semen frente al flujo vaginal, con la mayor superficie mucosa expuesta de las mujeres para explicar que la direccionalidad de la transmisión hombre mujer es mucho más elevada que la inversa. Si en el momento de la exposición existen alteraciones de las mucosas producidas por la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, el riesgo de infección por VIH de las mujeres se incrementa en una proporción muy elevada (Velasco Sara, 1999).

A pesar de que las investigaciones sobre estas y otras diferencias biológicas entre hombres y mujeres son cada vez más abundantes, quedan muchas lagunas en el conocimiento de su evolución, de sus determinantes y de las consecuencias para la salud de hombres y mujeres, para aproximarse lo más posible a la realidad es preciso analizarlas en profundidad.

Medio Ambiente

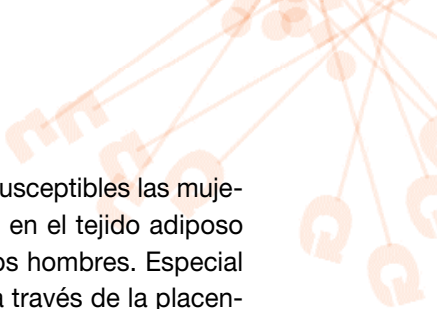
En palabras de Lalonde⁴ la definición del medio ambiente en relación con la salud engloba “todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control”(Lalonde Marc, 1996), este concepto limitado a la dicotomía interno-externo, ha sido superado por otro más amplio en el que “la salud ambiental es considerada como un segmento de la salud pública que evalúa, entiende y controla el impacto ejercido por las personas sobre su ambiente y el impacto de éste sobre ellas” (Sims Jacqueline & Butter Maureen, 2002).

Si bien es cierto que las personas por sí solas no pueden modificar las circunstancias físicas, culturales, económicas o sociales que son nocivas para su salud, también lo es que muchas de esas características medioambientales son modificables y que es posible emprender acciones dirigidas a conseguir cambios efectivos desde diferentes instancias. En este sentido el enfoque integrado de género es un concepto dinámico cuyo objetivo es modificar las condiciones sociales como medio de corregir desigualdades.

El principal obstáculo para resolver un problema es no conocerlo y en materia de medioambiente la integración de las dimensiones de salud y género es todavía escasa. En el sector de la salud no se ha reconocido que muchos problemas ambientales repercuten de diferente modo en la salud de mujeres y hombres, probablemente como consecuencia de la escasez de investigaciones sistemáticas y rigurosas que incorporen el enfoque integrado de género (Sims Jacqueline & Butter Maureen, 2002). A pesar de la ausencia manifiesta de información, existe acuerdo en que la mala salud derivada de los riesgos ambientales está subestimada, no solo por la dificultad que entraña medir la exposición a riesgos ambientales, sino también porque con frecuencia las investigaciones se olvidan de evaluar aquellos que derivan de aspectos sociales (estructurales) relacionados con la discriminación de las mujeres por razón de género, entre cuyos paradigmas figuran la pobreza y la violencia.

Los efectos sobre la salud de compuestos tóxico ambientales merecen atención por parte de numerosas investigaciones, pero plantea problemas a la hora de medir el grado de la exposición, debido a ello en ocasiones no puede demostrarse el riesgo. Los estudios realizados en ciencias medioambientales señalan que numerosos compuestos químicos producen alteraciones en el organismo humano, el efecto diferencial en la morbilidad entre mujeres y hombres es en parte debido a la diferente exposición, pero otra parte puede explicarse por las diferencias biológicas. Por ejemplo, algunos compuestos que simulan la acción de los estrógenos endógenos pueden dar

⁴ Marc Lalonde fue Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá.



lugar a alteraciones del sistema inmunitario a las que son más susceptibles las mujeres. Otras sustancias tienen afinidad con receptores ubicados en el tejido adiposo que como se sabe es más abundante en las mujeres que en los hombres. Especial preocupación ha despertado la transmisión de tóxicos al feto a través de la placenta y a las/los lactantes a través de la leche materna.

La pobreza.

En cualquiera de sus dimensiones la pobreza (estado socioeconómico, condiciones de vida, nivel de ingresos o nivel educativo) es el mayor determinante individual de mala salud (Organización Mundial de la Salud, 1999). Las personas pobres mueren más jóvenes y sufren mayores discapacidades, están expuestas a riesgos más elevados como consecuencia de unas condiciones de vida poco saludables tanto en los hogares como en los lugares de trabajo; adicionalmente, cuando enferman tienen una recuperación más lenta, especialmente si su acceso a los servicios de atención a la salud es limitado, lo que ocurre frecuentemente (Banco Mundial, 1993).

Las mujeres en general y algunos grupos de ellas en particular (inmigrantes, ancianas, niñas, pertenecientes a determinadas etnias) son especialmente vulnerables a la pobreza, debido a los patrones de dominio- sumisión que presiden las relaciones personales y sociales entre mujeres y hombres (Campbell Jaqueline, 2002). Por consiguiente, se puede decir que los riesgos para la salud derivados de la pobreza son mayores para las mujeres que para los hombres, ya que a las consecuencias de ser pobres se unen los efectos derivados de las inequidades de género. Esta mayor susceptibilidad de las mujeres ha llevado a acuñar los términos “*feminización de la pobreza*” para hacer referencia al número creciente de mujeres entre la población pobre y “*empobrecimiento de las mujeres*” para expresar el empeoramiento de los estándares de vida de las mismas, ambos conceptos se mueven en la misma línea de intentar poner de manifiesto un fenómeno antiguo aunque ignorado durante mucho tiempo (The Boston women’s health book collective, 2000).

En relación con las causas de la pobreza de las mujeres podemos enumerar la falta de equidad en el reparto de recursos (económicos, alimenticios, de tiempo, etc.,) y de acceso a los servicios públicos (educación, servicios sanitarios o a un puesto de trabajo digno), lo que deja a las mujeres en franca desventaja y con pocas probabilidades de superar la pobreza. Esto es así incluso en los países en los que la equidad de género ha alcanzado los mejores niveles en el mundo desarrollado. Por ejemplo, las mujeres suecas ganan de un 10 a un 20% menos que los hombres con el mismo nivel ocupacional y de educación, modelo que no ha cambiado en los 20 últimos

años (Wamala & Agren, 2002). En ese país los ingresos de las mujeres son menores que los de los hombres en todos los niveles socioeconómicos.

Se sabe también, que las mujeres ocupan los puestos de trabajo menos valorados socialmente, caracterizados por condiciones laborales desfavorables, con altas exigencias y bajo control. De este modo, la mayor parte del empleo temporal está ocupado por mujeres, ya que con frecuencia se ven obligadas a aceptar trabajos precarios y mal remunerados. Los contratos de trabajo a tiempo parcial, son, así mismo, una modalidad muy común entre las mujeres de Europa (The Boston women's health book collective, 2000), donde con frecuencia se habla de políticas para compatibilizar la vida laboral y familiar de las mujeres y raramente las de los hombres. Es preciso señalar que si tales políticas no mejoran las condiciones de trabajo ni potencian la igualdad salarial con los hombres, tienen el riesgo de legitimar y perpetuar el rol tradicional que la sociedad patriarcal asigna a las mujeres, es decir, el de madre y cuidadora.

Una de las repercusiones de la situación de pobreza que padecen las mujeres es la pérdida de influencia en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos, incrementando la ya alta probabilidad de ser excluidas social y políticamente. La desigual distribución de recursos que se detecta a nivel social, se reproduce también en el seno de las familias, donde generalmente el hombre aporta los mayores ingresos, hecho que unido a la estructura jerárquica de esta institución contribuye a mantener la subordinación de las mujeres limitando aún más sus oportunidades. Es importante señalar, que estas limitaciones en la potencialidad de las mujeres trasciende más allá de las consecuencias personales, puesto que reducen la capacidad productiva de la comunidad, dando lugar a rentas familiares menores de las que pudieran ser y evitando el crecimiento económico global.

Otras causas que contribuyen al empobrecimiento de las mujeres son el incremento de la población de ancianas, muchas de las cuales tienen pocos recursos para sobrevivir con independencia (pensiones de viudedad y otras no contributivas) y los cambios de la estructura familiar por separaciones o divorcios que con frecuencia dejan a las mujeres en condiciones económicas precarias (crecimiento de familias monoparentales que tienen a su frente una mujer).

Violencia contra las mujeres

El otro gran problema relacionado con la discriminación social por razones de género que tiene un enorme impacto sobre la salud es la violencia contra las mujeres. Este fenómeno del que se conoce sólo una pequeña parte, está presente en todos los países del mundo en los que se ha estudiado, independientemente del grado de desarrollo que hayan alcanzado, afecta a todas las razas, todas las clases sociales, todos los colectivos sean laicos o religiosos y constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad femeninas. En muchas sociedades la violencia contra las mujeres forma parte del orden establecido y con frecuencia es el único método conocido para la resolución de conflictos.

Aunque algunas formas de violencia (tortura sexual, las violaciones) son usadas sistemáticamente como armas en los conflictos bélicos, la violencia contra las mujeres en el seno de la familia es la forma más frecuente y destaca la perpetrada por la pareja, hechos éstos últimos por los que se ha ubicado en el ámbito de lo privado, frenando el interés social y la denuncia pública. Las estadísticas obtenidas en distintas partes del mundo muestran que entre el 16% y el 52% de las mujeres experimentan violencia física por parte de sus compañeros y por lo menos el 20% son objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida.

Fruto de las relaciones de dominio a que están sometidas, las mujeres sufren violencia en todas las etapas de la vida, desde la fase prenatal hasta la vejez (OMS, 1998). La que se ejerce antes del nacimiento se articula en forma de abortos selectivos de los fetos femeninos. En los países en los que una tecnología tan avanzada no está disponible, el infanticidio femenino es la forma de seleccionar el sexo de la descendencia. El matrimonio infantil es otra forma de abuso común en muchas culturas, donde los compromisos adquiridos por la familia en función de distintos intereses limitan, sobre todo, la libertad de las mujeres para decidir sobre su vida.

Todos los años millones de niñas sufren mutilación genital en el mundo (clitoridectomía y/o infibulación), práctica muy extendida en algunas culturas africanas, amerindias y asiáticas, que además de ser una forma de represión contra las mujeres que lesiona sus derechos más elementales, tiene otras repercusiones graves sobre su salud, dando lugar a hemorragias e infecciones que pueden conducir a la muerte. Según fuentes de la Federación de Planificación Familiar de España (FPFE), muchas niñas inmigrantes residentes en diversas comunidades autónomas, cuando van de vacaciones a sus países de origen, vuelven mutiladas. Estas mismas fuentes aseguran que los casos realizados en nuestro territorio son cada vez más frecuentes y debido a que son acciones clandestinas se realizan sin garantías sanitarias de ningún tipo (Federación de Planificación Familiar de España, 2001).

En relación con las agresiones sexuales, el incesto y el abuso sexual que padecen las niñas y adolescentes, provienen con mayor frecuencia de un hombre de la familia o próximo a ella. De forma similar, las agresiones sexuales y las violaciones de mujeres adultas proceden con mayor frecuencia de sus parejas. En ambos casos el agresor utiliza el afecto que le profesa la víctima y su situación de poder respecto a ella, para asegurar el secreto de su acción. Si bien cualquier abuso tiene consecuencias negativas para la salud de la niña o la mujer. La violación por parte de la pareja o del progenitor es probablemente la agresión que tiene efectos más destructivos en la salud de las mujeres y sobre todo para la salud mental.

Con frecuencia los episodios de malos tratos que forman parte del proceso violento se desencadenan durante el embarazo dando lugar a problemas de salud tanto en la madre como en las hijas e hijos. En Estados Unidos la violencia de pareja es la causa principal de lesiones entre las mujeres en edad de procrear, de modo que entre un 22 y un 35% de las que acuden a un servicio de urgencias lo hacen por esta razón. Estudios procedentes de este mismo país indican que el riesgo de necesitar tratamiento psiquiátrico es entre cuatro y cinco veces mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son. El suicidio es con frecuencia la única salida que ven las mujeres a la situación de sufrimiento en la que se encuentran, siendo la probabilidad de suicidarse cinco veces más alta en las mujeres víctimas de la violencia. El riesgo de homicidio se incrementa cuando la mujer decide poner fin a su relación con su maltratador, y se observa con demasiada frecuencia que estos procesos de violencia finalizan con el asesinato de la mujer a manos de la pareja actual o anterior.

La explotación sexual de las mujeres es otra forma en la que se plasman los abusos de poder de los hombres, cuyas acciones en esta área son poco o nada cuestionadas en nuestra sociedad, que abiertamente critica a las mujeres que comercian con su cuerpo, sin mencionar a los proxenetas que las controlan ni a los usuarios de sus servicios.

Finalmente las mujeres durante la vejez tienen peor salud que cuando son más jóvenes y sus capacidades físicas están más limitadas, lo que las hace especialmente vulnerables a la violencia.

Como se deduce de los párrafos anteriores, la violencia que se ejerce contra las mujeres, sobre todo si tiene carácter de proceso, afecta a su integridad produciendo efectos nocivos tanto en la esfera física como psicológica y social.

Condiciones de trabajo y salud ocupacional ⁵

Como se ha señalado al hablar de la pobreza, la vida laboral está estrechamente vinculada con las desigualdades sociales entre mujeres y hombres, debido a que está regida por un ordenamiento jerárquico establecido por y para los hombres y donde las mujeres quedan excluidas de los puestos de poder y de prestigio social que gobiernan la capacidad de decidir y la gestión de la riqueza. Esta exclusión de las mujeres ha dado lugar a una taxativa división del trabajo por razón de género, que sitúa a las mujeres en una posición de desventaja social que determina las oportunidades de crecimiento personal, las libertades y las condiciones de vida, aspectos todos ellos con gran influencia en la salud.

La Organización Panamericana de la Salud (Östlin Piroška, 2001) habla de segregación ocupacional para referirse a la división del trabajo en función del género y distingue la segregación horizontal de la vertical. La segregación horizontal hace referencia a la concentración de mujeres y hombres en ocupaciones desproporcionadamente femeninas o masculinas. La segregación vertical, se refiere a la división jerárquica del poder por razón de género dentro de las ocupaciones, de modo que los hombres ocupan los cargos de mayor responsabilidad y prestigio y las mujeres las posiciones subordinadas, independientemente de que la ocupación sea de predominio masculino o femenino.

La segregación laboral lleva consigo exposición a riesgos diferentes para mujeres y hombres. Las inequidades en salud relacionadas con esta división del trabajo pueden surgir de la existencia de unas condiciones de trabajo más precarias e insalubres para las mujeres y del mantenimiento de tales condiciones en los puestos de trabajo, precisamente porque en ellos predominan las mujeres, que como es sabido son invisibles y por ello no han recibido atención de sindicatos, empresariado, investigadoras e investigadores, ni tampoco de aquellas personas que deciden en materia de políticas saludables (Östlin Piroška, 2001; CCOO, 2002).

Como ocurre con otros determinantes de salud, los conocimientos actuales sobre los riesgos en materia de salud ocupacional están basados fundamentalmente en estudios llevados a cabo en trabajos con predominio masculino⁶ y corresponden sobre todo a países ricos del hemisferio norte

Los hombres ocupan con más frecuencia que las mujeres puestos de trabajo asociados a una mayor fuerza muscular, que requieren mayor dinamismo, como la manipulación de cargas pesadas, los trabajos en la construcción o el transporte, y por ello

5 Al hablar de salud ocupacional nos referiremos a la salud dependiente del trabajo que desempeñan las mujeres, sea éste remunerado o no.

6 Con excepción de los realizados en el ámbito doméstico cuya atención se centra en las mujeres.

están más expuestos a riesgos ambientales físicos (ruidos y vibraciones) y químicos (manipulación de disolventes orgánicos)⁷.

En cambio, las mujeres realizan trabajos en fábricas formando parte de las cadenas de producción en serie, sometidas a jornadas de trabajo estáticas con poca autonomía, con turnos rotatorios, desarrollando tareas monótonas que exigen posturas inadecuadas y movimientos repetitivos de pequeñas articulaciones. Como resultado de la exposición a tales actividades, con frecuencia desarrollan fatiga, estrés, dolores de grandes grupos musculares, debido a las posturas anómalas y de pequeñas articulaciones de las manos y muñecas, producido por los microtraumatismos articulares derivados de los movimientos repetidos mantenidos en el tiempo.

Los trabajos de limpieza son con mayor frecuencia desempeñados por mujeres, motivo por el que tienen contacto con determinados compuestos químicos sobre los que se ha investigado muy poco y cuyos efectos se dejan sentir en la piel de las trabajadoras. Un detalle interesante es que la ley de prevención de riesgos laborales actualmente vigente en nuestro país, excluye expresamente el colectivo de empleadas del servicio doméstico (Comisiones Obreras, 2002).

El acoso moral y el acoso sexual en el medio laboral, al que están expuestas frecuentemente las mujeres no están reconocidos en España como riesgo para la salud, sin embargo, se sabe que este tipo de agresiones se encuentra entre las más destructivas para la integridad de las mujeres.

La incorporación de las mujeres al mercado laboral ha supuesto un incremento de la carga de trabajo que ha dado en “llamarse doble jornada” debido a que no ha sido sustituida en los trabajos propios del ámbito doméstico. Incluso en los casos en que las mujeres reciben ayuda en el trabajo del hogar, la responsabilidad de las tareas domésticas continúa siendo suya, de modo que además de duplicar la jornada la mujer duplica la responsabilidad (fenómeno que recibe el nombre de “doble presencia”).

En base a estas condiciones de vida, unidas con frecuencia a tipos de trabajo poco gratificantes, las mujeres que desarrollan actividades laborales remuneradas fuera del hogar están expuestas a riesgos psicosociales mayores que los hombres (Artazcoz Lucía, 2000). A modo de ejemplo podemos citar que una mayor proporción de mujeres que de hombres perciben su salud como mala o regular cuando se realizan estudios en la población ocupada (Artazcoz Lucía y otros/as, 2001). Dado que la mayoría de las mujeres están empleadas en el sector servicios, estos son los riesgos más frecuentes a que están sometidas las mujeres en el ámbito del mercado laboral y se sitúan entre los más necesitados de la introducción de la perspectiva de género para ser visibilizados.

7 Ya se ha mencionado al hablar de la segregación vertical que también ocupan los puestos de mayor responsabilidad y prestigio social.

Trabajo doméstico y salud de las mujeres.

La valoración del efecto del trabajo doméstico sobre la salud ha sido poco estudiada en las mujeres y menos aún en los hombres. Los estudios que investigan la influencia de las desigualdades de género en la salud en poblaciones con trabajo remunerado, señalan que las exigencias del trabajo doméstico tienen un impacto negativo en la salud de las mujeres, pero no en la de los hombres. Así, se ha detectado peor estado de salud percibido entre las mujeres que conviven en hogares con más de cuatro personas (Fernández et al, 2000; Artazcoz Lucía y otros/as, 2001 b). También parece que es mayor la probabilidad de sufrir estrés y ansiedad cuando tienen a su cuidado personas mayores o personas enfermas. Esta última asociación es más frecuente en trabajadoras poco cualificadas, puesto que compatibilizar trabajo reproductivo con un empleo de éxito no plantea problemas para muchas mujeres (Epstein, 1987)⁸.

Las mujeres aunque se incorporan cada vez más al mercado laboral, realizan con una frecuencia mucho mayor que los hombres trabajos no remunerados en el ámbito doméstico bien como amas de casa, bien desempeñando trabajos de carácter informal como productoras (ej: agricultura de subsistencia) o como cuidadoras (de personas enfermas, de niñas y niños, etc). Estos hechos las mantienen fuera de la esfera pública de la sociedad desarrollando trabajos que han dado en llamarse “reproductivos” para diferenciarlos de los trabajos remunerados que se conocen como “productivos”. El resultado es que esos trabajos llevados a cabo en el seno del hogar tienen poco valor y las mujeres que los realizan no adquieren la categoría de trabajadoras, ni el hogar es considerado un lugar de trabajo (Östlin Piroaska, 2001), motivo por el que quedan excluidos de los puntos de mira de la salud ocupacional.

A pesar del escaso valor social atribuido al trabajo no remunerado, el informe sobre el Desarrollo del Banco Mundial de 1995 señala que, el trabajo no remunerado de mujeres y hombres y el pago insuficiente del que realizan las mujeres integradas en el mercado laboral equivale a 16 billones de dólares anuales y de ellos 11 corresponden a la “contribución invisible de las mujeres”.

Estos datos demuestran que las mujeres contribuyen de forma importante a la economía, aunque esta disciplina por centrarse fundamentalmente en el trabajo remunerado no lo tenga en cuenta.

En los países pobres las mujeres vinculan los problemas de salud a sus funciones de trabajo, a su inseguridad económica y a la asunción de sus responsabilidades con respecto a sus hijas e hijos. Las tareas que tienen asignadas son la obtención de

⁸ Citado en I. Rohlfs, C. Borrell, M do C. Fonseca. *Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos*. *Gac Sanit* 2000;14 (supl. 3):60-71.

agua y leña que les exige largos desplazamiento con cargas pesadas. Así mismo, se han detectado trastornos respiratorios, altos niveles de carboxihemoglobina en sangre e incluso ceguera en relación con los combustibles utilizados en distintas regiones.

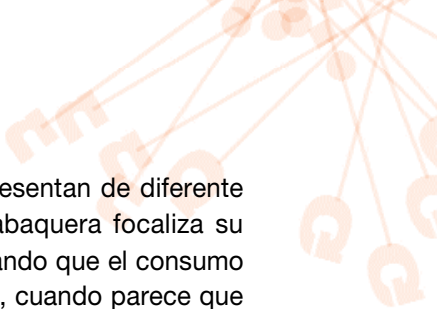
En los países ricos, los riesgos para la salud de las mujeres que trabajan exclusivamente en el hogar, están asociados a la utilización de productos tóxicos utilizados en las tareas de limpieza, a los accidentes en la cocina y al aislamiento a que con frecuencia están sometidas.

Estilos de vida

En palabras de la Organización Mundial de la Salud “estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (OMS, 1999). Por tanto los estilos de vida están sujetos a la influencia de las condiciones sociales y culturales y por ello impregnados por el género. En otras palabras, la adopción de estilos de vida diferentes por mujeres y hombres está influida por las normas y roles establecidos socialmente y pueden dar lugar a desigualdades en salud.

Ya se ha comentado la desigual distribución del tiempo entre mujeres y hombres al hablar de la doble jornada, que con frecuencia desarrollan las mujeres que desempeñan un trabajo remunerado o las “cuidadoras”. Ambas actividades absorben casi todo el tiempo de las mujeres, que dedican a su ocio y a su cuidado personal mucho menos tiempo del que dedican los hombres.

Todavía hoy es frecuente encontrar familias en cuyo seno la socialización de niñas y niños es diferente, de modo que comportamientos que son incentivados en los niños se penalizan o reprimen en las niñas y viceversa (Rolfh Isabella, 1998). Estas actitudes son avaladas por el contexto social y reflejadas en la forma en que la actividad física se imparte en los colegios. Un ejemplo que ayuda a clarificar estas afirmaciones es la distribución diferente de niñas y niños en los distintos deportes, cuyo paradigma es el fútbol. Así, mientras a los niños se les anima a practicarlo, las niñas que lo ejercen son tratadas de “chicazos”. Adicionalmente, se sabe que las niñas, las adolescentes y las adultas, practican menos actividad física que sus homónimos masculinos a lo largo de su vida (Lasheras Luisa y otros/as, 2001) con el consiguiente riesgo para la salud.




A través de la publicidad algunas conductas de riesgo se presentan de diferente modo a mujeres y hombres. Así por ejemplo, la industria tabaquera focaliza su esfuerzo en las mujeres, sobre todo en las más jóvenes, indicando que el consumo de tabaco es una forma de conseguir mayor grado de libertad, cuando parece que los hombres comienzan a abandonar el hábito. Por otra parte, es a los hombres a quienes se dirige principalmente la publicidad de los automóviles transmitiendo el mensaje de que el éxito social o el poder de seducción depende del coche que se posea y es proporcional a la potencia. Probablemente estos hechos están relacionados con la tendencia creciente que muestra la mortalidad de las mujeres por cáncer de pulmón y la elevada mortalidad de los varones, sobre todo jóvenes, en accidentes de tráfico.

Otros comportamientos que inciden en la salud y muestran patrones diferentes asociados al constructo de género, son las conductas alimenticias, el consumo de alcohol o los hábitos sexuales. Todos ellos deben ser tenidos en cuenta conjuntamente cuando se trata de corregir desigualdades entre las mujeres y los hombres, sin perder de vista que los cambios individuales han de ser facilitados por cambios en las condiciones sociales de vida que sustentan los patrones del comportamiento humano. Por ejemplo, las recomendaciones de consumir varias piezas de fruta al día serán más efectivas si se acompañan de medidas para abaratar el precio de la fruta.

Sistemas de atención a la salud

La aceptación de la salud como un concepto dinámico y positivo conduce inevitablemente a la modificación en la concepción de los servicios de salud, así mismo los cambios que se producen en el modo de enfermar de las poblaciones a medida que se desarrollan y la transformación de los patrones de enfermedad y muerte hacia una vida más larga con predominio de las patologías crónicas, crean la necesidad de trascender el reduccionista enfoque curativo de los sistemas sanitarios y sustituirlo por el enfoque más amplio de cuidados desde la salud pública y la promoción de la salud con el objetivo de atender a la salud de la ciudadanía y no sólo a la enfermedad.

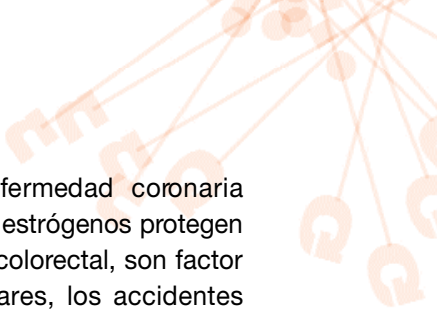
Se ha visto al hablar de los determinantes biológicos, como la asignación de la salud reproductiva únicamente a las mujeres, puede originar desigualdades en la salud con repercusiones negativas tanto para mujeres como para hombres. Pero es preciso considerar también que la organización de los sistemas sanitarios puede contribuir a acentuar las desigualdades en la salud sexual y reproductiva. La definición de la



salud reproductiva como un estado de bienestar general físico, mental y social al que tienen igual derecho mujeres y hombres (Declaración de Beijing, 1996) implica *“la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia”*. Sin embargo son muchas las mujeres en todo el mundo que no tienen acceso a una atención sanitaria mínima en materia de salud reproductiva, incluso en los países donde la cobertura es universal la asistencia es parcial e incorrecta. Así por ejemplo en nuestro medio, el sistema sanitario separa la atención en materia de planificación familiar a mujeres y hombres, crea consultas específicas para éstas últimas y asume sin problemas la administración universal de asistencia médica especializada a los procesos reproductivos fisiológicos (embarazo y parto), al diagnóstico y tratamiento de las patologías del aparato reproductor a cualquier edad (enfermedades de transmisión sexual, cáncer genital o mamario), pero contempla sólo parcialmente la atención a la salud reproductiva desde la planificación familiar que atiendan conjuntamente a mujeres y hombres de todas las edades, hecho que permitiría disfrutar realmente de una sexualidad plena y gozosa.

Excelentes ejemplos de los elementos referidos en el párrafo anterior son recogidos en un artículo publicado en la revista *Semergen* (Pérez & Gervás, 1999), donde se analiza con agudeza pero sobre todo con rigurosidad, algunos de los aspectos que pertenecen a lo que ha dado en llamarse “medicalización de los procesos fisiológicos normales” de las mujeres. Los autores destacan la utilización generalizada de la ecografía prenatal, el tratamiento de una amenaza de aborto mediante el reposo, el cribaje de la diabetes gestacional mediante una prueba de tolerancia a la glucosa, la práctica de episiotomía de forma rutinaria en todos los partos vaginales, la aplicación universal y sistemática de la anestesia epidural o la práctica indiscriminada de cesáreas en mujeres de clases sociales altas. Así mismo, éste y otros artículos critican el cribaje de cáncer de mama y de cuello uterino, en circunstancias en que tales patologías no cumplen los criterios de aplicación de un test de diagnóstico precoz y recomiendan valorar las circunstancias en las que el test va a ser aplicado para obtener la mayor efectividad. (Mandelblatt & Yabroff, 2000; Russel, 2000).

Otro ejemplo con consecuencias negativas para la salud de las mujeres es el uso generalizado, durante largo tiempo, de la terapia hormonal sustitutiva en mujeres tras la menopausia sin evidencias suficientes sobre los riesgos y los beneficios que podían obtenerse del tratamiento. Las investigaciones realizadas en los últimos años muestran que los estrógenos no protegen de las enfermedades coronarias como se creyó en un principio y pueden incrementar el riesgo de padecerlas cuando se



utilizan como prevención secundaria en mujeres con enfermedad coronaria establecida (Hulley y otros/as, 1998). Si bien es cierto que los estrógenos protegen a estas mujeres de las fracturas osteoporóticas y del cáncer colorectal, son factor de riesgo para las ya citadas enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y los episodios tromboembólicos (que fueron más frecuentes durante el primer año de uso), el cáncer de mama (cuando se han tomado durante 5 o más años) y la colecistitis que está igualmente relacionada con la duración del tratamiento (Nelson Heidi y otras/os, 2002).

El sentido de los resultados del análisis que se ha realizado previamente es su aplicación en una planificación sanitaria sensible al género. Ello deberá servir para establecer las prioridades en salud a partir de las cuales se definen los objetivos, se diseñan y ponen en marcha las estrategias de intervención y de evaluación dirigidas a afrontar las prioridades determinadas.

Las acciones derivadas de este ciclo de análisis pueden ser aplicadas a diferentes niveles de intervención (local regional y nacional), a problemas de salud específicos (VIH/ SIDA, violencia, etc.), a programas de salud determinados (población anciana, adolescentes, prevención de enfermedades cardiovasculares,...).

A continuación se describen algunas propuestas de acción encaminadas a integrar el enfoque de género en la salud pública. Estas propuestas están basadas en las cinco estrategias de promoción de la salud definidas en la primera Conferencia internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986 (desarrollar políticas de salud, crear entornos saludables, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios sanitarios). Desde entonces se han celebrado otras cuatro conferencias en las que de forma explícita se contempla la necesidad de promocionar la salud de las mujeres.

3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA EVITAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD: HACIA UNA PROMOCIÓN DE LA SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO

Antes de describir las citadas estrategias se presenta un esbozo del marco conceptual y los fundamentos de la promoción de la salud.

La Promoción de la Salud (PS) es esencialmente una respuesta a la crisis en la dimensión social de los modelos de intervención sobre los procesos de salud y enfermedad.

El modelo conceptual de la medicina y la epidemiología herederas del saber positivo está en profunda crisis.

Desde el punto de vista de los aspectos epidemiológicos esta crisis se refleja en la morbimortalidad más prevalente (enfermedades de la civilización, enfermedades crónicas y el cáncer) en la crisis de la eficiencia que nos enfrenta a la reaparición de problemas en teoría ya resueltos (polio, sarampión..) y en la crisis de la ineffectividad de los servicios preventivos que, en algunos casos, han incrementado la inequidad en salud, ya que se benefician de ellos las personas que menos necesidades tienen. Por último, desde el punto de vista económico, la restricción presupuestaria, tras un crecimiento poco controlado durante 20 años, ha generado la crisis de los costes.

La Promoción de la Salud (PS) efectiva produce cambios en los determinantes de salud, tanto en aquellos que las personas pueden controlar, como en aquellos que están fuera de su control directo: las condiciones sociales, económicas y del entorno. La ausencia de pobreza y de guerra, la calidad de la vivienda y el agua..., son todos prerequisites para la salud.

Durante los últimos 20 años la promoción de la salud ha sido una estrategia que se ha utilizado para abordar las consecuencias de las desigualdades que dichos determinantes producen.

En la Conferencia de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1987) se definió Promoción de la Salud (PS) como *“el proceso para capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore”*.

La Promoción de la Salud (PS) se sustenta sobre cuatro principios:

- Implicación de la población en su vida cotidiana y participación en la definición de los problemas y en las decisiones que afecten a su salud.
- Orientación de las actividades hacia los determinantes de salud (trabajo, vivienda, protección social, alimentación...).

- ❏ Combinación de medidas diversas (educativas, legislativas, fiscales, de desarrollo comunitario...) para el logro de sus objetivos.
- ❏ Reconocimiento de su carácter intersectorial.

Los instrumentos necesarios para desarrollar la Promoción de la Salud son: la educación para la salud, la información y uso de los medios de comunicación, la acción social, las medidas políticas y la reorientación de los servicios. Estos instrumentos deben llevar lógicamente, integrada la perspectiva de género para que su impacto sea positivo en la igualdad entre mujeres y hombres.

En cuanto a la efectividad de la Promoción de la Salud (PS) y a la evidencia científica de que disponemos en la actualidad, a modo de resumen, conviene destacar estos cinco puntos: (Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, 2000):

- ❏ Los enfoques de gran alcance que utilizan las 5 estrategias de Ottawa son los más efectivos.
- ❏ Algunos lugares como los centros de enseñanza, los lugares de trabajo y las comunidades locales ofrecen oportunidades prácticas de promover la salud con eficacia.
- ❏ Para garantizar una efectividad real es necesario que las personas, incluidas las más afectadas por las cuestiones sanitarias, sean el objetivo tanto de los programas de acción en materia de Promoción de la Salud como de los procesos de toma de decisiones.
- ❏ Es decisivo ofrecer un acceso real a la educación y a la información con un lenguaje y estilo adecuados.
- ❏ La Promoción de la Salud es una inversión clave y un elemento esencial del desarrollo social y económico.

A lo largo de este documento se ha tratado de poner de manifiesto una serie de factores que dan lugar a desigualdades en la salud de las mujeres (Mazarrasa Lucía, 2001), que pueden resumirse como sigue:

- ❏ **La invisibilidad de los problemas de salud** (un ejemplo sería los efectos de la violencia contra las mujeres en su salud). Esta invisibilidad determina una definición limitada de la salud de las mujeres, al ser ésta concebida como un estado modestamente negativo, caracterizado por la salud física más que por la mental y social y con unos indicadores inadecuados (los más frecuentemente utilizados

son los de mortalidad y fertilidad, lo que refleja de nuevo la limitación en la definición de la salud de las mujeres).

- Además las **fuentes de información son muy limitadas**. Los datos hospitalarios son los únicos disponibles y la única base a la hora de establecer prioridades para las acciones sanitarias, sin tener en cuenta que en muchas zonas del mundo las mujeres utilizan muy poco estos servicios por falta de acceso a ellos.
- Debemos añadir que para problemas de salud importantes como la violencia contra las mujeres, el estrés y el cansancio por la doble jornada y los impedimentos para acceder a mejores trabajos y una remuneración económica igualitaria, existen técnicas de medición limitadas.
- La **inadecuación de los recursos sanitarios a las necesidades de las mujeres**, como ocurre con la medicalización de ciertos aspectos de la vida de las mujeres (parto, embarazo, climaterio) y la accesibilidad para las mujeres inmigrantes.
- La **falta de canales de participación** para tomar decisiones tanto personales como colectivas.

Las conferencias de Promoción de la Salud formulan acciones concretas para abordar los factores mencionados en los párrafos anteriores, que se pueden resumir en estos cuatro puntos:

- Concienciación de las mujeres sobre su derecho a decidir en la salud.
- Participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre las prácticas que son favorables a la salud de la población general y a la suya propia.
- Necesidad de invertir en recursos e infraestructuras adecuados a las necesidades y percepciones de las mujeres.
- Necesidad de compartir equitativamente con los hombres las tareas del cuidado de la salud en la familia.

3.1. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES CON ENFOQUE DE GÉNERO

A. Desarrollar políticas saludables desde el sector público.

A diferencia de la política sanitaria, la política saludable se refiere a las decisiones políticas generales de cualquier sector del gobierno y a cualquier nivel, caracterizadas por su interés explícito por la salud y la equidad y por tener en cuenta su impacto potencial en este campo.

Como se ha señalado al hablar de los determinantes de salud, las mujeres son las principales afectadas por la pobreza, la exclusión social y la violencia. Es sabido también que la violencia contra las mujeres es un problema grave de salud pública. Sólo en el estado español han muerto 69 mujeres a causa de la violencia de género en el año 2003.

Desde este análisis de la realidad y desde los compromisos ya firmados por muchos países de la Unión Europea, incluida España, se propone la estrategia de acción de Beijing (Declaración de Beijing, 1996).

La plataforma de Beijing recoge el compromiso por parte de los gobiernos de garantizar que todas sus políticas y programas reflejen la perspectiva de género e instan a las Naciones Unidas, a las instituciones financieras regionales e internacionales y a las organizaciones no gubernamentales para que se comprometan con la aplicación de esta plataforma de acción.

Desde estos presupuestos, son imprescindibles para erradicar la pobreza y la violencia contra las mujeres y para garantizar un desarrollo social equitativo y sostenible, las distintas políticas públicas que:

- Promuevan el enfoque integrado de género en las leyes, los programas, en la planificación y en la dotación de presupuestos fundamentalmente de los ministerios de economía, asuntos sociales, agricultura, pesca y alimentación, hacienda, educación, ciencia y tecnología y sanidad. Este enfoque supone acciones positivas concretas dirigidas a potenciar el papel de las mujeres en estos ámbitos.
- Garanticen el acceso de las mujeres en condiciones de igualdad a los recursos económicos, incluida la propiedad de bienes, el crédito, la ciencia y la tecnología, la capacitación profesional, la información y las comunicaciones.
- Adopten las medidas necesarias para eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas.
- Erradiquen las distintas formas en que se manifiesta la violencia contra las

mujeres. Para ello son necesarias medidas con un enfoque multisectorial y orientadas hacia las cinco estrategias de Ottawa. Por lo tanto se debe potenciar:

- ❑ el empoderamiento de las mujeres como medida de desarrollo de las habilidades personales.
- ❑ la participación de las asociaciones de mujeres y la puesta en marcha de las sugerencias que aportan (que abarcan el campo legislativo, el educativo y el sanitario) con la necesidad explícita de una mejor atención y una mayor dedicación de tiempo a la detección precoz y a la atención del maltrato en la atención primaria.
- ❑ la reorientación de los servicios sanitarios con cambios en el papel de las instituciones, las y los profesionales, y la formación en violencia de género de todas las personas implicadas en la atención al maltrato.
- ❑ la creación de un medio ambiente saludable que permita cambiar los estereotipos de género y las actitudes sexistas en el trabajo, en los medios de comunicación, en las familias, en las escuelas, en los lugares de ocio...
- ❑ la creación de políticas de salud que a través de leyes integrales contra la violencia de género y medidas presupuestarias suficientes (que permitan desarrollar los puntos anteriores) fomenten el desarrollo de una cultura y una sociedad con tolerancia cero a la violencia contra las mujeres.
- ❑ Alienten a la clase política (mujeres y hombres) a que participen e impulsen las acciones de estas políticas encaminadas a garantizar la igualdad.
- ❑ Coordinen sus esfuerzos, en las líneas citadas anteriormente en las distintas comisiones intersectoriales o de los diferentes niveles regionales, estatales e internacionales.

B. Crear entornos saludables.

Se entiende el entorno saludable no sólo en su dimensión física (saneamiento, ausencia de contaminación, etc.) sino también en sus dimensiones social, política y económica.

Al definir los determinantes de salud referidos al medio ambiente se contemplan las circunstancias más importantes que inciden en la salud de las mujeres.

Como ya se ha reseñado en el apartado anterior son imprescindibles los progra-

mas multidisciplinares dirigidos a erradicar la feminización de la pobreza y la violencia contra las mujeres; a generar condiciones de trabajo y salud ocupacional adecuadas y controlar los factores medioambientales que más repercutan en la salud de las mujeres.

Respecto a la salud ocupacional hay que promover leyes que contemplen la prevención de accidentes laborales de consecuencias fatales, la prevención de accidentes laborales que suceden en el ámbito doméstico, la regulación de la exposición a tóxicos (incluido el periodo del embarazo) y la adecuación ergonómica del puesto de trabajo.

Promover ambientes saludables también implica la realización de medidas, entre otras, dirigidas a un urbanismo con enfoque de género, a unos medios de comunicación sensibles al género, a medidas educativas que contemplen la coeducación, a leyes que regulen la publicidad y persigan los casos de sexismo por utilización como reclamo publicitario del cuerpo de las mujeres y como no, asegurar la paz y trabajar por un mundo sin guerras.

C. Desarrollar habilidades personales.

Se utiliza como herramienta, entre otras, la educación para la salud. Ésta se dirige a la comunidad para mejorar la autoestima, para incrementar los conocimientos y para abrir el campo de posibilidades de la persona dejando a ésta libre para decidir cómo comportarse.

En este punto se hace especial hincapié en el empoderamiento de las mujeres, en la pedagogía de los grupos de mujeres (como ejemplo se cita al Colectivo de Mujeres de Boston) y en la metodología de trabajo con mujeres:

Empoderamiento.

Como define Marcela Lagarde (2001): *“El empoderamiento se crea en procesos en los cuales cada mujer fortalece y desarrolla la capacidad política que le permite defenderse, enfrentar la opresión y dejar de estar sujeta a dominio. Este es el profundo sentido del empoderamiento **individual** que sólo se da si es sustentado socialmente.”*

*“Hablamos también de empoderamiento **colectivo** de género, de la capacidad colectiva de las mujeres de enfrentar con conciencia y en alianza política el desmontaje del viejo orden y la construcción cotidiana de formas renovadas de convivencia social, de economía, política y cultura.”*

Los elementos necesarios para el empoderamiento son la autonomía, la equidad, la autoestima.

La pedagogía de los grupos de mujeres.

En la tradición feminista compartir en pequeños grupos la experiencia y la conciencia ha sido fundamental para las mujeres. El pequeño grupo permite a las mujeres oír la propia voz y la de las demás, pensar por sí mismas y para sí, dudar, aprender e identificarse genéricamente (Lagarde Marcela, 2001) y “*pretende incidir en lo público desde un espacio que se construía como semiprivado*”⁹ (Valcárcel Amelia, 2000). Estos pequeños grupos han dado origen a grandes avances de las mujeres y del mundo contemporáneo.

No se debe olvidar la influencia de la pedagogía de los talleres de educación popular en las organizaciones y grupos de mujeres. Esta pedagogía participativa busca que tengan voz quienes no la han tenido y que todas las personas puedan enunciar su visión del mundo.

Un paso más allá, es la pedagogía feminista. Su meta es “*difundir la cultura feminista, los avances de las mujeres y los obstáculos de género vigentes*” (Lagarde Marcela, 2001). Generalmente la metodología son los talleres conducidos por una o varias mujeres con conocimientos de distintos temas desde la perspectiva feminista.

Una de las experiencias más emblemáticas es la del Colectivo de Mujeres de Boston. Este colectivo, compuesto fundamentalmente por mujeres “*blancas de clase media, profesionales, casadas, separadas y solteras*” (The Boston women’s health book collective, 2000), escribió y editó el libro “*Nuestros cuerpos, nuestras vidas*”. El proceso de elaboración y los contenidos de este libro ilustran muchas de las ideas desarrolladas en este punto. En 1969, tras una conferencia acerca de “*las mujeres y sus cuerpos*”, algunas de las mujeres participantes decidieron reunirse específicamente con mujeres para hablar de sus problemas con las/los profesionales de la medicina y el sistema sanitario. El proceso de redacción fue común y basado tanto en las experiencias personales como en la información recogida en charlas con profesionales sanitarios y en libros y revistas médicas.

El libro versa fundamentalmente sobre el cuerpo de las mujeres, la maternidad, las relaciones sexuales, la salud y las enfermedades más comunes. El último capítulo trata de la mujer y la salud pública. Desde su saber y su experiencia estas mujeres escriben y difunden un pensamiento crítico con la conceptualiza-

⁹ Citado en Lagarde Marcela. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Ed. Horas y Horas. Madrid, 2001.

ción de las mujeres y, sobre todo, de sus cuerpos, por parte, entre otros, de la sanidad y las/los profesionales de la sanidad y proponen información y estrategias concretas a las mujeres de a pie para hacer frente y resolver los problemas que se encuentran. Además, se interesan especialmente por seguir recogiendo testimonios, experiencias y reflexiones que van incorporando a las nuevas ediciones del libro.

Metodología para trabajar con mujeres en Promoción de la Salud.

Debe posibilitar el desarrollo de las capacidades y habilidades tanto para el cambio personal como para la participación en los procesos sociales y en los lugares donde se toman las decisiones políticas que tienen repercusiones en la salud. Necesita una educación para la salud basada en la construcción de un contenido temático que parta de las experiencias de las mujeres y de sus conocimientos y expectativas y que, junto a las aportaciones científicas de las y los profesionales, permita un crecimiento simultáneo y la búsqueda de soluciones conjuntas ajustadas a la realidad cambiante.

Los métodos más adecuados son aquellos que permiten la escucha, el desarrollo de la capacidad crítica, el aprendizaje significativo, el desarrollo de habilidades y el afianzamiento de la autoestima.

Esta metodología implica también un cambio personal como profesionales en el papel que se desarrolla en el punto de reorientación de los servicios sanitarios.

D. Reforzar la acción comunitaria.

En la Promoción de la Salud la comunidad es considerada como una fuente de información, como un nivel de decisión o como un recurso para la ejecución de acciones, por ello la participación debe darse en todos los ámbitos. Estos incluyen la definición de los problemas de salud, la toma de decisiones, la evaluación y la investigación.

La articulación de la participación comunitaria se establece de manera informal a través de los grupos de autoayuda, de ayuda mutua y de las asociaciones de mujeres, mientras que la participación formal en el Sistema Nacional de Salud se regula en la Ley General de Sanidad de 1986 (Art. 5º, Cap.1, título 1º).

El Sistema Nacional de Salud del estado español prevé la participación ciudadana sobre todo en la Atención Primaria de Salud (APS). La atención primaria ha asignado un papel importante a la participación comunitaria basándose no sólo en las recomendaciones de Ottawa, sino también en la Declaración de Alma Ata (Conferencia celebrada en la ciudad de Alma Ata en 1978 donde se sientan las bases de la atención primaria de salud).

Los mecanismos más importantes de participación son: los Consejos de Salud, contactos con asociaciones, relaciones con otros sectores sociales, contactos con redes sociales y líderes comunitarios, creación de grupos de apoyo y agentes comunitarios en salud (por ejemplo el programa PAJES).

Otros mecanismos de participación más relacionados con la garantía de calidad orientada a mejorar la atención a la usuaria/o, serían las encuestas de satisfacción, los sistemas de reclamaciones y sugerencias, los estudios de mercados y los protocolos de las relaciones públicas.

En relación con el enfoque de género y el difícil acceso de las mujeres a los ámbitos de toma de decisiones se sugiere como propuestas de acción:

- ✘ caminar hacia la paridad en los consejos de salud.
- ✘ garantizar que las asociaciones de mujeres de ámbito local estén representadas en las mismas.

Las asociaciones de mujeres participan en la mejora de su salud reclamando distintas medidas, entre las que se destacan:

- ✘ A los distintos organismos públicos. La implantación de medidas encaminadas a evitar el estrés y la fatiga de las mujeres por sus cargas familiares (guarderías, centros de día para personas mayores...) y la presión para eliminar de los lugares públicos los carteles o pósters que sean vejatorios para la mujer.
- ✘ A nivel social y comunitario. El impulso de políticas de acción positivas favoreciendo la reorganización del trabajo en el ámbito público y privado y la presión para la creación de una cultura de tolerancia cero a la violencia.


E. Reorientar los servicios de salud.

Una de las nuevas responsabilidades de los servicios sanitarios será el actuar como estimuladores de otros sectores sociales para intervenir en la salud pública.

Nos referiremos en este apartado a los cambios en el rol de las y los profesionales de la salud, a la capacidad de las instituciones para introducir cambios y a la garantía de la equidad en la reforma del sector de la salud.

En relación con los cambios en el rol de las y de los profesionales.

Estos deben hacerse conocer desde el enfoque de género y necesitan del desarrollo y aprendizaje de una serie de aspectos que les permitan el desarrollo de relaciones simétricas con las y los usuarios. Para ello, es necesario:

- 
- ❏ Despojarse de actitudes paternalistas.
 - ❏ Desprenderse de los estereotipos de género.
 - ❏ Estimular a las mujeres para que definan y persigan sus propios fines.
 - ❏ Aprender a escuchar y desarrollar actitud empática.
 - ❏ Combatir el sexismo y la discriminación de ciertos colectivos de mujeres como las mujeres gitanas, lesbianas o inmigrantes.
 - ❏ Evitar la medicalización de aspectos cotidianos de la vida de las mujeres.
 - ❏ Valorar y ayudar en la puesta en marcha de las sugerencias de las asociaciones de mujeres relacionadas con la salud.

En cuanto a la capacidad de las instituciones para introducir cambios.

Por lo general la capacidad de cambio de las instituciones está en manos fundamentalmente de las y los directivos de la gestión de los servicios.

Si se quieren reorientar los servicios sanitarios es necesario definir un plan que permita conocer una serie de puntos (Mazarrasa Lucía, 2001):

- ❏ ¿Cómo son las políticas organizativas en la institución?. Se debe considerar cómo se distribuye el poder para la toma de decisiones en la organización y la presencia y posición de mujeres y hombres (oportunidad de acceso a los puestos de poder).
- ❏ ¿Cuáles son las fuentes de poder y qué sensibilidad al género tienen?

Sensibilidad de género: Promovida activamente por políticas de igualdad de oportunidades.

Insensibilidad de género: La desigualdad entre hombres y mujeres se atribuye al dinero o a las habilidades personales sin considerar el género.

Invisibilidad de género: Se trata a hombres y mujeres igual sin tener en cuenta la situación de partida desigual de las mujeres.

- ❏ ¿Qué fuerzas apoyarían un cambio con enfoque de género y cuáles lo dificultarían?. Se deben establecer alianzas con las personas de la institución más sensibles al género.

Después de haber analizado la situación con respecto a la sensibilidad de género hacer propuestas concretas encaminadas a ir superando los obstáculos de género identificados.

En cuanto a garantizar la equidad en el sector de la salud.

No es posible hablar de reorientación de los servicios sanitarios sin contemplar la garantía de la equidad en la salud. La equidad constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos. Comprende la eliminación de las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con distintos grados de privilegio social.

La equidad de género en la salud debe entenderse como la eliminación de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico.

Dichas desventajas generan inequidad en la salud, cuyas principales dimensiones se destacan a continuación (Gómez Elsa, 2002):

El estado de salud:

- ❑ La desventaja de supervivencia no equivale necesariamente a una mejor salud (las mujeres tienen mayor morbilidad, mayor prevalencia de enfermedades crónicas e incidencia de trastornos agudos y niveles más altos de discapacidad).
- ❑ Las causas evitables de enfermedad y muerte son distintas entre mujeres y hombres.
- ❑ La pobreza afecta desproporcionadamente a la salud y supervivencia de las mujeres.

El acceso a la atención en salud, el mito de la hiperdemanda:

- ❑ La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud.
- ❑ Las mujeres tienen mayor necesidad de servicios de salud que los hombres debido a su rol biológico de reproducción, pero también debido a su más alta morbilidad y mayor longevidad.

Financiación de la atención:

- ❑ Menor independencia económica de las mujeres en todos los países.

Distribución desigual de las responsabilidades y del poder en la toma de decisiones en relación con la salud:

- ❑ Las mujeres representan una porción mayoritaria de la fuerza laboral en el sector salud (80% del total) pero se encuentran en una posición de desventaja

sistemática dentro del sistema de salud (en los niveles más bajos de remuneración y prestigio dentro del sector formal de la salud).

- Las mujeres son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad, y desempeñan sin remuneración los trabajos informales de promoción y atención de la salud en la familia y la comunidad, pero están subrepresentadas en las estructuras de poder locales y nacionales que definen las prioridades y asignan recursos para la salud.
- El trabajo doméstico no reconocido ni compartido constituye una carga de trabajo adicional para las mujeres y una exposición a riesgos laborales específicos dentro del hogar. Por ejemplo, los accidentes domésticos (quemaduras, caídas...) y actualmente en estudio, la influencia de los xenoestrógenos (algunos productos químicos como los insecticidas y limpiadores) en el cáncer de mama.

No se puede obviar, aunque sea de manera somera, las consecuencias de la Reforma del Sector Salud (RSS) que ya se está llevando a cabo en países de África, América Latina y El Caribe.

Las Reformas del Sector de la Salud contemplan la reestructuración de la gestión de recursos y la ampliación de las opciones de financiación de la salud con la participación del sector privado. La Organización de Promoción de la Salud ha alertado de las consecuencias que estas medidas están teniendo y pueden tener en un futuro.

Como indica Elsa Gómez en su artículo “Equidad, género y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe” del año 2000, la reestructuración de la gestión de recursos supone una reducción en los mismos. Esta reducción afecta a la carga informal en atención que recae de nuevo sobre las mujeres (por ejemplo, la reducción de las estancias hospitalarias de las intervenciones quirúrgicas aumenta el tiempo que las mujeres tienen que dedicar al cuidado de las personas enfermas convalécientes).

Respecto a la participación del sector privado, no existen normas claras que fijen la provisión de servicios por parte del mismo, ni en el tema de la salud reproductiva, ni en el tema de los servicios preventivos. Tampoco refieren dichos servicios privados cómo van a contribuir a la consecución de los objetivos fundamentales de la salud pública. También es importante apuntar que la capacidad real de pago y acceso a los servicios es menor entre las mujeres por sus mayores índices de pobreza y por su menor accesibilidad al mercado laboral (por ejemplo, el embarazo interrumpe la historia laboral y dificulta la acumulación del tiempo requerido para asegurar la salud en la jubilación).

3.2. PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN

Dentro de las líneas estratégicas de intervención sobre la salud de las mujeres con enfoque de género, se deben contemplar al menos estos tres aspectos fundamentales para los que se aportan estas propuestas de acción.

Formación e investigación.

Para incorporar e impulsar el cambio en el rol de las y los profesionales de la salud es imprescindible que la perspectiva de género impregne el campo de la formación. En el momento actual esta posibilidad está lejos de ser alcanzada por lo que habrá que desarrollar acciones positivas y progresivas que contribuyan a generar debate crítico sobre la enseñanza actual de las ciencias de la salud facilitando la deconstrucción del paradigma biomédico dominante y permitiendo construir uno nuevo en el que las desigualdades estén suficientemente contempladas.

Dado el peso que la formación pregrado tiene en el ejercicio posterior de las y los profesionales, se propone la incorporación del análisis de género en las materias propias de las ciencias de la salud. Adicionalmente en lo que respecta a la formación postgrado y formación continuada se debe actuar del mismo modo. En este sentido existen iniciativas en diferentes universidades españolas que desde determinados organismos potencian la profundización en el conocimiento de género en relación con las diferentes disciplinas impartidas. Como ejemplo podemos citar los Institutos Universitarios de estudios feministas o la cátedra de género de algunas universidades.

El impulso de maestrías y cursos de corta duración para formación postgrado y formación continuada organizados por estos u otros organismos. En relación con la formación continuada es necesario que desde los lugares de gestión de los servicios de salud se asuman las actividades de formación y se impartan cursos con contenidos de género y salud. Inevitablemente esto implica la sensibilización de las propias gestoras y gestores.

En cuanto a la investigación, como se ha reseñado a lo largo de todo el documento, no existen suficientes fuentes fiables de datos tanto cuantitativos como cualitativos que permitan analizar la influencia del género en la salud.

Es necesario por lo tanto avanzar en una nueva metodología y epidemiología que permita aportar nuevos datos y más fiables en torno a los sesgos de género en la salud.

La epidemiología con enfoque feminista (Inhorn Marcia & Whittle Lisa, 2001) propone la superación de los prejuicios en:

- ❑ la producción de conocimientos por parte de las mujeres (considerados por parte de muchos grupos de epidemiólogos como menos “científicos” que los producidos por los varones).
- ❑ La reducción biologicista de las mujeres a su papel exclusivo de reproductoras.
- ❑ La descontextualización y despolitización de los riesgos en la salud de las mujeres.

Y la propuesta de:

- ❑ Trabajar con los grupos de mujeres con proyectos amplios de investigación-participación-acción que superen el exclusivo enfoque biomédico de muchos estudios referidos a la salud de las mujeres.
- ❑ La generación de nuevos indicadores y variables de género y la difusión y aplicación en los estudios de salud de las mujeres.
- ❑ La revisión e identificación en los estudios clásicos de los sesgos de género y la realización de nuevos estudios si estos quedan invalidados.
- ❑ La necesidad de promover y financiar, a través de fondos públicos, este tipo de estudios por parte de la administración.

Programas de salud.

El nivel de profundización en la identificación de los problemas desde la perspectiva de género ha permitido reorientar los programas e identificar sesgos.

Aunque algunos programas tienen un enfoque de género en mayor o menor medida se apuntan algunas reflexiones en relación a ellos.

Se observa, que aunque es positivo que los contenidos de los programas dirigidos a las mujeres recojan una concepción holística de la salud, centrándose en múltiples aspectos de la vida (autoestima, sexualidad, tiempo libre...), sin embargo, en muchos grupos de mujeres se suele hacer hincapié casi exclusivamente en los conflictos familiares y el papel de las mujeres en los mismos, pero no siempre enfatizando lo suficiente en la necesidad de cuestionar ese papel. Se puede volver a caer en la reducción de las mujeres a su rol de cuidadoras descuidando otras facetas de su vida (trabajo e ingresos propios, problemas emocionales no relacionados con la familia...).

Por otra parte, se pone de manifiesto que los programas se dirigen fundamentalmente a mujeres en edad media y que trabajan en casa, y pueden quedar descuidadas otras edades, por ejemplo las adolescentes o las mujeres ancianas. También, en ocasiones, se cae en la excesiva “psicologización” de las condiciones de salud de las mujeres y quedan en un segundo plano lecturas más sociales.

Por lo tanto, como propuesta de acción se plantea (Esteban Mari Luz, 2001) la necesidad de programas más generales, que contemplen el efecto sobre la salud de la integración de las mujeres en el trabajo asalariado y su participación como iguales en todos los niveles de la sociedad.

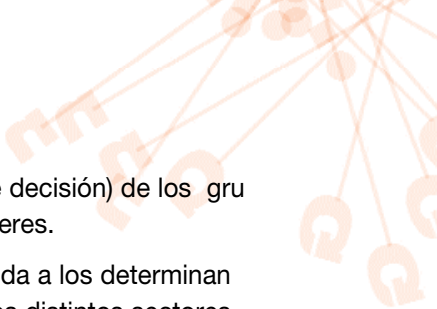
Con relación a la planificación de las intervenciones se deben tener en cuenta las siguientes cuestiones.

- ☒ Definir mejor los colectivos y objetivos dirigidos al trabajo con las mujeres.
- ☒ No centrarse exclusivamente en el trabajo con mujeres.
- ☒ Reflexionar sobre cómo implicar a los hombres y ensayar iniciativas completas.
- ☒ Priorizar el trabajo con sanitarias/os frente al dirigido a usuarias.
- ☒ Coordinarse con otros sectores de la sociedad y de la administración.

Equidad en salud y reformas del sector de la salud (RSS).

Con el fin de buscar la incorporación de la equidad de género en los procesos de RSS, se propuso una estrategia pluralista por parte de la Organización Panamericana de la Salud (Gómez Elsa, 2000) que puede ser válida también para la Unión Europea y que incluye los siguientes componentes básicos.

- ☒ Mejora de la disponibilidad y calidad de la información rutinaria sobre salud y sus determinantes y desagregación de esta información por sexo, edad y clase social.
- ☒ Análisis de las desigualdades existentes entre mujeres y hombres en la producción y el consumo de salud, enfatizando las diferencias en materia de necesidades, riesgos, contribuciones, acceso y poder sobre los recursos para la salud.
- ☒ Transmisión focalizada de esta información con miras a orientar la formulación de políticas en los niveles de decisión y planificación y a “empoderar” los grupos implicados de la sociedad civil.

- 
- ❏ Fomento de la participación activa (voz y capacidad de decisión) de los grupos más desfavorecidos y particularmente de las mujeres.
 - ❏ Estímulo y apoyo a un trabajo intersectorial que responda a los determinantes sociales de la equidad en salud y que involucre a los distintos sectores del gobierno y los grupos de las sociedades civiles que defienden la equidad de género.

Así mismo se propone los siguientes tres puntos para la acción enfocados a distintos niveles de intervención:

A gran escala:

- ❏ Evaluación del equilibrio de género en el personal que ocupa los puestos clave de poder estratégico y económico.
- ❏ Valoración de la capacidad institucional para la planificación desde la perspectiva de género.

A mediana escala:

- ❏ Valoración del equilibrio entre hombres y mujeres en el empleo dentro del sector de la salud.
- ❏ Identificación de los grupos involucrados en la negociación garantizando que la voz de las mujeres esté representada.
- ❏ Valoración con perspectiva de género de las diferencias de acceso a los servicios según género.

A pequeña escala:

- ❏ Análisis del acceso a los recursos y a la toma de decisiones en el seno de las familias, valorando si en ellas el acceso a los recursos se encuentra limitado por razones de género.

Los programas de salud que contemplan el enfoque de género tienen una relación coste /efectividad mayor que los que no la consideran. Las inequidades sólo pueden ser transformadas cuando se hacen visibles y se actúa para eliminarlas.

Incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma es un reto ético y político impostergable que nos asegurará tener sociedades más justas y saludables.

4. CASOS PRÁCTICOS¹⁰

CASO N° 1.

INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ACTUACIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON LAS PERSONAS MAYORES.

Se pretende con este caso identificar las claves que desde la perspectiva de género es preciso considerar para la elaboración de programas y/o intervenciones que persigan mejorar la salud de las personas mayores.

El envejecimiento de la población en nuestra sociedad hace que un número cada vez más amplio de personas mayores pueda vivir de forma independiente y activa. El aumento de los años de vida lleva consigo la necesidad de reducir las discapacidades y mejorar la calidad de vida de las personas que componen este colectivo.

A pesar de que los modelos culturales para comprender la vejez están cambiando, en base a esta expectativa de vida, todavía se mantienen imágenes estereotipadas y peyorativas, como por ejemplo que son improductivos y que tienen mala salud.

Esta imagen social negativa y el desproporcionado valor que se atribuye al hecho de ser joven, contrasta con la vivencia positiva de muchas personas mayores que manifiestan ganas de vivir, autonomía y gran capacidad para disfrutar y seguir participando activamente en la sociedad. Estos contrastes se reflejan en la divergencia entre la concepción de salud que posee el sistema sanitario respecto a las personas mayores y la que poseen ellas mismas, hecho que en ocasiones contribuye a una intervención excesivamente medicalizada.

Al analizar los problemas de salud de las personas mayores desde la perspectiva de género se puede observar que se reproducen los estereotipos patriarcales que les asignan a las mujeres los roles vinculados al espacio privado y a los hombres el espacio público.

Los datos indican que el colectivo de personas mayores, como se expresa en este documento es económicamente frágil y vulnerable, especialmente las mujeres, ya que se agudizan las desigualdades debido fundamentalmente a que han realizado un trabajo no asalariado en el hogar que no les permitió disponer de una remuneración previa ni les permite actualmente disfrutar de una pensión digna. Este fenómeno de la “feminización de la pobreza” se manifiesta más, si cabe, en las mujeres ancianas y sobre todo en las viudas.

¹⁰ El esquema que se utiliza en casos prácticos es una modificación del que aparece en la obra de Elsa Gómez “La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques”. OPS. Washington, 1994. Obra citada en Antolín Luisa, 1997.

ENFOQUE

- Es necesario comprender que la concepción de la salud en las personas mayores difiere de la que predomina socialmente que corresponde más a la concepción de la población joven.
- Considerar que también en estas edades existen estereotipos que mantienen los roles de género, del que están impregnados la sociedad, las y los profesionales y el propio colectivo.
- La situación de desigualdad histórica de las mujeres se manifiesta en la discriminación económica que sufren y que es especialmente visible en las mujeres de edad avanzada.

PROBLEMAS

- El sistema sanitario sigue contemplando a las mujeres en relación con su función reproductora, olvidándose de las patologías predominantes en esta etapa de la vida (enfermedades cardiovasculares, fracturas, demencias...).
- Las mujeres mayores han sido “cuidadoras” sin contrapartida y sin reconocimiento social. Pocas de ellas tienen una pensión propia, hecho éste que puede limitar su independencia y su ocio. Además, su rol de “cuidadoras” ha supuesto una disminución de su estado de bienestar.
- Debido al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida, de nuevo las mujeres más jóvenes entre las mayores (65 a 75 años) están ejerciendo funciones de cuidado a otras personas ancianas, familiares con enfermedades y/o a sus nietas y nietos.

META

- Disminuir las discapacidades e incrementar la calidad de vida mediante la reducción de las desigualdades entre mujeres y hombres respecto a la salud, y el apoyo de los procesos sociales que revaloricen la vejez, en especial de las mujeres.

OBJETIVOS

- Favorecer una construcción positiva del proceso de envejecimiento de las mujeres y de los hombres.

- ❑ Promover estilos de vida saludables en las personas mayores, fundamentalmente las mujeres, basándose en los que este colectivo reconoce como tales.
- ❑ Dotar a las personas mayores de habilidades para el autocuidado.
- ❑ Mejorar la calidad de la atención sanitaria a las ancianas y ancianos teniendo en cuenta sus características peculiares.

SOLUCIONES

- ❑ Promover la visibilización y revalorización de las personas mayores como personas activas y útiles, especialmente de las mujeres.
- ❑ Favorecer en las y los profesionales sanitarios el desarrollo de actitudes positivas y respetuosas con las mujeres mayores.
- ❑ Evitar la focalización de la atención en relación a los problemas con el aparato reproductor, contemplando también otros aspectos de la morbilidad propia de estas edades.
- ❑ Evitar la medicalización de los cambios “esperables” en las funciones físicas y mentales del proceso de envejecimiento y concentrar los esfuerzos en el aumento en la calidad de vida.
- ❑ Eliminar el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico en las etapas finales de las personas mayores y en el proceso de morir.
- ❑ Desarrollar estrategias que superen la asignación de roles de género en las personas mayores, favoreciendo la implicación de los hombres en las tareas del ámbito doméstico y la participación de las mujeres en actividades del espacio público.

ESTRATEGIAS

Sobre el desarrollo de políticas saludables:

- ❑ Establecimiento de un sistema de pensiones que reconozca el trabajo no remunerado que desempeñan las mujeres en el hogar.
- ❑ Asignación de una dotación presupuestaria que contemple el pago de pensiones igualitarias a hombres y mujeres.
- ❑ Políticas sociales que permitan a las personas mayores disfrutar de una calidad de vida óptima y que articulen el cuidado de las más ancianas (> 80 años).

Para el desarrollo de habilidades:

- Desarrollar acciones que permitan asumir y aceptar de manera positiva los cambios físicos, psíquicos y acontecimientos vitales, potenciando una disposición activa ante el proceso de envejecimiento.
- Apoyar el aprendizaje de habilidades para cuidarse emocionalmente y para establecer relaciones sociales.
- Facilitar el aprendizaje de estrategias personales para disfrutar del ocio y del tiempo libre.
- Apoyar también la adquisición de conocimientos relacionados con estilos de vida saludables y de autocuidados (dieta saludable, práctica de actividad física adecuada a sus necesidades, control de la incontinencia urinaria en las mujeres, ...).

Para la reorientación de los servicios sanitarios:

- Llevar a cabo programas de formación con enfoque de género para las y los profesionales de la salud que contemple este grupo de edad.
- Promover la realización de estudios de investigación que incluyan a mujeres que experimentan un envejecimiento fisiológico y que valoren los efectos de los estereotipos de las y los profesionales en los cuidados de la salud.
- Realizar estudios cualitativos que reflejen la experiencia y la subjetividad en torno al proceso de envejecimiento.
- Diseño de programas de promoción de la salud dirigidos a aumentar el empoderamiento de las personas mayores (en especial de las mujeres) y la calidad de vida.
- Coordinación multisectorial, especialmente con los servicios sociales, dado que muchos de los problemas de salud en este grupo de población están íntimamente ligados a las condiciones socioeconómicas en las que vive.

Para la participación comunitaria:

- Favorecer la participación de las mujeres mayores en el proceso de definición de los problemas, toma de decisiones y evaluación.
- Promover el asociacionismo de las personas mayores en su entorno inmediato como forma de potenciar su sociabilidad.
- Impulsar y/o apoyar a las asociaciones de personas mayores en ámbitos locales.

Para el desarrollo de entornos saludables:

- Favorecer una visión positiva y enriquecedora de la vejez y el proceso de

envejecimiento de mujeres y hombres desde la educación en las escuelas hasta los medios de comunicación social.

- Promover la creación de espacios en los barrios para la comunicación entre las personas mayores y para la participación de las mismas en las tareas comunitarias.
- Eliminación en los lugares públicos de barreras arquitectónicas que impiden la realización de actividades y desplazamientos de las personas mayores.

CASO N° 2

LA PERSPECTIVA DE LA MATERNIDAD CONTEMPLADA EN EL MARCO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES.

“Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y su salud reproductiva libres de coacción, discriminación y violencia”¹¹. Si no se recogen estos derechos en el diseño y aplicación de las políticas, programas y servicios públicos, la concepción social de la maternidad seguirá respondiendo al modelo androcéntrico que supone una gran opresión para muchas mujeres.

Puesto que en esta concepción la maternidad es el paradigma de la femineidad, es una de las circunstancias de la vida de las mujeres donde se pueden concentrar las mayores desigualdades y por ello uno de los ejemplos en los que se puede visibilizar fácilmente la importancia de aplicar un enfoque integrado de género.

Como recoge Alexandra Bocchetti en su libro *“Lo que quiere una mujer”*, *“a las mujeres el orden simbólico dado nos presenta los sentimientos de amor materno como naturales. Una consecuencia de ello son las dudas y los sufrimientos que asaltan a toda mujer que no consigue verse a sí misma dentro de ese modelo. Pero peor que eso es lo que nuestra cultura ignora de la maternidad y que sólo las mujeres pueden decir, interrogando su propia experiencia”*.

Así pues, el análisis de la maternidad desde la Perspectiva de Género va a permitir desvelar que muchos de los malestares que sienten algunas mujeres están asociados con la divergencia entre lo que ellas piensan o sienten y el ideal de madre socialmente aceptado.

En la cultura occidental la maternidad se concibe como la función esencial de las mujeres, quienes tendrían una “predisposición especial” (genéticamente determi-

¹¹ El texto que se transcribe entre comillas está extraído de la Declaración de Beijing. Plataforma para la acción..

nada) para la maternidad y para todo lo que de ello se deriva, es decir la crianza de las hijas y los hijos y por extensión de los “otros” (personas ancianas o enfermas, y otras personas que lo necesiten). La antropología social viene a desmentir tales afirmaciones, mostrando que la maternidad no es un proceso natural, sino una construcción cultural con un papel preponderante en la perpetuación de las relaciones de desigualdad entre los sexos. Por ejemplo, la maternidad hace que las mujeres se dediquen a cuidar de las hijas y los hijos renunciando a otros proyectos personales y profesionales en sus vidas.

ENFOQUE

- ❑ La maternidad debe ser abordada en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Es decir, facilitando que las mujeres disfruten de *“una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de la capacidad de reproducirse y de la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia”*.
- ❑ Es preciso enfatizar que el hecho de tener una hija/o no convierte a la mujer en la madre que condensa los valores de la sociedad patriarcal (abnegación, entrega sin límites, capacidad de sufrimiento y sacrificio, etc.); que existen diversas expresiones de la maternidad responsable, todas ellas igualmente válidas, y que la circunstancia de ser madre sólo expresa una faceta de la vida de las mujeres.
- ❑ Tradicionalmente sólo se presentan los aspectos más “amables” de la maternidad, silenciando las repercusiones negativas que tiene para las mujeres en los ámbitos físico, psicológico y social. Lo que hace necesario una aproximación crítica que evidencie la problemática que la maternidad genera a las mujeres jóvenes en la sociedad actual.

PROBLEMAS

- ❑ Falta de reconocimiento de los derechos de las mujeres a una salud sexual y a una salud reproductiva, que se traduce en una falta de accesibilidad a determinadas prestaciones y servicios (anticoncepción incluida la de emergencia, interrupción voluntaria del embarazo, atención medicalizada de procesos fisiológicos).
- ❑ La asimilación de la condición de ser madre con la de realizarse como mujer genera diferentes conflictos internos en aquellas mujeres que por uno u otro motivo no acceden a la maternidad.
- ❑ Mitificación de la maternidad por parte de la sociedad.

- ❑ Existencia de estereotipos en torno al embarazo, las mujeres embarazadas y sus parejas (instinto maternal, entrega absoluta a la hija/o, felicidad plena).
- ❑ No reconocer la dificultad que tienen las mujeres para decidir sobre la futura maternidad (renuncia a la vida laboral, trabajos precarios, dificultad de compatibilizar los diferentes roles).
- ❑ Programas y servicios sanitarios paternalistas que trabajan principalmente con la dimensión física del cuerpo de la mujer, no considerando la subjetividad, lo que sitúa a la mujer en un sujeto pasivo de su embarazo.
- ❑ Maternidad prematura, que además de los riesgos físicos y psicológicos que entraña, limita las oportunidades educativas y laborales.

META

- ❑ Crear las condiciones que permitan decidir y desarrollar de forma autónoma una maternidad responsable, saludable y segura.

OBJETIVOS

- ❑ Desarrollar modelos sociales que permitan elegir diferentes opciones de maternidad.
- ❑ Dotar de nuevos significados al proceso de la maternidad.
- ❑ Crear las condiciones para que las personas puedan decidir sobre su salud sexual y su salud reproductiva (anticoncepción, maternidad/paternidad, etc.).

SOLUCIONES

- ❑ Reconocer el derecho a decidir de las mujeres y aceptar los derechos legales de las mismas, garantizando la equidad y accesibilidad a servicios sanitarios que atiendan las necesidades de las mujeres evitando actitudes discriminatorias.
- ❑ Cambiar la mirada androcéntrica en lo que respecta a la maternidad y a la concepción del cuerpo de la mujer, trasladando al debate social la disyuntiva a la que se enfrenta cada mujer en el ámbito privado cuando tiene que elegir entre dos opciones excluyentes, ser madre o ser “persona”.
- ❑ Considerar la maternidad como situación de riesgo en los colectivos vulnerables como por ejemplo, las mujeres jóvenes, las mujeres de otras etnias y culturas, las mujeres en situación de violencia y las mujeres excluidas socialmente.
- ❑ Autovigilancia de las y los profesionales para no transmitir estereotipos (respon-

sabilidad femenina en los cuidados, asunción de las “capacidades naturales” de la mujer para ejercer el papel de madre,...).

- Visibilizar la corresponsabilidad y subjetividad masculina en el reconocimiento de los derechos sexuales de las mujeres.
- Proporcionar servicios y prestaciones que promuevan la salud sexual y la salud reproductiva orientados a prevenir los embarazos no deseados y los abortos.

ESTRATEGIAS

Sobre el desarrollo de políticas saludables:

- Desarrollo de una política pública de salud sexual y salud reproductiva que permita la equidad en el acceso a la información y la educación sexual, así como a una contracepción libre y segura que preserve el derecho de la mujer a decidir sobre su propia maternidad
- Implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas que garanticen la equidad en el medio laboral entre mujeres y hombres.
- Desarrollo de políticas públicas que proporcionen el apoyo social necesario para que las mujeres que opten por la maternidad no se vean obligadas a renunciar a otros proyectos vitales igualmente importantes.
- Avanzar en el desarrollo y aplicación de una legislación que favorezca la corresponsabilidad en las actividades derivadas de la crianza de las hijas e hijos.
- Implementar en el marco de los programas educativos medidas activas de coeducación que reconozcan la salud afectivo-sexual y la salud reproductiva como un derecho de mujeres y hombres.

Para el desarrollo de habilidades personales:

- Facilitar espacios para la reflexión acerca del cumplimiento del mandato de género y de las expectativas sociales que se depositan en la maternidad y que, en ocasiones pueden ser causa de ansiedad y depresión. Muchas mujeres se sienten culpables por experimentar sentimientos negativos y/o contradictorios con relación a lo que se espera de ellas.
- Implementar programas de educación sexual que permitan a las y los jóvenes desarrollar y mantener relaciones personales basadas en el respeto y la corresponsabilidad, desmontando los estereotipos de género sobre sexualidad (amor romántico por parte de las mujeres frente al interés por el sexo de los varones, etc.).

- Estas habilidades cobran especial relevancia cuando la maternidad se produce en situaciones de mayor vulnerabilidad (recursos personales limitados, escasez de recursos económicos, dificultad de acceso a los servicios), como ocurre con las mujeres adolescentes y jóvenes pertenecientes a otras etnias y culturas, en riesgo de exclusión social o víctimas de la violencia.

Para la reorientación de los servicios sanitarios:

- Generar una cultura profesional que promueva la atención a las mujeres desde el enfoque integrado de género, lo que implica identificar y asumir las necesidades psicosociales y sanitarias de las mujeres embarazadas o no, más allá de su responsabilidad para preservar la salud de la futura hija o hijo.
- Formación de las y los profesionales para abordar los retos que plantea la atención a la salud sexual y salud reproductiva efectiva y de calidad, tendente a transformar las actitudes y prácticas sexistas y discriminatorias, favoreciendo actitudes de respeto y no sancionadoras con las decisiones que adopten las mujeres, como por ejemplo, la utilización o no de anticonceptivos, la decisión de interrumpir el embarazo en los supuestos que contempla la ley, o la elección de lactancia artificial frente a la natural.
- Profundizar en el conocimiento a través de los sistemas de información incorporando nuevos indicadores que permitan orientar la toma de decisiones en materia de salud sexual y salud reproductiva. Para ello se deben utilizar diferentes metodologías que permitan investigar también la dimensión subjetiva a ellas vinculada, por ejemplo: la vivencia de la sexualidad, las relaciones de poder existentes en los diferentes patrones reproductivos, los significados de la maternidad y paternidad, etc.,
- Garantizar el *“derecho a una información objetiva y de calidad, el acceso a métodos de planificación familiar que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que faciliten a las mujeres embarazos y partos sin riesgos”*¹², priorizando a los colectivos que más lo necesitan. Por ejemplo, los programas de prevención de embarazos con frecuencia no captan a los colectivos de mayor riesgo, como sucede con las mujeres inmigrantes y con pocos recursos que de forma reiterada solicitan interrumpir su embarazo.

De participación comunitaria:

- Integrar a las mujeres jóvenes en la planificación de los servicios y sus prestaciones a través de los cauces institucionales de participación (consejos de salud,

¹² El texto que se transcribe entre comillas está extraído de la Declaración de Beijing. Plataforma para la acción.

asociaciones de mujeres, grupos organizados específicos de esta materia, ...).

- Integrar a las y los adolescentes en la planificación de consultas jóvenes para facilitar una mayor aceptación de estos servicios.

Para el desarrollo de entornos saludables:

- Disponer de recursos sociales accesibles y equitativos para el cuidado de las hijas y los hijos (guarderías, casas de infancia, escuelas infantiles, etc.).
- Trabajar con la comunidad para eliminar las actitudes intolerantes hacia las mujeres que rompen los esquemas mayoritariamente aceptados por la sociedad.

5. GLOSARIO ¹³**A****Análisis de género:**

Proceso que permite estudiar de manera diferenciada los roles de mujeres y hombres para conocer los problemas, las necesidades y las oportunidades que de ello se derivan. Así mismo permite el conocimiento del acceso, el uso y el control de los recursos con el propósito de planificar de manera eficiente y equitativa.

Androcentrismo:

Enfoque que centraliza la experiencia humana únicamente desde la perspectiva masculina.

Autoestima:

Valoración que la persona hace de si misma, manifestando mediante expresiones verbales o conductas una experiencia subjetiva de aprobación o desaprobación.

C**Calidad de vida:**

Percepción por parte de las personas de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.

Condiciones de vida:

Este término hace referencia a la calidad de los recursos materiales del entorno cotidiano de las personas. Las condiciones de vida dependen de las circunstancias económicas y sociales del entorno físico de la persona.

Conductas de riesgo:

Formas específicas de comportamiento que conducen a una mayor probabilidad de enfermar o padecer mala salud. En ocasiones estas conductas son reacciones para afrontar problemas a corto plazo, pero si se mantienen en el tiempo además de fracasar en su objetivo de afrontamiento, se convierten ellas mismas en un problema.

D**Desigualdad social:**

Existencia de oportunidades desiguales para los diferentes personas o grupos que influyen de forma negativa en el estado de salud. Resultando injusta y evitable.

¹³ Fuentes: OPS. *Promoción de la salud: una antología. Publicación científica n° 557. Washington, 1996.* Ministerio de Sanidad y Consumo/OMS. *Promoción de la Salud. Glosario. Madrid, 1999.* Glosario de género y salud en <http://www.policyproject.com>.

Determinantes de la salud:

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas o poblaciones.

E

Empoderamiento para la salud:

Es el proceso a través del cual las personas y los grupos adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Comprende acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas y capacidades de las personas para la vida, acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes, así como en los entornos físicos que influyen sobre la salud.

Enfoque de género:

Forma de abordaje de la realidad basada en la variable sexo y en el constructo de género y sus manifestaciones en un contexto geográfico, histórico y cultural determinado. Permite poner de manifiesto relaciones de jerarquía y desigualdad entre mujeres y hombres.

Entorno global:

Es aquel que considera todos los factores del entorno físico, social y económico que influyen en el estado de salud de las personas o los grupos.

Equidad en salud:

Reconocimiento de la diversidad, sin que ésta sea razón para la discriminación. Implica justicia e igualdad de oportunidades en función de las necesidades de las personas o los grupos.

Estilos de vida:

Designan una forma general de vivir, dependiente de la interacción entre las condiciones de vida y las pautas individuales de conducta que vienen determinadas por factores socioculturales y características personales.

F

Factor de riesgo:

Este término incluye condiciones económicas, sociales, biológicas, conductas o ambientes que se asocian o son causa de un incremento en la probabilidad de enfermar o morir.

G

Grupos de ayuda mutua o autoayuda:

Estructuras de personas voluntarias y/o personas afectadas por un problema de salud que llevan a cabo medidas con el objetivo de movilizar recursos para promover, mantener o restaurar la salud de las personas y de la comunidad.

H**Habilidades personales:**

Capacidades para adoptar comportamientos adaptativos y positivos que permitan a las personas abordar con efectividad las exigencias y desafíos de la vida cotidiana. Afectan a la esfera de lo cognitivo, lo emocional, lo social y lo relacional y permiten, por ejemplo, tomar decisiones, desarrollar un pensamiento creativo y crítico, hacer frente a las emociones, manejar el estrés o establecer relaciones interpersonales satisfactorias.

I**Indicadores de salud:**

Características de las personas, las poblaciones o el entorno que son susceptibles de ser medidos de forma directa o indirecta y que pueden ser utilizados para describir diferentes aspectos de la salud, para definir problemas, para valorar cambios temporales en la salud de una población y para conocer en que medida se alcanzan los objetivos de un programa.

M**Medicalización:**

Proceso por el que funciones corporales normales se transforman en problemas de salud que requieren una terapéutica médica. La medicalización de la vida cotidiana es contraria a los principios de la promoción de la salud.

P**Participación comunitaria:**

Hace referencia a la intervención activa de las personas que viven en una comunidad en el proceso de la definición de problemas, la toma de decisiones y las actividades encaminadas a promover la salud. Desde la promoción de la salud es imprescindible en los procesos de desarrollo de la comunidad y en el ámbito de la Atención Primaria es un requisito para que las personas y las familias asuman responsabilidades en el bienestar y en la salud de la comunidad.

Patriarcado:

Orden social en el que el poder está en manos del hombre. Es la manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y las niñas y los niños de la familia y la ampliación a la sociedad en general.

Política Pública Saludable:

Es aquella que manifiesta una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política y una responsabilidad sobre su impacto en la salud. Su finalidad es crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable, facilitando a la ciudadanía hacer elecciones saludables y convirtiendo los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

Política sanitaria:

Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones, especialmente del Gobierno, que define prioridades y parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.

Promoción de la salud:

Proceso que permite a las personas y las comunidades incrementar el control sobre los determinantes de la salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a las personas con sus entornos y que con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.

R

Reorientación de servicios sanitarios:

Expresa un cambio de actitud y organización de los servicios sanitarios de modo que centren su atención en las necesidades del individuo como persona completa, en equilibrio con las necesidades de los grupos de población. La reorientación se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario.

S

Salud Pública:

Concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. Reconoce la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos, creando entornos que apoyen la salud. La Nueva Salud Pública considera las repercusiones del entorno global sobre la salud.

Sistema patriarcal:

Sistema en el que a mujeres y hombres se les asignan diferentes roles con valores desiguales, con el objetivo de controlar y reproducir una sociedad en la que prevalece la autoridad de los hombres mediante la subordinación de las mujeres.

T**Trabajo productivo:**

Se denomina así al que tiene un valor de cambio, que genera ingresos, tanto bajo forma de salario como a través de una actividad comercial por cuenta propia.

Trabajo reproductivo:

Comprende las tareas necesarias para garantizar el bienestar y la supervivencia de las personas que componen el hogar.

V**Vigilancia epidemiológica:**

Termino que se refiere a la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar información que sirva de base para la toma de decisiones y que al mismo tiempo sea útil para ser difundida.

6. BIBLIOGRAFÍA

Antolín, Luisa. **Cooperación en salud con perspectiva de género.** Federación de Planificación Familiar de España. Madrid, 1997.

Artazcoz a L, Borrell C, Rohlfs I, Moncada A, Benach J. **Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada.** Gac Sanit 2001; 15(2): 150-153.

Artazcoz b L, Borrell C, Benach J. **Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands.** J Epidemiol Community Health 2001; 55: 639-647.

Artazcoz Lazcano L. **La organización del trabajo o riesgo psicosocial: la evaluación olvidada.** En: I jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2000.

Banco Mundial. **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud.** Oxford University Press, Washington, 1993.

Campbell J. **Health Consequences of intimate partner violence.** Lancet 2002; 359: 1331-1336.

CCOO. **Mujer, Trabajo y Salud. Apuntes de intervención sindical.** Unión Sindical de Madrid Región. Madrid, 2002.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **VIII Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe.** Lima 8-10 de febrero de 2000.

Conde F, Camas V. **Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid.** Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid, 1996.

Conde F, Santamarina C. **Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños.** Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid, 1997.

Conde F. **Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid.** Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid, 1994.

Declaración de Beijing y plataforma para la acción. **IV conferencia mundial sobre las mujeres.** Beijing 1995. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid, 1996.

Esteban Mari Luz. ***El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud.*** En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernandez T y Yago T. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Minerva Ediciones. Madrid, 2001.

Federación de Planificación Familiar de España. ***Descubiertos casos de mutilación genital en España.*** Boletín de la Campaña Internacional. Cara a cara. N° 20. Madrid 2001.

Fernández E, Schiaffino A, Martí M. ***Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de las mujeres con trabajo remunerado y amas de casa.*** Gac Sanit 2000; 14(4): 287-290.

Gallardo Pino C. ***Modelos y Enfoques en Educación para la salud.*** Diploma de Promoción de la Salud. Centro Universitario de Salud Pública. Madrid, 2001.

Gálvez Pérez T. ***Comisión económica para América Latina y el Caribe.*** Indicadores de Género para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001 y la Plataforma de Acción de Beijing. Naciones Unidas. Santiago de Chile, 1999. (<http://www.eclac.cl/analisis>).

Gender and Health group at Liverpool School of Tropical Medicine. ***Guidelines for the analysis of gender and health.*** Department for International Development, Social Development Division. Liverpool, 2001.

Gil Nebot MA, Estrada Ballesteros C, Pires Alcaide ML, Aguirre Martín Gil R. ***La Investigación Cualitativa y la Promoción de la Salud en la Comunidad de Madrid.*** Revista Española de Salud Pública 2002; 76 (5): 451-459.

Gómez Gómez E. ***Equidad, género y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe.*** Washington D. C., Organización Panamericana de la Salud, 2000.

Gómez Gómez E. ***Equidad, género y salud: retos para la acción.*** Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2002; 11 (5/6): 454-461.

González de Chaves, M^a Asunción. ***Feminidad y Masculinidad. Subjetividad y orden simbólico.*** Col. Psicología Universidad. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1998.

Huley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. **Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women.** Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA 1998; 280: 605-613.

Inhorn Marcia C, Whittle K Lisa: **"Feminism meets the "new" epidemiologies: toward and appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health."** Soc Sci Med 2001; 53: 553-567.

Krieger N, Rowley D, Herman A. **Racism, Sexism and Social Class: Implications for Studies of Health, Disease and Well-being.** In: Rowler D, Tosteson H, editors. Racial differences in preterm delivery: developing a new research paradigm. Am J Preventive Med 1993; 6(Suppl.9): 82-122.

Lagarde y de los Ríos M. **Claves feministas para la autoestima de las mujeres.** Col. Cuadernos Inacabados nº 39. Ed. Horas y Horas, Madrid, 2000.

Lagarde y de los Ríos M. **Género y Feminismo. Desarrollo Humano y democracia.** Col. Cuadernos Inacabados nº 25. Ed. Horas y Horas, Madrid, 1996.

Lagarde y de los Ríos M. **Identidad y Subjetividad Femenina. Puntos de encuentro para la transformación de la vida cotidiana.** Ed. Vilma Castillo A. Managua, 1992.

Lalonde Marc. **El concepto de "campo de la salud": Una perspectiva canadiense.** En OPS. Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica 557. Washington 1996; pp 3-5.

Lasheras L, Aznar S, Merino B Gil E. **Factors associated with physical Activity among Spanish youth through the National Health Survey.** Prev Med 2001; 32: 455-464.

López Fernández LA, Aranda Regules JM. **"Promoción de Salud: Un enfoque en salud pública."** En La sanidad Española a debate. Federación Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid, 1990.

Mandelblatt JS, Yabroff KR. **Breast and cervical cancer screening for older women: recommendations and challenges for the 21st century.** J Am Med Womens Assoc, 2000; 55(4): 210-215.

Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. **Contribution of job and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence.** Lancet 1997; 350: 235-39.

Marrugat J, Sala J, Masia R, Pavesi M, Sanz G, Valle V, y col. **Mortality differences between men and women following first myocardial infarction.** JAMA, 1998; 280(16): 1405-1409.

Mazarrasa Alvear L. **Estrategias de Promoción de la Salud.** En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T y Yago T. **Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas.** Minerva Ediciones. Madrid, 2001.

McLaughlin T, Soumerai S, Willison D, Gurwitz J, Borbas C, Guadagnoli E. ***Adherence to national guidelines for drug treatment of suspected acute myocardial infarction. Evidence of under treatment in women and the elderly.*** Arch Int Med 1996; 156.

Nelson H, Humphrey L, Nygren P, Teutsch S, Allan J. ***Postmenopausal hormone replacement therapy.*** Scientific review. JAMA 2002; 288(7): 872-881.

OMS. ***Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.*** Revista de Sanidad e Higiene Pública 1987; 62: 129-133.

OMS. ***Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI.*** Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.

OMS. ***Salud Familiar y Reproductiva OPS, División de Salud y Desarrollo. Violencia Contra La Mujer. Un Tema de Salud Prioritario.*** Washington. OMS/OPS 1998.

Östlin Pirooska. ***Desigualdades por razón de género en la salud ocupacional.*** Serie género, equidad, salud. Publicación ocasional n° 9. OPS/OMS. Washington, 2001.

Pérez Fernández M, Gervas J. ***Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres.*** Semergen, 1999; 25(3): 239-248.

Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, y col. ***La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud.*** Gac Sanit 2000; 14(2): 146-155.

Rohlfs Isabella. ***Diferencias y Desigualdades. La salud de los hombres y las mujeres en la ciudad de Barcelona.*** Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1998.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. ***Why mothers die 1997-1999.*** The confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London, 2002. (www.rcog.org.uk).

Russell LB. ***Cost-effectiveness analysis and screening tests for women.*** J Am Med Womens Assoc 2000; 55(4): 207-9.

Sau V. ***“Estrés, Salud Mental y Psicología de Género”.*** Documento Mujeres, Trabajo y Salud. Quaderns Caps1996; n° 24.

Serrano Mª Isabel. ***“Los grandes cambios socio-sanitarios del siglo XXI.”*** En Educación para la salud en el siglo XXI: Comunicación y Salud. Díaz Santos. Madrid, 1998. pp 3-20.

Sims Jaqueline, Butter Maureen E. ***Equidad de género y salud ambiental.***

Serie género, equidad, salud. Publicación ocasional nº 10. OPS/OMS Washington, 2002.

Standing H. **El género y la reforma del sector salud.** Panamerican Health Organization. 2003. (<http://www.paho.org/Spanish/DBI>).

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. **La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte uno. Documento base.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.

The Boston Women's Health Book Collective. **Nuestros cuerpos, nuestras vidas.** Plaza Janés. Barcelona 2000.

Turbet S. **Construcción cultural de la feminidad.** En: Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2000.

Valls-Llobet Carme. **Desigualdades de género en salud pública.** En: I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2000.

Valls-Llobet Carme. **Morbilidad en las mujeres jóvenes.** IV Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Madrid, 2002.

Velasco Arias Sara. **La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres.** Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1999.

Vicente Van Hall E. **La mujer libre.** Quaderns Caps 1994; nº 21: pp100-104.

Wamala S, Agren G. **Gender inequity and public health. Guetting down to real issues.** Eur J Public Health 2002; 12: 163-165.

Wamala S, Lynch J, Kaplan G. **Women's exposure to early and later life socio-economic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study.** Int J Epidemiol 2001; 30: 275-284.

Wamala S, Mittleman M, Horsten M, Schenck-Gustaffson K, Orth-Gomér K. **Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in Women.** The Stockholm Female Coronary Risk Study. Soc Sci Med 2000; 51(4): 481-489.







TÍTULOS DE LA COLECCIÓN

- 0 **Unidad de Igualdad y Género**
- 1 **Introducción al Enfoque Integrado o MAINSTREAMING de Género. GUÍA BÁSICA**
- 2 **PRESUPUESTOS PÚBLICOS con Perspectiva de Género**
- 3 **GÉNERO Y SALUD**

u
de
i
y
g
Unidad de igualdad y género



FONDO SOCIAL EUROPEO



JUNTA DE ANDALUCÍA

Instituto Andaluz de la Mujer
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y HACIENDA

www.unidadgenero.com