

## Salud con igualdad: una propuesta para la incorporación de la perspectiva de género en los sistemas sanitarios

Health with equality: a proposal for the incorporation of the gender perspective in health care systems

Maria Luisa Panisello <sup>1</sup>  
Inma Pastor <sup>2</sup>

**Abstract** *This paper presents an analysis of the incorporation of the gender perspective in health care-related policies. Based on the recommendations of international organizations, the importance of the incorporation of the gender concept in the health field is analyzed, in order to design health policies that seeking to redress existing inequalities by virtue of sex/gender. This paper presents an analysis of the published guidelines in order to facilitate the incorporation of the gender perspective in health care systems. The article concludes with a proposal of gender-sensitive health indicators that can ensure the gender perspective in health care policies.*

**Key words** *Gender perspective, Health care systems, Socioeconomic factors, Equality policies, Health care policies*

**Resumen** *Este artículo presenta un análisis de la incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias. Partiendo de las recomendaciones de los organismos internacionales, se analiza la importancia de la introducción del concepto de género en el campo de la salud, para diseñar políticas sanitarias que tengan por objetivo paliar las desigualdades existentes por razón de sexo/género. En este artículo se presenta el análisis realizado a partir de una revisión documental de las guías publicadas, para facilitar la incorporación en los sistemas sanitarios de la perspectiva de género. Se finaliza el artículo con una propuesta de las dimensiones y las variables que pueden garantizar la incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias.*

**Palabras clave** *Perspectiva de género, Sistemas sanitarios, Factores socioeconomicos, Políticas de igualdad, Políticas sanitarias*

<sup>1</sup> Grupo Investigación Enfermería Avanzada SGR 030, Facultad Enfermería, Universidad Rovira i Virgili. Avinguda Remolins 13-15. 43590 Tortosa Catalonia Spain.

marisa.panisello@urv.cat

<sup>2</sup> Social and Business Research laboratory, Departamento de Gestión de Empresas, Universidad Rovira i Virgili.

## Introducción

Los sistemas sanitarios se crean para dar respuesta a las necesidades de salud de las comunidades y son el resultado de una larga evolución histórica y de un conjunto de factores diversos que forman parte del sistema social. La salud es un proceso complejo determinado por la interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales de los individuos con los factores ambientales. A partir de los años noventa del siglo XX, diversos estudios<sup>1-4</sup> muestran que las mujeres y los hombres tienen diferentes maneras de enfermar y de metabolizar los fármacos, así como también diferentes estilos de vida relacionados con los problemas de salud. La principal contribución de estos estudios es poner de manifiesto que el género, junto con otras dimensiones como la clase social, es un determinante en el proceso salud-enfermedad, produciendo desigualdades que se manifiestan en el acceso a los hospitales, las listas de espera y las estrategias terapéuticas<sup>5,6</sup>. Elementos éstos que intervienen en la salud y en la atención sanitaria y que dan como resultado diferencias y desigualdades en la salud y en la atención sanitaria por razón de sexo/género.

El concepto de desigualdad en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, en función de su clase social, género, territorio o etnia; oportunidades y recursos que van asociados con un peor estado de salud de los colectivos más desfavorecidos. La OMS refiere que estas diferencias en materia de salud son innecesarias, evitables e injustas<sup>7</sup>.

Estas diferencias y desigualdades pueden cambiarse mediante políticas sanitarias y sociales. En este artículo, partiendo de las recomendaciones de los organismos internacionales, analizamos la importancia de la introducción del concepto de género en el campo de la salud para diseñar políticas públicas con el fin de paliar las desigualdades existentes. Como instrumentos que nos pueden orientar en este proceso analizamos las guías publicadas para dicha incorporación hasta el año 2008. Finalizamos el artículo con una propuesta de los elementos que pueden garantizar la incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias.

Según Sen et al.<sup>8</sup>, el enfoque de la salud con perspectiva de género, es decir, que diferencia los factores biológicos y sociales a la vez que explora su interacción y que tiene en cuenta la forma en que la desigualdad influye en las experiencias de salud, sirve de orientación para identificar las

respuestas apropiadas del sistema de atención de salud y de la política pública.

Ante esta realidad, existe la preocupación por parte de los organismos internacionales y los gobiernos de introducir la perspectiva de género en las políticas de salud. El objetivo general de estas políticas es hacer frente a las desigualdades que se derivan de los diferentes roles de las mujeres y los hombres, así como de las desiguales relaciones de poder entre ellos y ellas, y las consecuencias de estas desigualdades en sus vidas, su salud y su bienestar.

La IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas (ONU)<sup>9</sup> sobre las Mujeres que tuvo lugar en Beijing en el año 1995, marca la línea que debe orientar toda acción de gobierno analizando los efectos desde el punto de vista del género de todas las políticas y programas. En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>10</sup> elaboró un documento sobre la política a seguir en materia de género: *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. En la declaración introductoria, Gro Harlem Brundtland, en aquel momento directora general, señala que la integración de la perspectiva de género en la acción sanitaria obedece a un criterio justo de salud pública. El documento refiere que la política de la Organización será velar porque todas las investigaciones, las políticas, los proyectos, los programas y las iniciativas en las que participe la OMS incorporen las cuestiones de género. Entre las metas y objetivos fijados destacamos:

- Promover la equidad y la igualdad entre hombres y mujeres a lo largo de toda la vida.
- Proporcionar información cualitativa y cuantitativa sobre la influencia del género en la salud y la atención de salud.
- Promover la integración de los asuntos de género en los sistemas de salud.

En la Declaración del Milenio de Naciones Unidas<sup>11</sup> y en otros acuerdos internacionales, se reconoce la importancia de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres y los derechos de todos a vivir sin sufrir discriminaciones en ninguna esfera de la vida, incluyendo el acceso a la atención de salud.

Las políticas públicas con perspectiva de género son procesos a través de los cuales son elaborados e implementados programas de acción pública que buscan corregir la desigualdad que se genera en el sistema de género favoreciendo la equidad entre los hombres y las mujeres<sup>12</sup>. Según Astelara<sup>13</sup> hay que recordar la interrelación entre género y política, es decir la política está determinada por el sistema de género, en tanto que

es una actividad mayoritariamente masculina. Además el sistema de género se mantiene y se reproduce por la intervención política ya que cada actuación del Estado puede tener un impacto diferente en la situación de los hombres y las mujeres y producir, aunque sea de manera indirecta, situaciones que perjudiquen la equidad de género. Se debe pues, siguiendo estas consideraciones, introducir la dimensión de género en todas las actuaciones de las instituciones del Estado.

### **Sobre la relación del sistema sexo/género con la salud y las enfermedades**

Para introducir el género en relación a las políticas de igualdad dentro del sistema sanitario hemos de describir la relación del sistema sexo/género con la salud y sus problemas. Ya hemos mencionado anteriormente que desde los años noventa del siglo XX hay diferentes iniciativas, estudios y publicaciones que representan la consolidación de los conocimientos científicos en la relación del sexo/género y la salud.

Una de estas iniciativas estuvo a cargo de las redes internacionales que durante el año 1990 se reunieron en diversos lugares del mundo. Barcelona acogió el Primer Simposio Internacional sobre Mujer y Calidad de Vida, organizado por CAPS, Women's Health Meeting de Boston<sup>1</sup>. Otro elemento a destacar es la inclusión del ítem *Women's Health* ('salud de las mujeres') en el Index medicus en el año 1991, considerado éste el índice más completo de los artículos de revistas médicas científicas publicadas desde 1879 en Estados Unidos. También en 1991, la doctora Healy<sup>14</sup>, con la publicación del artículo "The Yentl syndrome" en la revista *New England Journal of Medicine*, puso en evidencia la mala praxis de los servicios de cardiología americanos por no realizar las mismas técnicas diagnósticas ni las mismas exploraciones a mujeres que a hombres. Aquel análisis mostró que se practicaban muchas más coronariografías a hombres que a las mujeres y que las mujeres estaban excluidas sistemáticamente de los ensayos clínicos.

Todos estos movimientos de mujeres destacan por ser el inicio y el referente en la construcción del conocimiento sobre la influencia del género en la salud y sus problemas. Marcia Angell, en el editorial del *New England Journal of Medicine* de julio de 1993, analiza la discriminación de las mujeres en la investigación médica y señala la discriminación en tres aspectos:

1. Las enfermedades de las mujeres han sido menos estudiadas.

2. Es menos probable que las mujeres estén incluidas como participantes en ensayos clínicos.

3. Es improbable que las mujeres puedan conseguir ser directoras de investigaciones para llevar a cabo ensayos clínicos<sup>15</sup>.

Estas líneas de investigación citadas se desarrollaron a partir de la formulación y el desarrollo de la teoría de los géneros. Esta teoría planteaba una línea explicativa de la influencia del sexo/género en la salud.

La teoría de los géneros tiene sus antecedentes en las descripciones etnográficas y la observación de otras culturas, en las que se descubrieron sociedades con más de dos géneros. Se demuestra que puede haber diversidad de contenidos respecto a lo que se considera masculino y femenino en las diferentes culturas y épocas. Este descubrimiento contribuyó a deconstruir el supuesto carácter natural de las identidades masculinas y femeninas. Los antecedentes en la teoría de los géneros hay que buscarlos en los estudios antropológicos de Margaret Mead y en *El segundo sexo* de Simone de Beauvoir, con la afirmación de: "La mujer no nace, sino que se hace". Descubrir la variación de las capacidades y aptitudes atribuidas a las mujeres y a los hombres de una sociedad a otra, de una época a otra, significó que dichas capacidades y aptitudes, no estaban establecidos por la biología, sino que su determinación era social. Este planteamiento revoluciona las ideas tradicionales sobre el tema, porque libera a hombres y mujeres del determinismo biológico y abre nuevas posibilidades de identidad social<sup>16</sup>. Este sistema conceptual (sexo/género) ponía en duda la supuesta base biológica de los comportamientos masculinos y femeninos y afirma que el género es una construcción social, es decir, que lo que se entiende que es un hombre o una mujer no son un conjunto de datos anatómicos, sino construcciones sociales y culturales con un soporte biológico ambiguo e inestable<sup>17</sup>.

Para Marina Subirats la teoría del sexo/género introduce estos dos términos para facilitar la distinción entre los hechos biológicos y los hechos sociales. Es indiscutible que desde el punto de vista biológico hay diferencias entre hombres y mujeres. Pero no está demostrado que estas diferencias biológicas, para las que se utiliza el término "sexo", impliquen por sí mismas capacidades, aptitudes y actitudes diferentes entre los individuos. Lo que configura capacidades, comportamientos o personalidades distintas es el género: el género es un conjunto de normas diferenciadas para cada sexo, que cada sociedad elabora según sus necesidades y son impuestas a los individuos

a partir del nacimiento, como pautas que deben regir sus comportamientos, deseos y acciones de todo tipo. Los géneros están continuamente redefiniéndose por la sociedad, no son nunca totalmente estables y se van modificando en relación a otros cambios sociales, como la división del trabajo, la moral sexual, los cambios demográficos, incluido las guerras<sup>16</sup>.

### **Género y salud: dos conceptos en continua interacción**

Como ya hemos mencionado antes, la salud es un proceso complejo determinado por la interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Según Rohlfs et al.<sup>4</sup>, las variables a tener en cuenta para diseñar las encuestas de salud de manera que posibiliten el análisis desde la perspectiva de género en la salud y sus problemas son las que se indican en la Cuadro 1.

**Cuadro 1.** Variables que posibilitan el análisis desde una perspectiva de género.

<p><b>1. Sociodemográficas y de trabajo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado civil</li> <li>▪ Clase social</li> <li>▪ Nivel de estudios</li> <li>▪ Situación laboral</li> <li>▪ Trabajo productivo (remunerado)</li> <li>▪ Ocupación o lugar de trabajo</li> <li>▪ Tipo de contrato</li> <li>▪ Tipo de jornada laboral</li> <li>▪ Horas de trabajo a la semana</li> </ul> <p><b>2. Trabajo reproductivo (no remunerado)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estructura familiar (convivencia): edad, sexo, parentesco de las personas que conviven</li> <li>▪ Trabajo domestico</li> <li>▪ Realización del trabajo doméstico: hacer la compra, cocinar, limpiar, planchar...</li> <li>▪ Reparto del trabajo domestico</li> <li>▪ Cuidado de las personas dependientes (criaturas, personas mayores, discapacitados/as)</li> <li>▪ Reparto del cuidado</li> <li>▪ Disponibilidad de ayuda externa (familiar o contractada) para realizar las tareas domésticas o de cuidado</li> <li>▪ Horas dedicadas al trabajo reproductivo</li> </ul> <p><b>3. Morbilidad, salud percibida, calidad de vida y salud mental. Trastornos crónicos.</b></p> <p><b>4. Apoyo social (presencia y tipo de red social). Apoyo social funcional (afectivo y confidencial)</b></p>
--

Fuente: Rohlfs et al.<sup>4</sup>.

A continuación, desarrollamos algunas de estas variables por su importancia en relación con la salud y sus problemas. El estado civil o convivencia en pareja tiene un efecto diferente respecto a la salud en relación con el género. Para los hombres, es un factor protector y, para las mujeres, debido a la distribución desigual del trabajo doméstico, significa un aumento del trabajo reproductivo y puede contribuir al deterioro de la salud<sup>4</sup>.

La clase social es uno de los determinantes más importantes de la salud. En nuestra sociedad, las mujeres son más vulnerables a situaciones de pobreza y exclusión social. Es esencial analizar cómo el género se asocia con las circunstancias socioeconómicas individuales y familiares, de manera que, a medida que empeoran las condiciones del entorno, los indicadores de salud son más negativos. Por este motivo, es importante estudiar cómo las condiciones del entorno social, de los trabajos (productivo y reproductivo) y de los hábitos de vida influyen sobre la salud de los individuos, pero hay también que evidenciar los puntos en que los determinantes son diferentes según el sexo, y revisar la salud de una sociedad profundamente desigual dependiendo del género<sup>4</sup>.

Para Borrell et al.<sup>18</sup>, hay pocos estudios que hayan analizado las desigualdades en salud teniendo en cuenta diferentes medidas de clase social para las mujeres. A las mujeres se les atribuye la clase social del marido o de la persona cabeza de la familia. Según Borell, hay diferentes indicadores para asignar clase social a las mujeres:

- La clase social convencional, que atribuye a las mujeres la clase social basada en la ocupación del marido o de la persona cabeza de familia.

- La clase social individual, que atribuye a las mujeres la clase social basada en su propia ocupación.

- La clase dominante, que se basa en la atribución de la clase social basada en la ocupación más privilegiada del hogar.

La influencia del trabajo en la salud ha sido ampliamente evidenciada; numerosos estudios ponen de manifiesto la influencia de las condiciones del trabajo en la salud y la diferencia de distribución según el género. Los hombres suelen tener un trabajo que requiere más esfuerzo físico y las mujeres suelen estar expuestas a factores de riesgo más de tipo psicosociales<sup>19</sup>. Estudios realizados en la población ocupada de 25 a 64 años, casada o que viven en pareja, evidencian el impacto negativo de la doble jornada sobre diferentes indicadores de salud en las mujeres, pero no se constata asociación en el caso de los hombres<sup>20,21</sup>.

Diversas autoras<sup>22,23</sup> apuntan que, en el trabajo productivo o remunerado, cabe señalar dos tipos de segregación que se dan por razón de género. La segregación horizontal o la dificultad para acceder a ciertos puestos de trabajo, catalogados para un sexo determinado, y la segregación vertical o techo de cristal, se denomina así una superficie superior invisible, difícil de traspasar, en la carrera laboral de las mujeres, que impide seguir avanzando. El carácter de invisibilidad viene dado por el hecho de que no existen leyes ni dispositivos sociales establecidos ni códigos visibles que impongan a las mujeres esta limitación, sino que están contruidos sobre la base de otros condicionantes que son difíciles de detectar.

En cuanto al trabajo reproductivo, Carrasquer et al.<sup>24</sup> lo definen como el conjunto de actividades del hogar, con la cualidad principal que se trata de un trabajo dirigido a garantizar la reproducción biológica, social e ideológica de la fuerza del trabajo, diferenciándolo del trabajo productivo (producción de bienes y servicios). El trabajo reproductivo se considera parte del rol de las mujeres y tiene una falta de reconocimiento importante. Se trata, principalmente, de trabajos monótonos y repetitivos que, en algunos casos, suponen una doble carga de trabajo<sup>24</sup>. Las exigencias del trabajo doméstico tienen un impacto negativo en la salud de las mujeres, pero no en la de los varones. Hay un desequilibrio entre las mujeres y los hombres con relación al tiempo dedicado al trabajo reproductivo<sup>25</sup>. Rollhfs et al. destacan que, para las mujeres, el hecho de “convivir” significa invariablemente “cuidar” y no sólo los niños, sino de todas las personas que forman parte del hogar<sup>4</sup>.

El escaso nivel de desarrollo de los servicios a las familias y la sobrecarga de responsabilidades (y, en particular, a las mujeres) es elevado. El poco desarrollo de los servicios públicos de ayuda a las familias crea una sobrecarga en las mujeres españolas, ya que cuidan a los niños, a los jóvenes, a los maridos o compañeros, a las personas mayores y discapacitadas<sup>26</sup>. El hecho de cuidar, para las mujeres, supone muchas veces tener que pedir una excedencia del puesto de trabajo o un empleo a tiempo parcial. Según el boletín estadístico “Mujeres en cifras” de 2012, las personas ocupadas con trabajo a tiempo parcial tenían ese tipo de jornada porque, además, cuidaban a miembros de su familia que eran menores, personas enfermas, discapacitadas o mayores. El 97,23% de quienes tenían jornada a tiempo parcial por dichos motivos eran mujeres (287.900 en cifras absolutas) y el 59,05% de estas mujeres señalaba

que tenía un trabajo con este tipo de jornada a causa de la falta de servicios adecuados para el cuidado de las personas indicadas o porque no podía costearlos<sup>27</sup>.

En un estudio realizado a 100 cuidadores/as principales de ancianos con demencia, 86 eran mujeres y en 51 domicilios vivían, además de la persona con demencia, otra persona de más de 65 años<sup>28</sup>. Según datos del Observatorio de Mayores (IMSERSO), referenciado por Navarro y Quiroga<sup>26</sup>, existe un patrón de asistencia definido según el sexo de las personas dependientes. Las mujeres mayores dependientes son cuidadas principalmente por sus hijas. Los hombres mayores dependientes son atendidos por sus esposas o hijas. “El modelo de atención a la discapacidad de las personas mayores se basa en la mujer, esposa o hija, cuidadora del hombre, marido o padre. La parte fundamental de los cuidados está a cargo de las mujeres en edad media entre (40-65 años). Es preocupante comprobar que casi un 12% de los cuidadores (fundamentalmente, mujeres) tienen más de 70 años<sup>26</sup>. En un estudio epidemiológico transversal de ámbito estatal de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia de 2008, sobre una muestra de 7.512 personas cuidadoras principales, los resultados confirman que los cuidados de personas dependientes siguen siendo un trabajo altamente feminizado. La mayor percepción de deterioro de la salud como consecuencia de los cuidados que muestran las mujeres respecto a los hombres cuidadores se relaciona tanto con la mayor percepción de la responsabilidad de los cuidados como con las características de los cuidados que se dan, más intensas y con mayor dedicación a tareas asociadas a riesgo para la salud<sup>29</sup>.

#### **Directrices para la incorporación de la perspectiva de género en los sistemas sanitarios**

Según la OMS, la incorporación del análisis de género debe impregnar todos los elementos de las políticas públicas, pero no se trata de considerar ambos sexos por igual, sino de tener en cuenta las diferencias biológicas y sociales y las desigualdades en relación con los roles, recursos y poder<sup>30</sup>. Siguiendo a Villela et al. análisis de género se refiere, “a la construcción de una nueva perspectiva de las mujeres y los hombres que, en la asistencia sanitaria, permita redimensionar sus necesidades”<sup>31</sup>. Es decir, se trata de atender las necesidades concretas de mujeres y hombres con el fin de alcanzar la igualdad de género<sup>30</sup>. Actualmente, un objetivo común en todos los



ámbitos de los sistemas sanitarios es promover la inclusión del enfoque de género para lograr la igualdad y la equidad en salud siguiendo las recomendaciones de los organismos internacionales.

60ª Asamblea Mundial de la Salud WHA60.25 Punto 12.12 del orden del día 23 de mayo de 2007. Incorporación del análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategia, siguiendo las recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), las recomendaciones de la Conferencia Beijing + 10 (2005), las conclusiones 1997/2 del Consejo Económico y Social, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas 2000, el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, la resolución WHA58.30, sobre la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud y acordados internacionalmente, incluidos en la Declaración del Milenio.

Destacamos la 60ª Asamblea Mundial de la Salud<sup>32</sup>, que, en el punto 12.12, insta a los Estados miembros a las siguientes recomendaciones:

1. Incluir el análisis y la planificación de las cuestiones de género en las actividades conjuntas de planificación estratégica y operativa, así como en las planificaciones presupuestarias.

2. Formular estrategias nacionales para abordar las cuestiones de género en las políticas, programas e investigaciones sobre la salud, incluyendo la esfera sexual y reproductiva.

3. Reforzar las capacitaciones y la sensibilización en materia de género, mujer y salud y en la promoción de las mismas.

4. Velar porque en todos los niveles de prestaciones y de servicios de salud, incluidos los destinados a los adolescentes y los jóvenes, se incorpore una perspectiva equitativa en cuestiones de género.

5. Recopilar y analizar los datos desagregados por sexo, realizar investigaciones sobre los factores subyacentes a las disparidades entre los sexos y tener presente los resultados al elaborar las políticas y programas.

6. Avanzar hacia la igualdad entre mujeres y hombres en el sector de la salud para garantizar que la contribución de mujeres, hombres, niñas y niños como prestadores de atención de salud se tenga en cuenta en la planificación y las políticas sanitarias, así como en la capacitación del personal de atención de salud.

Diferentes organismos han elaborado planes de actuación que incluyen recomendaciones, indicaciones prácticas y orientaciones teóricas

y metodológicas para la aplicación del enfoque de género en la salud. Destacamos las guías que orientan la integración del género en la atención sanitaria. A continuación se presenta una descripción y análisis de las mismas.

### **Guías que orientan la integración del género en la atención sanitaria**

Como ya hemos mencionado en el proceso de la salud-enfermedad, las diferencias biológicas interactúan claramente con factores determinantes sociales definiendo las necesidades y experiencias de mujeres y hombres. En este caso, la equidad de género puede exigir un tratamiento de la atención, cualitativamente diferente y sensible a estas diferentes necesidades. Cuando no hay ninguna razón biológica que explique los diferentes resultados, hay que considerar que la discriminación social es la principal sospechosa de estos resultados<sup>8</sup>. Específicamente, se han elaborado algunas guías con recomendaciones para integrar la perspectiva de género en los programas o planes integrales de salud. Lasheras et al.<sup>33</sup> señala las líneas estratégicas de intervención sobre la salud de las mujeres con enfoque de género. Son las siguientes:

1. Desarrollar políticas saludables desde el sector público, refiriéndose a las decisiones políticas generales de cualquier sector del gobierno ya cualquier nivel, caracterizadas por el interés explícito por la salud y la equidad y el impacto potencial en este campo. Dentro de este grupo se pueden destacar las siguientes medidas:

- Promover el enfoque integrado de género en las leyes, programas, planificación y dotación presupuestaria.

- Adoptar todas las medidas necesarias para eliminar cualquier forma de discriminación contra las mujeres y las niñas.

- Erradicar las diferentes formas en que se manifiesta la violencia contra las mujeres, potenciando el empoderamiento de las mujeres, la participación de las asociaciones de mujeres, la reorientación de los servicios sanitarios.

2. Crear entornos saludables, no sólo en la dimensión física, sino también en las dimensiones sociales, políticas y económicas, como pueden ser condiciones de trabajo y salud, empleos adecuados controlando los factores medioambientales que repercuten en la salud de las mujeres, también implica diseñar medidas urbanísticas con enfoque de género.

3. Desarrollar habilidades personales mediante la educación para la salud, dentro de este grupo se debe destacar el empoderamiento, que Marcela

Lagarde lo define: “El empoderamiento se crea en procesos en los que cada mujer fortalece y desarrolla la capacidad política que le permite defenderse, enfrentarse a la opresión y dejar de estar sujeta a dominio. Este es el profundo sentido del empoderamiento individual, que sólo se da si está sustentado colectivamente”. Y añade: “Hablamos también de empoderamiento colectivo de género, como de la capacidad colectiva de las mujeres a enfrentarse con conciencia y en alianza política, para desmontar el viejo orden y la construcción cotidiana de formas renovadas de convivencia social, económica, política y cultural”<sup>34</sup>.

4. Reforzar la acción comunitaria, articulando la participación comunitaria, para que las asociaciones de mujeres puedan acceder a los ámbitos de toma de decisiones.

5. Reorientar los servicios de salud para introducir cambios para garantizar la equidad, nos señala la formación de los profesionales y las profesionales en el enfoque de género y el acceso a la atención<sup>32</sup>.

Velasco señala que promover la inclusión del enfoque de género para lograr la igualdad y equidad en salud es actualmente un objetivo común en todos los ámbitos los sistemas de salud y considera que es obligado hablar de factores sociales y de vulnerabilidad psicosocial así como esta interviene en la salud<sup>35</sup>.

Las guías facilitan la incorporación de la perspectiva de género dentro de los Planes de Salud. Esta incorporación es necesaria, ya que, como menciona la “Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud” de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, entre los diversos colectivos de profesionales de la salud existe, de forma dominante, la falsa percepción de que el trabajo técnico, sanitario o de gestión, la adecuación de recursos, las oportunidades de formación, etc., son neutros con respecto al género. En la guía se señala, como condiciones requeridas para integrar la perspectiva de género en la atención sanitaria, el compromiso explícito de garantizar su aplicación en el ámbito político y organizativo, disponer de recursos y medios necesarios para llevarlo a cabo, así como la concienciación de la necesidad de aplicación y formación para realizarlo<sup>36</sup>.

Las políticas públicas son producto de la acción del Estado, que es a quien corresponde sancionar la formalidad que legitima los instrumentos de expresión como política pública, se pueden expresar a través de diferentes tipos de instrumentos de formulación, que incluye leyes, reglamentos, decretos... hasta los instrumentos de

carácter administrativo y técnico, como pueden ser planes, presupuestos, proyectos aprobados<sup>37</sup>.

En el siguiente y último apartado de este artículo, se describen los elementos que proponemos que debería incluir una política pública sanitaria con perspectiva de género, dentro de las políticas de igualdad.

#### **A modo de propuesta: dimensiones de la perspectiva de género en las políticas sanitarias**

El género forma una categoría de análisis que nos permite analizar la construcción sociocultural de los sexos. Como hemos visto, la relación del concepto de género con los conocimientos sobre la salud comienza a explotarse a partir de los años 70. La importancia de este concepto nos ha llevado a elaborar una definición de lo que es una política sanitaria con perspectiva de género.

Después de todo el análisis realizado, definimos política sanitaria con perspectiva de género, o sensibilidad de género, aquella política que en su maquinaria institucional hace visibles a las mujeres y asegura la participación de éstas, que tiene en cuenta la transversalidad de la perspectiva de género en las actuaciones y en los factores determinantes en el proceso de salud y enfermedad en relación con el sexo/género, y que promueve la perspectiva de género en la investigación y en la formación de los y las profesionales del sistema sanitario. Además, incluir la perspectiva de género en las políticas sanitarias requiere emplear un lenguaje no sexista ni androcéntrico. El objetivo es disminuir y eliminar las desigualdades sociales en relación con el género.

Para hacer operativa la perspectiva de género proponemos los siguientes elementos:

1. Visibilidad de las mujeres. Este punto implica hacer visible la realidad de las mujeres y para ello, el primer elemento a tener en cuenta en una política pública con perspectiva de género, es hacer visibles a las mujeres. Para dar visibilidad a las mujeres en relación a la salud y sus problemas, es necesario que todos los datos generados a lo largo del proceso de las políticas sanitarias estén desagregados por sexo.

2. Participación paritaria. En todo el proceso de diseño de los planes o programas determinados se debe promover la participación paritaria. En concreto, se considera necesario que se debe promover la paridad de mujeres y hombres de manera que el nombramiento de los equipos directores, redactores, consejos asesores, órganos de participación, tienda a ser paritario.

3. Lenguaje e imágenes no sexistas. En todo el diseño de los programas o planes es necesario utilizar el lenguaje que haga visibles por igual mujeres y hombres, tanto en el lenguaje escrito como en el visual

4. Inclusión de los determinantes de salud y/o enfermedad en relación con el sexo/género. Es necesario tener en cuenta los elementos o factores de riesgo relacionados con el sexo/género que intervienen como determinantes de salud y de sus problemas en los programas o planes de salud determinados.

5. Promover la transversalidad. Este elemento implica que el género esté presente en todas las políticas y medidas generales y que, en el momento de planificarlas, se tenga en cuenta el impacto que producirán en los hombres y en las mujeres.

6. Formación sensible al género. Es necesario que la formación de pregrado y continuada que se imparte a los profesionales incluya la perspectiva de género para evitar sesgos en la práctica profesional.

7. Investigación sensible al género. Es necesario investigar la manera cómo el género está presente en el proceso salud/enfermedad, así como orientar a los profesionales en relación a la inclusión de las dimensiones del género en la investigación.

En las ciencias de la salud, como en otras ciencias, la teoría del género nos abre un gran campo para poder investigar las causas de las diferencias y desigualdades en los problemas de salud. Los sistemas sanitarios, que se crean para dar respuesta a las necesidades de salud de las comunidades, deben tener en cuenta el conocimiento generado por las investigaciones para paliar estas desigualdades, siguiendo las directrices de los organismos internacionales. Como apuntan Villela et al., "Hacer un eje transversal en la investigación en salud es una apuesta por la posibilidad de que la presentación de pruebas de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, que son fruto de las desigualdades de género, podrá influir en las políticas públicas para la reducción de estas desigualdades"<sup>31</sup>.

### Colaboradores

ML Panisello y I Pastor han participado igualmente en cada una de las etapas de elaboración de este artículo.



## Referencias

1. Cuaderno CAPS. *Mujer y Calidad de Vida*. Barcelona: CAPS; 1991.
2. Wilkinson S, Kitzinger C. *Mujer y Salud*. Barcelona: Paidós; 1996.
3. Valls-Llobet C. La atención de género en la Atención Primaria. *Quadern CAPS* 1998; 27:46-52.
4. Rohlf I, Borell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria* 2000; 14(3):60-71.
5. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(19):118-125.
6. Delgado A, Lopez-Fernandez L. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(19):112-117.
7. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22(3):429-445.
8. Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for population and Development Studies; 2005. [acesado 2011 Oct 26]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO\\_14entire\\_book.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14entire_book.pdf)
9. Organización de Naciones Unidas (ONU). *IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas (ONU) sobre las Mujeres que tuvo lugar en Beijing*. Washington: ONU; 1995.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Ginebra: OMS; 2002.
11. Organización de Naciones Unidas (ONU). *Resolución aprobada por la Asamblea General 55/2. Declaración del Milenio*. Washington: ONU; 2000.
12. Guzman V. *La institucionalidad de género en el estado: Nuevas perspectivas de análisis*. Santiago de Chile: Unidad Mujer y Desarrollo; 2001.
13. Astelara J. *Veinte años de igualdad*. Madrid: Cátedra.; 2005.
14. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med* 1991; 325(4):274-276.
15. Valls-Llobet C. El estado de la investigación en salud y género. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernandez TY. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva; 2001.
16. Subirats MM. Conquistar la igualdad: la coeducación hoy. Organización de Estados Iberoamericanos. Para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Revista Iberoamericana de educación. nº 6. Género y Educación. Septiembre- Diciembre 1994. [acesado 2012 Abr 14]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/oeivirt/rie06a02.htm>
17. Rivera Garretas MM. *Nombrar el mundo en femenino*. Barcelona: ICARIA; 2003.
18. Borell C, Rohlf I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(2):75-84.
19. Escribá AV. Trabajar fuera de casa. ¿Mejora la salud de la mujer?. *Medicina Clínica* 1997; 108:580-581.
20. Artazcoz L, Borell C, Rohlf I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria* 2001; 15(2):150-153.
21. Artazcoz L, Borell C, Merino J, García-Calvente MM, Sanchez-Cruz JJ, Ramos JL, Codina AD, León AC, Esnaola S, Ramos JL, Anitua C, Rohlf I. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En: Cabasés JM, Villabi JR, Aibar C, editores. *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Valencia: SESPAS; 2002. Informe SESPAS 2002.
22. Torns T, Carrasquer P, Parella S, Recio C. *Les dones i el treball a Catalunya: mites i certeses*. Barcelona: Institut Català de les Dones, Generalitat de Catalunya; 2007.
23. Borderias MC, Carrasco Bengoa C, Alemany C. *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria; 1994.
24. Carrasquer P, Torns T, Tejero E, Romero A. El trabajo reproductivo. *Papers* 1998; 55:95-114.
25. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(9): 639-647.
26. Navarro V, Quiroga A. Políticas de Estado de bienestar para la equidad. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(19):147-157.
27. Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades. *"Mujeres y cifras"*. [acesado 2014 abr 1]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es>
28. Panisello LM, Lasaga A, Mateu ML. Cuidadores principales de ancianos con demencia que viven en su domicilio. *Gerokomos* 2000; 11(4):174-178.
29. García Calvente MM, del Rio LM, Marcos JM. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria* 2011; 258(Supl. 9):100-107.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Gender and health: Technical paper*. Gineva: OMS; 1998.
31. Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporacao de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso de categoria genero. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):999-1003.
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Incorporación del análisis y acciones de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategia*. Gineva: OMS; 2007.
33. Lasheras ML, Pires M, Rodríguez MM. *Género y Salud nº 3*. Andalucía: Instituto Andaluz de la Mujer; 2004.
34. Lagarde y de los Ríos M. *Claves feminista para la autoestima de las mujeres*. Madrid: Ed Horas y Horas; 2000. (Col. Cuadernos Inacabados, nº 39).
35. Velasco S. *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaria General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM).
36. Amo Alfonso M. *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud*. Andalucía: Consejería de Salud; 2008.
37. Garcia Prince E. Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming. *¿De qué estamos hablando?: Marco Conceptual. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo*. (PNUD). San Salvador: ONU; 2008.

Artigo apresentado em 30/07/2014

Aprovado em 09/10/2014

Versão final apresentada em 11/10/2014

