



**Recomendaciones
para la práctica
del enfoque de género
en programas de salud**

Sara Velasco Arias

Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud

Sara Velasco Arias

Madrid, 2008

**Pdf de la publicación del mismo título.
A fin de aligerar su peso y de este modo facilitar
su descarga, se han suprimido
las páginas 4, 6-8, 16-18, 34-36, 47-48, 50,
y 55-56 que corresponden
a páginas en blanco y fotografías interiores.**

Autora:

© Sara Velasco Arias, 2008

Diseño y maquetación:

Jorge Ortega

Para:

Observatorio de Salud de la Mujer

Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Secretaría General de Sanidad

Ministerio de Sanidad y Consumo

ISBN-13:

978-84-691-4607-1

ÍNDICE

Introducción	5
1. Enfoque de género en salud	9
1.1 Línea de salud de las mujeres	10
1.2 Línea de desigualdades de género	11
1.3 Línea de análisis de determinantes de género	13
1.4 Enfoque integrado de género en salud	15
2. Criterios para aplicación del enfoque integrado de género en programación en salud	19
2.1 Caracterización del problema	20
2.2 Análisis de factores determinantes de género	26
2.3 Elección o prioridad del problema	28
2.4 Definición de objetivos	30
2.5 Métodos de intervención	31
2.6 Análisis previo de impacto de género	33
3. Determinantes de género sobre la salud	37
3.1 Modelo de género tradicional. Contexto social y determinantes	38
3.2 Modelo de género de transición. Contexto social y determinantes	39
3.3 Modelo de género contemporáneo. Contexto social y determinantes	40
3.4 Modelo de género igualitario: factor protector	43
3.5 Factores protectores de género	44
3.6 Determinantes socioeconómicos y el trabajo	45
4. Estrategia del lenguaje	49
Anexo I: Preguntas clave	51
Anexo II: Documentos y guías recomendadas	57

INTRODUCCIÓN

Promover la inclusión del enfoque de género para alcanzar la igualdad y equidad en salud, es actualmente un objetivo común a todos los niveles del sistema de salud.

Aplicar la perspectiva de género en la programación en salud es un reto por el que es necesario incorporar marcos teóricos y enfoques que abarcan el concepto de salud integral, que considera la salud como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Es obligado hablar de factores sociales y de vulnerabilidad psicosocial y cómo esta interviene en la salud. Al mismo tiempo, es necesario tener en cuenta cómo esos factores afectan de forma diferente a hombres y mujeres y, a menudo, generan discriminación, desigualdades e inequidad que repercute directamente sobre el proceso de salud. Estos son los contenidos ineludibles del enfoque de género en salud.

El presente documento trata de proporcionar algunos instrumentos de trabajo para desarrollar las diferentes categorías que componen el enfoque de género para aplicarlo en programas y proyectos de intervención en salud.

Se ha tratado de integrar todas las líneas y corrientes actualmente activas, porque se ha tratado de sumar esfuerzos e incorporar todo aquello que puede ser útil para trabajar por la disminución de la discriminación por sexos, de las desigualdades e inequidades y de los impactos desfavorables en la salud de los modelos sociales de género.

Analizar los estereotipos que, aún hoy, colocan a las mujeres en posiciones de subordinación y desventaja, -como en el mundo laboral o sometidas a las tareas de cuidado, o en situaciones de dependencia-, que suponen un riesgo para la salud, e incluso, a veces, situaciones de alto riesgo para la vida, como es el caso de la violencia de género.

Se repasan las categorías componentes del enfoque de género: morbilidad diferencial, sesgo de género, desigualdades en el estado de salud y en la atención en los servicios y análisis de determinantes psicosociales de género.

Se han ido incluyendo citas de las principales autoras y autores sobre cada tema, la mayoría del ámbito sanitario y del universitario, con la doble intención de respetar las autorías y de dejar recogidas las fuentes y profesionales que están construyendo en España en este momento, un conocimiento sobre este tema que está en ebullición.

Este documento no ha intentado ser un tratado exhaustivo, sino proponer algunas recomendaciones necesarias para la práctica en este momento. El valor añadido que ha pretendido ha sido aportar instrumentos de análisis que se detecta que son más escasos en el trabajo habitual de técnicos y técnicas de salud. Esto es en el análisis de determinantes psicosociales de género, al que se dedica el tercer apartado.

Se han añadido documentos de referencia recomendados, seleccionados pensando en su utilidad para ampliar y profundizar en los conceptos necesarios para aplicar el enfoque de género en programas de salud.

1. ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD

El término **género** se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente¹.

Usar un **enfoque de género** en salud es tener en cuenta que:

- Las personas son siempre mujer u hombre y puede haber **diferencias por sexos** en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios.
- Existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo -construcción de género-, y puede haber diferencias debidas a estas **construcciones de género** en el estado de salud y en la atención sanitaria.
- En la sociedad existe **jerarquía entre los sexos**, siendo aún a veces minusvalorado o discriminado lo femenino y existiendo relaciones de poder entre hombres y mujeres. Son las **relaciones de género**.
- Las posibles diferencias de salud, tanto debidas al sexo, como motivadas por factores y relaciones de género, pueden resultar discriminatorias y ser injustas y evitables. Es decir, pueden ser **desigualdades e inequidades** de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.

En la práctica actual coexisten tres líneas de enfoque de género que caracterizamos en el cuadro 1 según su fundamento, objetivos, métodos utilizados y productos habituales².

CUADRO 1. LÍNEAS DE ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD			
	A. Salud de las mujeres.	B. Desigualdades de género.	C. Determinantes de género.
FUNDAMENTO	Las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica.	La situación social de los sexos es diferente y discriminatoria y conlleva desigualdad e inequidad.	Las actitudes, vivencias y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influenciadas por los determinantes psicosociales de género.
OBJETIVO	Las mujeres. Atender los problemas de salud propios del sexo: reproducción, climaterio...	Los hombres, las mujeres y la discriminación. Alcanzar la igualdad y equidad entre los sexos.	Los hombres, las mujeres y sus relaciones. Transformar las relaciones de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres.
MÉTODO	Identificar necesidades y proporcionar recursos específicos diferenciados para mujeres.	Identificar desigualdades por sexos y visibilizar diferente morbilidad. Tomar medidas socio-políticas-sanitarias para la igualdad y la equidad.	Analizar y modificar los determinantes de género sociales (modelos) y psíquico-subjetivos (roles, actitudes y significados subjetivos).
PRODUCTOS	Programas de atención a problemas de la mujer.	Investigación y atención a morbilidad diferencial y desigualdades de accesibilidad y atención: sesgos de género, con elección de variables con potencial explicativo de género.	Investigación de determinantes y promoción de modelos de intervención colectiva y clínica para cambiar las actitudes determinantes de género.

1.- Organización mundial de la Salud. Política de la OMS en Materia de Género. *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Glosario sobre el género. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>

2.- Velasco, Sara. *Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista*. Material docente del Diploma de especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad, Observatorio de Salud de la Mujer e Instituto de la Mujer. Madrid, 2006. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/programas/salud/teorias%20enfoque%20genero2006.pdf>

1.1- Línea de salud de las mujeres

Se fundamenta en que las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica. Permite visibilizar sus **necesidades por ser mujeres**.

Esta línea suele centrarse en los procesos del ciclo vital de los que proceden las necesidades de atención y la **morbilidad femenina diferencial**³ debida a las diferencias biológicas con los hombres: visibilizar y atender los procesos de salud-enfermedad relacionados con menstruación, reproducción, maternidad, sexualidad, anticoncepción, climaterio...

Se dirige a las necesidades de las mujeres y la finalidad es proporcionarles mayor autonomía y capacidad de elección. Se materializa en medidas positivas y recursos que no tienen por qué ser paralelamente proporcionadas a los hombres. El producto ha sido desde la **década de los 70** los **Programas de Salud de la Mujer**.

Recomendación 1. Mientras que existan necesidades propias de las mujeres, diferentes a las de los hombres, -como atención al parto, o accesibilidad al aborto voluntario, o métodos anticonceptivos, a la salud reproductiva, climaterio o atención a los malos tratos de la pareja, entre otros-, en que las mujeres tienen necesidad de atención específica para promover su salud, autonomía y capacidad de elección, seguirá siendo necesario tomar medidas positivas en la línea de salud de las mujeres.

Ejemplo:

Acción: programar la disponibilidad de métodos de anticoncepción de emergencia.

Finalidad: proporcionar a las mujeres mayor autonomía y posibilidades de realizarse libremente.

Objetivos generales: disminuir los abortos voluntarios y los nacimientos de hijos/as no deseados/as y la maternidad impositiva no elegida.

Objetivo específico: disminuir los embarazos no deseados.

Método: programar la disponibilidad y accesibilidad de las mujeres a la píldora postcoital.

Población diana: las mujeres.

Es una intervención en línea de salud de la mujer porque subyace la intención de atender una necesidad específica de las mujeres, proporcionando recursos para la libre elección de la maternidad y ejercicio libre de la sexualidad separada de la reproducción. De momento no se cuenta con factores de género que puedan intervenir en el proceso.

1.2- Línea de desigualdades de género

Añade a la línea de salud de las mujeres una visión en la que el problema no son sólo sus necesidades específicas, sino la relación jerarquizada entre ambos sexos y discriminatoria de lo femenino.

El problema no son las mujeres, sino las mujeres, los hombres y la discriminación.

Se desarrolla desde los años '90 en España, y parte de que la situación social de mujeres y hombres es diferente y discriminatoria y conlleva desigualdad e inequidad. La finalidad es alcanzar la igualdad y equidad entre los sexos. Los métodos usados son observar y describir la realidad siempre por sexos, identificando las diferencias por sexos; identificando las desigualdades de género, es decir, aquellas diferencias que son innecesarias, injustas, evitables y debidas a condiciones sociales de género⁴⁻⁵.

Se trata de identificar las **desigualdades en el estado de salud**. En primer lugar, la invisibilidad de la **morbilidad diferencial**⁶ por sexos, detectando si se omite la diferente prevalencia y presentación clínica de enfermedades comunes en las mujeres (se produce especialmente en enfermedades autoinmunes, endocrinológicas, músculo-esqueléticas, mentales comunes y dolor crónico). Esto puede generar desigualdades al omitir las necesidades de la morbilidad invisibilizada.

En segundo lugar, identificar **sesgos de género en la atención**, -atención diferente y errónea a cada sexo, con igual sintomatología y diagnóstico y que resulta discriminatoria para un sexo respecto al otro, y que generalmente perjudica a las mujeres⁷⁻. Puede aparecer en la recepción de las demandas en los servicios sanitarios, en el esfuerzo diagnóstico, en el esfuerzo terapéutico y en la investigación; así mismo, el sesgo de género contribuye a producir desigualdades e inequidad⁸.

Tanto la invisibilidad de la morbilidad diferencial como los sesgos de género en la atención son debidos a la influencia de **estereotipos de género activos** en la sociedad y en el medio sanitario.

Se están incorporando así los estereotipos y discriminación de género como potenciales explicaciones de desigualdades y sesgos por sexos.

En el estudio y la atención a las desigualdades de género no se trata ya sólo de los problemas del ciclo vital o salud sexual y reproductiva, sino que afecta a cualquier problema de salud y al sistema de atención. Se asocia cada vez más al de otras variables determinantes de salud, como la edad, la clase social, el nivel educativo, trabajo, etnia y cultura de origen, que forman un poderoso sistema de interrelaciones. Por ejemplo, siempre la pobreza se suma para empeorar los resultados de salud en ambos sexos, pero mucho más acentuado en las mujeres⁹⁻¹⁰.

Recomendación 2. Aplicar la línea de desigualdades en salud proponiendo medidas políticas, sociales y sanitarias para visibilizar y reducir las desigualdades e inequidades de género.

4.- OMS. *Política de OMS en materia de género...* Op.Cit.

5.- Rohfs, Izabella; Borrell, Carme; Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000; 14 (Supl 3): 60-71.

6.- Valls, Carme. Op. Cit., estudia desde los años 90 esta vertiente de la morbilidad diferencial invisible, identificando procesos y cuadros clínicos específicos de las mujeres.

7.- Ruiz, María Teresa; Verdú, María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18(1):118-125.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=pt&nrm=iso

8.- Ruiz, María Teresa. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinantes de la estructura de salud de la Comunidad.

En: Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz (eds). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva; 2001.

9.- Borrell, Carme et al. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* 2004; 18 (supl.1):2-6.

10.- Rohfs, Izabella, Borell Carme, Fonseca, M. *Género, desigualdades y salud pública...* Op. Cit.

Ejemplo:

El **infarto agudo de miocardio (IAM)** es más frecuente en hombres a todas las edades¹¹. Pero la **letalidad** (muerte entre los casos diagnosticados) es el doble en las mujeres (a los 28 días del IAM, 24% en mujeres y 10% en hombres¹²; al año, 26% en mujeres y 14% en hombres)¹³.

¿Esta diferencia es debida al sexo biológico? Si hubiera una causa biológica, como las hormonas femeninas, por ejemplo, que explicara esta mayor letalidad, podríamos decir que sólo es una diferencia por sexos. No se ha encontrado una causalidad biológica que explique suficientemente el hecho. Sin embargo, se ha encontrado que la forma de presentación clínica del IAM en las mujeres es distinta a la de los hombres y es poco conocida y tenida en cuenta, tanto por la población como por sanitarios y sanitarias¹⁴. Es un aspecto de la **morbilidad diferencial**, la presentación de enfermedades comunes de forma diferente en ambos sexos y que tiende a permanecer invisible³. Esto es debido, en parte, a la insuficiente presencia de mujeres en los ensayos clínicos (entre el 20% y el 30%)¹³. Se trata de un **sesgo de género en la investigación** que ha estudiado la enfermedad sólo bajo el patrón masculino.

Por otra parte, influye en la infravaloración de la sintomatología cardiaca en las mujeres el **estereotipo de género** que considera que esta enfermedad es de hombres y que las quejas y dolores de las mujeres son malestares menos graves¹²⁻¹⁴. Todo esto puede estar contribuyendo a posibles retrasos en el diagnóstico, infradiagnóstico e incluso diagnósticos erróneos en los IAM de las mujeres¹⁴. Además se ha encontrado que se realiza menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en las mujeres¹³. Es decir, se está produciendo un **sesgo de género en la atención**, que conduce a **inequidad** en la atención.

Además, se ha evidenciado una demora en recibir tratamiento, porque las mujeres llegan un promedio de una hora más tarde que los hombres a los servicios sanitarios¹², lo cual es determinante para la supervivencia tras un IAM. Así, finalmente vemos que la mayor letalidad es una **desigualdad de género** (injusta, evitable y debida a factores sociales de género, no al sexo), a la que están contribuyendo la **invisibilidad de la morbilidad diferencial** por sexos, el **sesgo de género** en la investigación, el **sesgo de género** en la atención y la **inequidad** de género en la prestación de servicios, todo ello influido por los **estereotipos sociales** de género.

Por todo ello, para reducir la mayor letalidad en las mujeres, y tras aplicar el enfoque de género en el análisis del problema, habría que promover estrategias de cambio de los factores de género detectados.

- 11.- Estos aspectos de las enfermedades cardiovasculares son tratadas, entre otras fuentes, en el Informe de Salud y Género 2005, del Observatorio de Salud de la Mujer; en la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo; en el Estudio sobre Enfermedades Cardiovasculares en España, promovido por la Sociedad Española de Cardiología y el Observatorio de Salud de la Mujer, de los cuales se extrae la información de este ejemplo.
- 12.- Mosquera, Carmen; De la Hera, Jesús; Barriales, Vicente. Grupo de Estudio RIMAS: El infarto ¿Por qué la sobremortalidad en mujeres? *Gac Sanit* 2002; 16(Supl 1): 60.
- 13.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre enfermedades cardiovasculares en España, 2007. Promovido por la Sociedad Española de Cardiología y Observatorio de Salud de las Mujeres.
- 14.- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe Salud y Género 2005*. Observatorio de Salud de la Mujer, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InfomeSaludyGenero2005.pdf>

1.3- Línea de análisis de determinantes de género

Partiendo de que la salud-enfermedad es un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida, se incorpora al enfoque de género el estudio de las actitudes, vivencias y formas de enfermar, consultar y morir que están influidas por los factores psicosociales en general y, entre ellos, los **determinantes psicosociales de género**¹⁵⁻¹⁶. Estos últimos son los modelos y roles sociales de género, construidos por cada sociedad, -lo social-, y las vivencias subjetivas debidas a las identidades masculina y femenina, influidas por los ideales de feminidad y masculinidad, -lo psíquico-¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹.

Así, en esta tercera línea del enfoque de género, que progresa en España a partir del año 2000, el objetivo se centra en **los hombres, las mujeres y sus relaciones**.

El objeto de estudio e intervención son los **modelos sociales** de género, que se reproducen a través de los **roles de género** y los contenidos de las **identidades masculina y femenina**. Son determinantes psicosociales para la salud.

Estamos en el ámbito de los factores de riesgo psicosocial. Pueden definirse como **factores de riesgo diferenciales**²⁰⁻²¹, aquellos que deberían prevenirse o abordarse de forma diferente en mujeres y hombres, y además en la vulnerabilidad de género²², aquellos factores que afectan a uno u otro sexo debido a **procesos determinantes psicosociales** procedentes de los modelos de género.

Puede utilizarse para analizar cualquier proceso de salud y la intervención sobre los determinantes de género encontrados tiene como objetivo **transformar las relaciones de género de poder-subordinación y las posiciones subjetivas** de mujeres y hombres. Necesariamente se trata de influir en los modelos sociales de género.

El análisis de determinantes psicosociales debe cruzarse con las variables sociales de alto impacto sobre el estado de salud y la atención sanitaria: al menos edad, clase social, nivel de estudios, trabajo, etnia, situaciones de discapacidad y diferentes orientaciones sexuales.

Los productos esperables son investigación sobre determinantes psicosociales y promoción de modelos de intervención colectiva socio-sanitaria pensados para modificar las condiciones y modelos sociales de género, y métodos clínicos para modificar actitudes y posiciones subjetivas que mantienen las personas.

Recomendación 3. Considerar y analizar los factores determinantes de género, tanto los debidos a roles de género como los debidos a las identidades masculina y femenina.

Ejemplo:

*Siguiendo con el ejemplo anterior sobre el **infarto agudo de miocardio (IAM)** analizamos uno de los hechos, que es el mayor tiempo de llegada de las mujeres al hospital²³. Además de que las mujeres están influidas por el estereotipo de que el infarto es una enfermedad masculina, **-factor social de género-**, por lo que puede no interpretar sus propios síntomas como cardíacos, interviene un factor psicosocial: por el rol tradicional de género, "las mujeres se preocupan en primer lugar de cuidar de la salud de su*

- 15.- Östlin, Piroška; Sen, Gita. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Institute Karolinska, 2007. Women and Gender Equity Knowledge Network. Disponible en : http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
- 16.- Velasco, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria*. Madrid: Instituto de la Mujer. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>
- 17.- Burin, Mabel. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós; 1991.
- 18.- González de Chávez, María Asunción. *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad; 1999.
- 19.- Bonder, Gloria. *Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente*. 2006 [On Line] <http://piem.colmex.mx/lecturasExamen/lectura4.pdf>
- 20.- Rohlfs, Izabella, Borell Carme, Fonseca, M. *Género, desigualdades y salud pública...* Op. Cit.
- 21.- Valls, Carme. *Mujeres invisibles*, 2006... Op. Cit..
- 22.- Burin, Mabel. *Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables*. En: *Psicoanálisis, estudios feministas y género*. Psicomundo [On line] <http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm>
- 23.- OSM, *Informe de Salud y Género*, 2005... Op. Cit.

familia y en último de la suya propia²⁴, **-factor psicosocial de género-**, atendiendo primero esas tareas de cuidado, aún con los síntomas presentes y decidiéndose a acudir después al hospital.

Para mejorar este indicador disminuyendo la letalidad en las mujeres, habría que intervenir para cambiar el **estereotipo social de género** sobre el IAM que lo interpreta como enfermedad sólo masculina, y además, habría que tender a modificar las **actitudes de las mujeres** sujetas al rol tradicional de género. Serían intervenciones socio-sanitarias sobre determinantes de género, comunitarias y en la clínica.

Ejemplo:

Intervención encaminada a **disminuir los embarazos no deseados**, citado anteriormente en el apartado 1.1, sobre línea de salud de las mujeres. Si añadiéramos un enfoque de género de **análisis de determinantes**, tendríamos que analizar las **actitudes de mujeres y hombres** a la hora de mantener relaciones sexuales con o sin protección y si estas actitudes están motivadas por la sujeción a **roles de género** tradicional o contemporáneo.

La dificultad de una mujer para decir <no> a una práctica de riesgo por temor a perder al hombre, o por no querer proponer el uso del preservativo para no ser tomada por <una cualquiera>; o por parte de él, la necesidad de una sexualidad demostrativa de fortaleza que impide el uso del preservativo, o usar a la mujer como objeto de satisfacción sin tenerla en cuenta. Estos son ejemplos de factores psicosociales determinados por el rol tradicional de género²⁵.

En cuanto al factor psicosocial de género sobre la identidad **femenina y masculina**²⁶, también se puede analizar si interviene en los embarazos no deseados. Por ejemplo, entre otros factores, si la mujer intenta responder al ideal de feminidad, como si esta quedara definida por la realización de la maternidad, sus actos se verán impulsados por un deseo no consciente de ser madre. A menudo, hay momentos del ciclo vital en que una mujer trata de validarse como tal siendo madre, aunque la realidad no sea favorable, comete fallos en el control de la anticoncepción que proceden de este deseo o impulso subjetivo. Esto explica, a veces, los embarazos en cierto modo compulsivos, que acaban en abortos voluntarios de repetición. Este factor es de género, porque está socialmente construido un ideal de feminidad que no se realiza sino a través de la maternidad. Con un cambio de género tradicional, una mujer ideal no sería menos mujer si no fuera madre.

Identificar los **factores psicosociales de género**, ya sea debido a los **roles de género** como a las **identidades masculina y femenina**, permite programar objetivos y métodos para cambiar esos condicionantes, influyendo así en los **determinantes de género para la salud**.

24.- Lefler, Leanne; Bondy, Kathleen. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta synthesis. *J Cardiovascular Nursing* 2004; 19(4): 251-68.
 25.- Velasco, Sara. *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002.
 Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Publicidad%20y%20salud%20de%20las%20mujeres.pdf>
 26.- González de Chávez, María Asunción. *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.

1.4- Enfoque integrado de género en salud

En el momento actual lo idóneo es incorporar los valores y las categorías utilizadas en las tres líneas descritas en los apartados anteriores: línea de salud de las mujeres (1.1), línea de desigualdades de género (1.2) y línea de análisis de determinantes de género (1.3).

En síntesis son:

CUADRO 2. CATEGORÍAS PARA EL ANÁLISIS INTEGRADO DE GÉNERO EN SALUD	
1.1	<p>Diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención sanitaria.</p> <p>Necesidades específicas de las mujeres/Necesidades específicas de los hombres.</p> <p>Necesidades en procesos del ciclo vital para cada sexo.</p> <p>Morbilidad diferencial por sexos.</p>
1.2	<p>Desigualdades de género en el estado de salud.</p> <p>Sesgos de género en la atención.</p> <p>Desigualdades e inequidad de género en el sistema sanitario.</p>
1.3	<p>Análisis de factores de riesgo diferenciales y procesos determinantes biopsicosociales de género:</p> <p>Modelos sociales y roles de género: <i>tradicional,</i> <i>transición,</i> <i>contemporáneo,</i> <i>igualitario.</i></p> <p>Contenidos ideales de identidades masculina y femenina.</p>

Recomendación 4. Incorporar un enfoque integral de género, que incluya todas las categorías del enfoque: morbilidad diferencial, necesidades específicas de salud de las mujeres y hombres, atención a las desigualdades e inequidades de género y análisis de los factores determinantes psicosociales de género.

2. CRITERIOS PARA APLICACIÓN DEL ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO EN PROGRAMACIÓN EN SALUD

CUADRO 3. CRITERIOS PARA APLICAR EL ENFOQUE DE GÉNERO A PROGRAMAS DE SALUD²⁷

Caracterización del problema.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Descripción por sexos. ■ Identificar diferencias por sexos. ■ Identificar morbilidad diferencial por sexos. ■ Identificar necesidades específicas de mujeres y hombres. ■ Identificar desigualdades de género en el estado de salud. ■ Identificar variabilidad en la atención por el sexo de pacientes y sanitarios/as. ■ Identificar sesgos, desigualdades e inequidades en la atención.
Análisis de factores determinantes de género.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Identificar factores determinantes psicosociales de género. ■ Analizar la relación de los estereotipos y determinantes psicosociales de género (según modelos de género tradicional, de transición, contemporáneo...) sobre el problema de salud. ■ Analizar la correlación entre los factores determinantes de género y su distribución por edad, clase social, etnia, cultura...
Elección o prioridad del problema.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Relevancia para las mujeres y para los hombres. ■ Sensibilidad a múltiples categorías de análisis de género. ■ Vulnerabilidad a los determinantes de género.
Definición de objetivos.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cubrir necesidades específicas de hombres y mujeres. ■ Reducir discriminación, desigualdades e inequidades. ■ Influir en el cambio de determinantes psicosociales de género. ■ Potenciar cambios favorables de la estructura social de género. ■ Potenciar la participación de la población.
Métodos de intervención.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Visibilizar a las mujeres como sujetos en el problema. ■ Proporcionar recursos para la equidad. ■ Incluir el contexto socio-cultural y la vivencia subjetiva. ■ Incluir objetivos y métodos para modificar los determinantes de género (las circunstancias sociales de género y actitudes personales de género). ■ Incluir estrategias para activación subjetiva de las mujeres y ruptura de posiciones de subordinación (empoderamiento). ■ Potenciar efectos de cambio social de género favorables. ■ Programar la participación de usuarias/os.
Análisis previo de impacto de género.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Potenciar la corrección de desigualdades e inequidades. ■ Potenciar efectos sobre la estructura y modelos sociales de género. ■ Analizar los impactos potenciales de género según edad, clase social, situación laboral, etnia, cultura, situación de discapacidad y orientación sexual.

27.- Velasco, Sara. *Evolución de los enfoques de género...* Op. Cit.

2.1- Caracterización del problema

2.1.1- Descripción por sexos

Paso previo imprescindible para aplicar algún enfoque de género es contar con datos desagregados por sexos. La unidad mínima de sujeto observado no es la persona, sino hombre o mujer.

Actualmente, la información socio-sanitaria no siempre está desagregada por sexos y esto es una limitación que hay que tender a resolver. Generar esta desagregación, si no existe, puede ser la primera acción a programar.

¿? Preguntas clave

- ¿ Están disponibles los datos desagregados por sexos?
- ¿ Se puede generar esta desagregación?

2.1.2- Identificar diferencias por sexos

Caracterizar todas las diferencias por sexos que se puedan evidenciar. El sexo es una variable para caracterizar el problema, que no se ha de confundir con diferencias de género. El género será después la categoría (no variable) que permitirá explicar las diferencias encontradas por sexos.

¿? Preguntas clave

- ¿ Son diferentes por sexos la incidencia, prevalencia, mortalidad, letalidad?

Ejemplo:

*La prevalencia-año de cualquier **trastorno mental** en España es 8,48, siendo el doble en mujeres (11,44 en mujeres y 5,25 en hombres). Los trastornos del estado del ánimo, 11,47% en población general, son también más del doble en mujeres (15,85% en mujeres, 6,71% en hombres)²⁸. La **ansiedad** es también el doble en mujeres. Sin embargo la **esquizofrenia** más severa es algo más frecuente en hombres, aunque en los grupos de edad más jóvenes el riesgo es mayor en hombres y a partir de los 40 años el riesgo es superior en mujeres. El **consumo excesivo de alcohol** es un 2,4% en población (4,3% en hombres y 0,5% en mujeres)²⁹. En los **trastornos de la alimentación**, la prevalencia de la anorexia nerviosa es de 1-3% en población general y el 90% de los casos son mujeres.*

*Una exhaustiva caracterización del problema, siempre por la **variable sexo**, permitirá después analizar el significado de estas diferencias y las potenciales explicaciones de género.*

2.1.3- Identificar necesidades específicas de mujeres y hombres

Reconocer que la unidad mínima no es la persona, sino un hombre o una mujer, supone visibilizar que pueden tener formas de enfermar propias de las que derivan necesidades específicas sin que queden ocultas bajo un patrón unificado para ambos sexos, que habitualmente ha resultado ser el patrón masculino.

A. Morbilidad diferencial por sexo

Identificar necesidades de atención derivadas de la **morbilidad diferencial** femenina o masculina. Pueden ser distintas enfermedades debidas a las **diferencias biológicas** del aparato reproductor o caracteres sexuales secundarios.

28.- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, 2007.

29.- Ministerio de Sanidad y Consumo. *La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud*, 2005.

¿? Preguntas clave

- ¿ Son enfermedades o procesos que aparecen sólo en las mujeres? ¿ Y sólo en los hombres?
- ¿ Se deben a las diferencias biológicas entre ambos sexos?
- ¿ Las enfermedades o procesos que sólo padecen las mujeres, o bien los hombres, generan necesidades específicas y diferentes de atención?

Ejemplo:

El **cáncer de mama** es una enfermedad casi exclusiva de las mujeres. Es una diferencia debida a la biología y no es una diferencia injusta y evitable, aunque desconocemos por ahora, si su creciente frecuencia tiene algo que ver con formas de vida de las mujeres en nuestra cultura. De momento, visibilizar esta diferencia y aspecto de **morbilidad diferencial femenina** permite identificar necesidades específicas de las mujeres, aunque estas no son debidas a factores de género, es decir, aunque no se trate de desigualdades injustas y evitables.

Ejemplo:

Mayor esfuerzo de detección precoz, atención a los aspectos psicosociales del impacto del diagnóstico y el tratamiento, atención al impacto sobre la autoestima y reconstrucción de la imagen corporal, etc...

El **cáncer de próstata** afecta a los hombres. Es otra diferencia por sexos para valorar necesidades.

También puede tratarse de distinta **vulnerabilidad** biológica por sexos a los mismos factores ambientales y tóxicos.

¿? Preguntas clave

- ¿ Existen factores que afecten o dañen más a las mujeres? ¿ Y a los hombres?
- ¿ Se sabe qué factores biológicos las hacen más vulnerables? ¿ Y a los hombres?
- ¿ Se sabe si en determinado proceso de salud con mayor prevalencia en las mujeres, influyen factores biológicos propios de ellas? ¿ Y en los hombres?
- ¿ Estas diferencias producen necesidades de atención distintas?

Ejemplo:

Las mujeres son más vulnerables a los **factores químicos ambientales**. Biológicamente el organismo de las mujeres, aunque se exponga en igualdad de condiciones que los hombres, es más **vulnerable por diferencias biológicas** de absorción, metabolismo y excreción de tóxicos solubles en las grasas³⁰⁻³¹. Esto produce una morbilidad diferencial por sexos. Determinadas enfermedades endocrinas o la fibromialgia, puede tener un componente de esta mayor sensibilidad femenina a los tóxicos ambientales³²; o la emergente lipodistrofia semicircular, asociada al trabajo en "edificios inteligentes", casi exclusiva de mujeres.

Se deducen necesidades específicas de atención, visibilizar esta morbilidad, desarrollar instrumentos clínicos sensibles a esta especificidad, o medidas socio sanitarias de control de los riesgos específicos.

B. Morbilidad, procesos o necesidades asociadas al ciclo vital

Identificar si el problema de salud está relacionado con los procesos propios de un momento del ciclo vital, ya sea de las mujeres o de los hombres. Se trata de evitar la medicalización y patologización de procesos vitales, por el contrario, abordar y atender las necesidades durante esos procesos para conservar la salud y la calidad de vida.

30.- Valls, Carme. *Mujeres invisibles*, 2006... Op. Cit.

31.- Óstlin, Pirooska et. al. *Gender Inequity in Health*, 2007... Op. Cit.

32.- Valls, Carme. Op. Cit.

Las necesidades de los sexos son diferentes en cada momento del ciclo vital. Así, adolescencia, juventud y adultez sexualmente activa, maternidad/paternidad, madurez y menopausia... requieren **enfoque diferencial de procesos y necesidades**.

¿? Preguntas clave

- ¿ El proceso de salud-enfermedad es debido al momento del ciclo vital?
- ¿ Varía el proceso de salud a lo largo de las etapas del ciclo vital?
- ¿ Qué necesitan las mujeres o los hombres para resolver con salud, autonomía y calidad de vida un proceso determinado del ciclo vital?

Ejemplo:

*El **embarazo, parto y puerperio**, son procesos del ciclo vital de las mujeres. Pueden ser fuente de malestar y enfermedad o pueden ser vivencias ricas para el crecimiento personal. La atención socio-sanitaria a estos procesos debe contemplar las necesidades para que el resultado sea saludable y aumente la calidad de vida de las mujeres e hijos/as. Los procesos depresivos en las mujeres pueden estar asociados a las exigencias de este momento del ciclo vital y desaparecer más adelante. Paralelamente, el proceso de paternidad, también del ciclo vital de los hombres, requiere atenciones específicas y diferentes a las de las mujeres. Son diferentes necesidades ligadas inicialmente al sexo y no al género. Aunque más adelante veremos que se puede hacer también un análisis de factores determinantes de género que los condicionan.*

2.1.4- Identificar desigualdades de género en el estado de salud

Las diferencias encontradas por sexos pueden también deberse a circunstancias sociales discriminatorias para uno u otro sexo, -como **situaciones discriminatorias** para las mujeres en el trabajo, en el reparto del trabajo fuera y dentro de casa; en los roles de género desempeñados por hombres y mujeres (los tradicionales, por ejemplo, que imponen a las mujeres la reclusión en el espacio doméstico, con el aislamiento y dependencia que conlleva; o para los hombres, la demostración de logro y fortaleza con el empuje a los riesgos)-. Son **factores sociales de vulnerabilidad de género**. Si existen este tipo de factores discriminatorios por sexos, que son situaciones injustas y evitables, las diferencias encontradas serán desigualdades de género en el estado de salud.

¿? Preguntas clave

- ¿ Las diferencias en la forma de enfermar encontradas por sexos, son de género?
- ¿ Es debida a situación de desventaja, discriminación o de poder de uno de los sexos sobre otro?
- ¿ Se deben a la forma de vida y a los papeles de género de hombre o mujer?
- ¿ Se pueden cambiar los factores sociales de vulnerabilidad de género?
- ¿ Este cambio contribuiría a mejorar el problema de salud de cada sexo?
- ¿ Cómo se relaciona cada hecho con otras variables como edad, ciclo vital, clase social, nivel educativo, situación laboral, etnia, situación de discapacidad u orientación sexual?

Ejemplo:

*Los **trastornos mentales comunes**, -depresión, ansiedad y somatizaciones-, son el doble de frecuentes en mujeres que en hombres, como se ha caracterizado en el apartado 2.1.2. Ello no parece debido a factores biológicos ligados al sexo, que aunque puedan existir, no justifican el resultado. Por el contrario, influyen factores psicosociales relacionados, en parte, con el papel de género tradicional, que expone a las mujeres a mayores tensiones (el cuidado, aislamiento, dependencia, situaciones de subordinación, falta de proyecto y tiempo propios...) al tiempo que les resta capacidad de acción*

y autonomía para modificar su entorno estresante, además de la exposición a violencia de género...³³ Y en parte, debidos a los modelos de transición de género, por acumulación de roles antiguos y nuevos, con la consecuente sobrecarga psicosocial.

Esta diferencia es injusta y evitable ya que se produce por la sobrecarga psicosocial de género de las mujeres que podría evitarse cambiando las posiciones subordinadas y de sobrecarga -produciendo cambios de género-. Es una **desigualdad en la forma de enfermar** causada por **factores psicosociales de vulnerabilidad de género**.

Ejemplo:

La **salud percibida** es siempre peor para las mujeres a todas las edades y en todos los estratos sociales. No existe justificación biológica para ello, se debe a las condiciones sociales de género en que viven las mujeres y a la percepción y manifestación de sus padecimientos, lo cual está mediatizado por la forma en que están socializadas³⁴⁻³⁵. Es innecesario, injusto y evitable, y desaparecería si se cambiaran esas sujeciones de género, luego es una **desigualdad de género en el estado de salud**.

2.1.5- Sesgos, desigualdades e inequidades de género en la atención sanitaria

A. Identificar variabilidad en la demanda a los servicios sanitarios

Identificar si los hombres y mujeres consultan de forma diferente por el mismo problema en los distintos escalones de los servicios sanitarios. Y si estas diferencias son debidas a actitudes de las mujeres o de los hombres relacionadas con los **modelos de comportamiento de género**.

Ejemplo:

Se sabe que las mujeres acuden más a los **servicios de atención primaria** y los hombres más a los **servicios hospitalarios**. Ello es debido, en parte, a actitudes y valoración de las quejas, síntomas y gravedad. Se debe a la socialización que legitima la tendencia a quejarse y pedir ayuda de las mujeres y, sin embargo, no es propio de los hombres la aparente debilidad hasta que no hay enfermedad grave evidente.

Preguntas clave

- ¿ Están consultando las mujeres y los hombres con la misma frecuencia por el mismo motivo?
- ¿ Presentan sus quejas y síntomas de diferente manera?
- ¿ Consultan el mismo tipo de queja sobre el problema?
- ¿ Lo hacen en el mismo momento de gravedad?
- ¿ Las diferencias en la demanda tienen que ver con modelos y roles de género?

B. Identificar variabilidad en la atención por el sexo de pacientes y sanitarios/as

Del mismo modo, identificar si se aprecian diferencias por sexos en la forma en que sanitarios y sanitarias atienden a los y las pacientes, tanto en el esfuerzo diagnóstico como el terapéutico.

O bien, si se realizan distintos diagnósticos, a igualdad de síntomas, debidos a estigmatización o desvalorización de uno de los sexos. Todo ello es **sesgo de género en la atención**³⁶.

33.- OMS. Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en: www.who.org.

34.- Rolfsh, Isabella, et al. Género, desigualdades y salud pública... Op. Cit.

35.- Borrell, Carme y Benach Joan. Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Mediterranea. Politiques, 48. Barcelona, 2005.

36.- Ruiz, Maria Teresa. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios... Op Cit.

 **Ejemplo:**

En las **enfermedades cardiovasculares** se ha demostrado que se realiza un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres³⁷⁻³⁸. Son **sesgos diagnósticos y terapéuticos de género**. Probablemente se deben a estereotipos de género subyacentes que minusvaloran la veracidad y gravedad de las quejas de las mujeres.

 **Ejemplo:**

Las mujeres padecen **anemia ferropénica** con mucha mayor frecuencia que los hombres. El hecho se invisibiliza mediante un cambio en el parámetro de normalidad en la analítica, informalmente establecido, descendiendo los valores normales para las mujeres a valores que, sin embargo, son sintomáticos para ellas (fatiga, dolor y cortejo sintomático de la anemia). Se invisibiliza así un factor de **morbilidad diferencial**, sesgando el diagnóstico³⁹. El estereotipo activo debe ser el mismo que el anterior, minusvaloración de la queja de las mujeres, minimizar sus dolores y síntomas.

C. Sugerir estereotipos sociales de género

Tratar de identificar qué estereotipos de género son los que subyacen en agentes de salud y en usuarios/as y que motivan las actitudes que desembocan en sesgos diagnósticos y terapéuticos.

Sondear especialmente los posibles estereotipos de carácter desvalorizador de las quejas o de la gravedad de las mujeres, así como de las oportunidades de cambio o curación de uno u otro sexo.

 **Ejemplo:**

Ante el síntoma de **fatiga** se encuentra que las mujeres se quejan más de fatiga que los varones, sin embargo, tienen muchas más posibilidades de resultar diagnosticadas de depresión que ellos, que son más frecuentemente diagnosticados de síndrome de fatiga crónica o no diagnosticados de patología⁴⁰ y, a continuación, es sabido que ante igualdad de síntomas anímicos, se tiende a **prescribir psicofármacos** con mucha más frecuencia a las mujeres⁴¹ medicalizando más la vida de las mujeres. Se interpreta este **sesgo de género en el diagnóstico** como una manifestación de **estereotipos de género** que da más credibilidad a la queja masculina, y menos crédito a las quejas somáticas femeninas, tendiendo a diagnosticar a los hombres (y a los profesionales de clases sociales privilegiadas) de un síndrome de apariencia fisiopatológica, mejor valorado socialmente, o no considerarlos enfermos y, sin embargo, impone un diagnóstico psicopatológico -estigmatizado socialmente- con más facilidad a las mujeres (y a trabajadores/as y clases sociales desfavorecidas)⁴².

Identificar si los sesgos de género sospechados o encontrados están generando inequidades, no proporcionando los mismos servicios o la misma calidad según el sexo.

Así mismo, se podrá identificar si la inequidad está contribuyendo a generar **desigualdades** en los resultados de salud.

 **Preguntas clave...**

- ¿ Se realiza el mismo esfuerzo diagnóstico con pacientes de ambos sexos?
- ¿ Se realiza el mismo esfuerzo terapéutico con pacientes de ambos sexos?
- ¿ Se tiende a dar distintos diagnósticos a ambos sexos, a igualdad de síntomas?

37.- Roig, Eulalia. *Las enfermedades cardiovasculares en mujeres y hombres...* Op. Cit.

38.- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud...* Op. Cit.

39.- Valls, Carme. *Mujeres invisibles...* Op. Cit.

40.- Furhrer, Rebeca. Wessely S. The epidemiology of fatigue and depression: a french primary-care study. *Psychol med* 1995; 25:895-905.

41.- Romo, N.; Meneses, C.; Póo, M.; Gil, E.; Markez, I.; Vega, A. *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas*. Madrid, Instituto de la Mujer, 2006.

42.- Velasco, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar...* Op. Cit.

¿? ... Preguntas clave

- ¿ Las diferencias son debidas a estereotipos de género que invisibilizan o minusvaloran lo que les ocurre a las mujeres?
- ¿ Se aprecian resultados de salud desiguales para ambos sexos debidos a diferente atención?
- ¿ Cómo se relacionan cada hecho con otras variables como edad, clase social, nivel educativo, situación laboral, etnia, situación de discapacidad u orientación sexual?

2.2- Análisis de factores determinantes de género

A continuación, se trata de identificar y analizar los **factores psicosociales determinantes de género** que influyen en la forma de enfermar de hombres y mujeres. Hablamos ahora de la vulnerabilidad debida primariamente a factores de género⁴³. Pueden ser propios sólo de las mujeres, o sólo de los hombres, se trata ahora de condicionantes de las formas de vida de cada sexo. Puede tratarse de hábitos, modelos de conductas, roles, ideales, identidades sexuales, actitudes y formas de relación entre los sexos.

También se deben identificar factores psicosociales protectores.

En el apartado tercero, se desarrollan con más detalle los contenidos de estos determinantes que son el instrumento para ir analizando si condicionan o no un problema concreto de salud.

2.2.1- Analizar determinantes psicosociales de género (según modelos de género tradicional, de transición, contemporáneo...) sobre el problema de salud

Los determinantes se estructuran según:

A. Los modelos sociales de género

Entre otros posibles, los modelos tradicional, de transición, contemporáneo, o igualitario, se reproducen a través de **estereotipos y representaciones sociales** sobre cómo son los hombres o las mujeres y que actúan para producir discriminación y vulnerabilidad en el ámbito del trabajo, en el ámbito educativo, sanitario o cualquier área del contexto social.

Ejemplo:

*Que las mujeres estén **segregadas en el trabajo**, y se tienda a situarlas en tareas parecidas a las tareas domésticas, procede del modelo de género tradicional que se basa en la división sexual del trabajo y la reclusión de las mujeres en el espacio doméstico.*

O que la valoración social del trabajo de una mujer sea menor que la de un hombre y sea peor pagado, procede del modelo en que las mujeres son incapaces y que su trabajo, en todo caso, es complementario al del hombre, ya que el sostenedor de la familia es él, por definición. Todos los factores sociales que desvalorizan, discriminan y tienen potenciales efectos de vulnerabilidad sobre la salud.

B. Los roles de género y las identidades masculina y femenina

A nivel individual, se tratará de analizar las actitudes y comportamientos de las personas que determinan su exposición a **riesgos biopsicosociales y que se deben a estar sujetas a roles de género y valores socialmente contruidos de identidades femeninas o masculinas.**

Ejemplo:

El empuje al riesgo y accidentes o el mayor consumo de tóxicos por los varones, por el modelo de masculinidad tradicional basado en la demostración de fortaleza; o la depresión y dolores músculo-esqueléticos sin causa orgánica, asociados en muchos casos a la pasividad, aislamiento y falta de autonomía de las mujeres, basada en el rol subordinado tradicional⁴⁴.

43.- Östlin, Piroška et. al. *Gender Inequity...* Op. Cit.

44.- Velasco, Sara, et al. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. Experiencia en Murcia. En: *Medicinas y Género. Una Traslación necesaria*. Revista Feminismo/s, Vol 10. Centro de Estudios de la Mujer, Universidad de Alicante, diciembre 2007. Disponible en: <http://www.ua.es/cem/publicaciones/revista.htm#numeros>

¿? Preguntas clave

- ¿Qué factores psicosociales predisponen o favorecen la forma de enfermar o el problema de salud concreto?
- ¿Influyen estereotipos procedentes de modelos sociales de género?
- ¿Influyen en el problema de salud los roles de género?
- ¿Influyen las actitudes de los hombres o de las mujeres por valores de las identidades masculina o femenina?
- ¿Estos roles o actitudes se podrían cambiar?

Ejemplo:

El **cáncer de pulmón** presenta una fuerte diferencia de incidencia por sexos, es mayor en hombres. La causa de esta diferencia puede ser debida a condiciones biológicas del sexo en muy pequeña proporción. Se sabe, sin embargo, que la mayor prevalencia de consumo de tabaco en hombres es el factor biológico de riesgo principal que explica la **diferencia por sexos**.

¿Se puede decir que esta diferencia es también de género? ¿Y hay un factor determinante de género? Si analizamos por qué fuman los hombres y por qué fuman más que las mujeres, vemos que los hombres socializados en un modelo de género tradicional, se han movido en el espacio público en el que el consumo de tabaco, junto con el alcohol, ha sido un acompañante de las relaciones entre hombres y de la toma de decisiones; un signo de masculinidad, casi un atributo asociable al poder. Ha sido un signo de los **valores tradicionales de la masculinidad**⁴⁵. Por ello han fumado y más que las mujeres, para las que sin embargo, el tabaco estaba proscrito en los **signos de feminidad tradicional** y no se usaba en el espacio doméstico. Estos son factores determinantes de género que sustentan el hábito de fumar en unos y no en otras; por eso la diferencia en prevalencia de tabaquismo también es una diferencia de género; y es una **desigualdad de género** porque es evitable e injusta.

Actualmente, la disminución de fumadores coincide, entre otros factores, con la transición a modelos de masculinidad que ya no valorizan este hábito, sino que empiezan a incorporar el cuidado del cuerpo, además de no estar ya tan vigente la necesidad de signos de poder social. Por los mismos cambios en el modelo social de género, aumentan las fumadoras. Las mujeres empiezan a fumar más, sobre todo a mayor edad y clase social privilegiada, debido a la incorporación al ámbito público y a la asunción de signos de independencia y poder que eran privativos de los hombres. Este **análisis de determinantes de género**, permite identificar los modelos que potencian las actitudes y conductas de las personas, para diseñar medidas preventivas sensibles a ello.

Analizar la correlación entre los factores determinantes de género y su distribución por edad, clase social, situación laboral, etnia, cultura

Siempre, simultáneamente es necesario hacer el análisis de la interacción de los determinantes de género con variables sociales determinantes.

¿? Preguntas clave

- ¿Cómo se comportan los factores encontrados según las variables como edad, clase social, nivel educativo, situación laboral, etnia, discapacidad u orientación sexual?

45.- Keijzer, Benno. *Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina*. Disponible en: <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm>

2.3- Elección o prioridad del problema

Si es posible elegir el problema o es necesario priorizar entre distintos procesos de salud-enfermedad para destinar recursos e intervenciones, o valorar la pertinencia de introducir el enfoque de género, serán útiles los siguientes criterios:

2.3.1- Relevancia del problema para las mujeres y los hombres

En función de la magnitud y gravedad la relevancia puede ser diferente para cada uno de los sexos, lo que puede ser relevante para las mujeres, puede no serlo para los hombres.

¿? Preguntas clave

- ¿ El problema de salud es grave o de gran magnitud para las mujeres?
- ¿ Y para los hombres?

Ejemplo:

*Proceso de salud como el síndrome funcional **fibromialgia**. La **prevalencia** estimada oscila entre el 2-3% en población general en España y es el 20% de los diagnósticos en las consultas de reumatología. Tiene una relevancia muy diferente para ambos sexos; hasta el 84% de los casos son mujeres. Es un ejemplo de la importancia de la **morbilidad diferencial**. Su **gravedad** estriba en que merma mucho la calidad de vida de las mujeres que la padecen para las que llega a ser incapacitante y no se conocen terapias curativas. La relevancia es mucho mayor para las mujeres y mínima para los hombres. Priorizar intervención en este problema es priorizar un problema de salud de importancia selectiva para las mujeres. (El ejemplo continúa en la página 29)*

Sensibilidad a múltiples categorías de análisis de género

Un problema de salud puede ser sensible al análisis de unos aspectos de género y no de otros, es decir, pueden evidenciarse distintos grados de sensibilidad a las categorías para realizar análisis de género, como se han sintetizado en el **Cuadro 2**, (pag 15). Puede estar sujeto a uno, varios o ningún aspecto analizable de género. Cuantos más aspectos estén implicados en el problema, mayor sensibilidad tendrá al enfoque de género y más efectos y efectividad tendrá usar este enfoque.

¿? Preguntas clave

- ¿ Qué características de la enfermedad o proceso de salud muestra problemática de género?
- ¿ Hay diferencias por sexos? ¿ Hay desigualdades? ¿ Hay morbilidad diferencial? ¿ Hay sesgos de género en la atención?
- ¿ Influyen roles o modelos de género en la enfermedad?

Ejemplo:

*El **cáncer de colon** muestra pequeñas diferencias de prevalencia por sexos, no se encuentran sesgos de género apreciables en la atención y no parece que existan desigualdades e inequidades de género apreciables. Un análisis de determinantes psicosociales, tampoco encuentra factores de género que puedan influir en el curso de la enfermedad, más allá de ciertos factores relacionados con la dieta. Aunque el análisis de género debe hacerse siempre, y su estudio no está tan avanzado como para asegurar que no se encuentren aspectos de género relevantes que no se conozcan aún, este proceso de salud sería de **baja sensibilidad al enfoque de género**.*

Ejemplo:

Por el contrario, **la depresión** presenta gran diferencia por sexos con prevalencia doble en mujeres y se producen sesgos de género en la atención, tanto por diferentes diagnósticos entre hombres y mujeres con igualdad de síntomas, como sobre-diagnóstico de depresión en mujeres en detrimento de algunas enfermedades orgánicas posibles, así como de patologización de procesos psicosociales que no necesariamente son una depresión. Además se da sobre-prescripción de psicofármacos en mujeres. Todo ello lleva a desigualdad de género en la calidad de los servicios e inequidad. Por último, la depresión está fuertemente determinada por factores psicosociales de género.

Por todo ello, la **sensibilidad de la depresión al enfoque de género es muy alta**.

Vulnerabilidad del problema a los condicionantes de género

El haber hecho previamente una aproximación a los factores bio-psico-sociales que intervienen en la enfermedad permite valorar si el proceso de salud puede ser vulnerable a intervenciones sobre los determinantes de género.

Ejemplo:

Seguimos con el ejemplo de la **fibromialgia** (página 28). Ciertas evidencias de mayor **vulnerabilidad diferencial biológica** a los tóxicos apuntan que intervenciones que visibilicen esta especificidad tendrían efectos. Hay también evidencia de que las formas de vida de las mujeres contemporáneas están influyendo en esta forma de enfermar. La transición en los roles de género, con acumulación de cargas físicas y afectivas (doble jornada, cuidado y trabajo...) y de transición de ideales de feminidad focalizados en el modelo ideal contemporáneo sobre el cuerpo⁴⁶, son **factores psicosociales de género** que intervienen en la producción y mantenimiento de la fibromialgia⁴⁷. Luego este proceso es potencialmente **vulnerable a intervenciones sobre determinantes de género**.

? Preguntas clave

- ¿Es viable actuar sobre desigualdades, actitudes y modelos de género que determinan el problema?
- ¿Reducir las desigualdades mejorará los resultados de salud?
- ¿Los posibles cambios en actitudes de género mejorarían sustancialmente la vulnerabilidad de las personas al problema?

46.- Velasco, Sara. Relación entre el imaginario social y la salud. En: López-Dóriga, Begoña (compl.) *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.

Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Publicidad%20y%20salud%20de%20las%20mujeres.pdf>

47.- González de Chávez, Asunción. Fibromialgia. Estudio reumatológico y descriptivo sobre personalidad y factores psicosociales. *Mujeres y Salud*. 2002; Dossier 10. Disponible en: http://www.matriz.net/mys/mys-10/dossier/doss_10_07.html

2.4- Definición de objetivos

Incluir objetivos relacionados con las categorías del enfoque de género.

- Cubrir necesidades específicas de mujeres y hombres.
- Identificar desigualdades y sesgos de género.
- Reducir discriminación, desigualdades e inequidades.
- Influir en el cambio de determinantes psicosociales de género.
- Potenciar cambios favorables de la estructura social de género.
- Potenciar la participación de la población, respondiendo al valor de búsqueda de la autonomía y empoderamiento.

2.5- Métodos de intervención

En las características de los métodos de intervención se ponen de manifiesto los principios y valores subyacentes del enfoque de género. Estos valores proceden de dos ascendientes conceptuales: el movimiento de salud de las mujeres y el enfoque biopsicosocial de la salud⁴⁸.

El primero, **salud de las mujeres**, se puede sintetizar como modelos de atención con estrategia basada en **empoderamiento** de las mujeres redistribuyendo el poder, reconociendo la experiencia y el saber de la paciente, balanceando la relación con la autoridad profesional a favor de la **autonomía y autoresponsabilidad** de las pacientes⁴⁹. El producto son modelos con los siguientes principios⁵⁰:

- Consideración de la situación personal y social de la paciente.
- Consideración de la identidad de género de la paciente y de los roles de género.
- Trato respetuoso.
- Estimular su autonomía y autorresponsabilidad.
- Evitar la patologización de la vida y la medicalización.

El segundo, es el **enfoque biopsicosocial**⁵¹, que incluye los principios:

- Atención centrada en el o la paciente y no en la enfermedad o el médico o médica.
- Incluye su biografía, el contexto personal y social.
- Clínica de la escucha y el encuentro.
- Búsqueda del significado subjetivo de los síntomas.
- Apoyo en la relación médico/a-paciente.

Además, los modelos y métodos de intervención con enfoque de género deberán estructurarse, para ser capaces de resolver las desigualdades e inequidades; impactar y modificar los modelos sociales y actitudes determinantes de género.

2.5.1- Visibilizar a las mujeres como sujetos del problema

A menudo se visibiliza e interviene sobre aspectos en los que las mujeres son agentes transmisoras de información y cuidados, o vectores transmisores de enfermedad, pero no como sujetos de la enfermedad misma.

Ejemplo:

*Cuando se programan acciones **preventivas para la infección por el VIH/sida**, y se hace sólo para la transmisión vertical, en la que la mujer es un vector, y el sujeto de la enfermedad y la intervención es el hijo o hija. O se propone a las mujeres como agentes de información sobre prevención para sus hijos e hijas; o sobre las mujeres trabajadoras del sexo, sólo como vectores de transmisión a los hombres. O sólo como cuidadoras de un enfermo de sida, su hijo o su pareja. En todos estos casos se está omitiendo a la propia mujer como sujeto de la vulnerabilidad y de la enfermedad.*

2.5.2- Incluir acciones de influencia sobre el contexto socio-cultural y la vivencia subjetiva

Programando acciones sociales y sanitarias que influyan en los factores psicosociales que determinan el problema de salud. Así mismo, en intervenciones hacia las personas, ya sea en grupos o en la clínica individual, aplicar métodos que actúen sobre aquellos factores psicosociales y subjetivos, y no sólo los biomédicos. Es ineludible para el enfoque de género, ya que el género mismo se compone de factores psicosociales⁴⁸.

48.- Velasco, Sara. *Atención Biopsicosocial...* Op. Cit.

49.- Velasco, Sara. Ruiz, M Teresa. Álvarez-Dardet, Carlos. *Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres*. Rev Esp Salud Pública, 2006; 4(80): 317-333.
Disponibile en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17080402.pdf>

50.- Modelo Aletta, de salud de las mujeres explicado en: Brink Muinen, Atie van den. Principles and Practice of Women's Health Care. Womens Health Issues 1998; 8(2):123-130.

51.- Engel George. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Scien 1977;196:129-36.

2.5.3- Incluir métodos de intervención colectiva e individual para modificar los determinantes de género

Tanto las circunstancias sociales de género como las actitudes personales de género.

- Potenciando mensajes y modelos igualitarios de género alternativos al modelo tradicional.
- Potenciando modificación de las actitudes personales de género enfermantas.

2.5.4- Incluir en los métodos estrategias para activación subjetiva de las mujeres y ruptura de posiciones de subordinación (empoderamiento)⁵²⁻⁵³

Una de las situaciones problemáticas de género, de la que proceden la discriminación y desigualdades en la actualidad, es la sujeción al modelo tradicional que mantiene a las mujeres en posiciones de pasividad y subordinación y sin autonomía.

Por esto sigue siendo oportuna la **estrategia de empoderamiento** de las mujeres.

Se recomiendan tácticas:

- Devolución de la palabra a las mujeres.
- Encaminar y potenciar a la paciente a enfrentarse con sus problemas de salud.
- Reconocer al sujeto paciente como el que tiene el conocimiento sobre sus padecimientos, para favorecer su autorresponsabilidad.
- Escucha activa y participación de la o el paciente.
- Empoderamiento.

2.5.5- Prever la participación de usuarias/os

Promover siempre la sociabilidad, tendiendo a que las personas actúen en la sociedad, no siendo objetos pasivos de lo social y a empoderamiento comunitario.

2.5.6- Proporcionar recursos para corregir desigualdades y para la equidad

¿? Preguntas clave

- ¿ El método programado tiene en cuenta si las mujeres son sujetos de la enfermedad, y no sólo cuidadoras o vectores?
- ¿ En la programación comunitaria, se cuenta con temas sobre los aspectos psicosociales y de género que intervienen en el problema?
- ¿ Se tiene en cuenta si los mensajes que se transmiten contienen modelos de género?
- ¿ Se tiene en cuenta si los mensajes de género que se transmiten tienen potencial de cambios favorables de género?
- ¿ Las estrategias dan un lugar activo y participativo a las personas? ¿Y a las mujeres?
- ¿ Los métodos clínicos utilizan la escucha activa del sujeto?
- ¿ Se cuenta con espacio, tiempo y oportunidad para escuchar y desplegar los factores psicosociales?
- ¿ Se cuenta con métodos y mensajes para influir en el cambio de actitudes de género de mujeres y hombres?
- ¿ Se programan las formas de participación?

52.- Östlin, Piroška et. al. *Gender Inequity...* OMS... Op. Cit.

53.- ONU. *Acuerdo del Comité de género de ONU sobre criterios de buenas prácticas para las mujeres y la igualdad del género (IACWGE)*, febrero 1999. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/resources/goodpractices/guideline.html>

2.6- Análisis previo de impacto de género⁵⁴

El análisis de efectos potenciales sobre la estructura social de género, sobre sus modelos y roles y sobre las actitudes de género de las personas, ha de hacerse previamente.

2.6.1- Analizar efectos potenciales sobre la estructura social de género

Se refiere a la estructura que asigna posiciones diferentes a cada sexo y de donde proceden las discriminaciones. Se habrá de buscar influencia sobre un balance positivo de esta estructura, es decir, que tienda a equilibrar las posiciones en cuanto al poder, la presencia social, las posibilidades de intervención en la sociedad misma. Y si las medidas que se toman tienden a perpetuar o no el modelo de género tradicional perpetuando a las mujeres en situaciones de subordinación o exclusión de la vida pública y reforzando el poder de los hombres, o bien tienden a equilibrar esas posiciones⁵⁵⁻⁵⁶.

Ejemplo:

*Si se proporcionan recursos destinados específicamente a las mujeres para que continúen siendo **cuidadoras** de hijos/as y personas dependientes, se tiende a dejarlas fijadas y perpetuarlas en esas funciones asignadas por el rol de género que es un factor psicosocial de alto riesgo de salud⁵⁷⁻⁵⁸. Se está perpetuando la estructura social de género. Del mismo modo, en la atención individual a mujeres, si se envían mensajes de que se adapten y continúen incuestionablemente sus funciones tradicionales, se produce el mismo efecto de perpetuar las actitudes de género de riesgo. Por el contrario, si las acciones y mensajes tienden a facilitar y validar cambios que aumenten su autonomía, el balance de género será positivo.*

2.6.2- Analizar potencial corrección de desigualdades e inequidades

Del mismo modo se analizará si las acciones y recursos tienden a corregir desigualdades, o bien, las profundizan.

2.6.3- Analizar los impactos potenciales de género según edad, clase social, nivel educativo, situación laboral, etnia, cultura, discapacidad y orientación sexual

Una vez más, los impactos pueden ser muy diferentes para las personas y grupos según las demás variables de situación socioeconómica y cultural.

Preguntas clave

- ¿ En qué sentido influyen las acciones del programa sobre los modelos sociales de género?
- ¿ Perpetúan a las mujeres en situaciones de subordinación y exclusión?
- ¿ Y a los hombres en posiciones dominantes o necesitando demostrar fortaleza?
- ¿ Favorecen las acciones y métodos que las mujeres accedan a mayor autonomía, funciones sociales y acceso al trabajo?
- ¿ Favorecen las acciones y métodos que los hombres accedan a tareas de la vida cotidiana y funciones tradicionalmente asignadas a las mujeres?

54.- Instituto de la Mujer. *Informes de impacto de género*. Fundación Mujeres, 2005.
Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Guia%20impacto_%202007.pdf

55.- IM. *Informes de impacto de género...* Op. Cit.

56.- ONU. *Acuerdo del Comité de género de sobre criterios de buenas prácticas...* Op. Cit.

57.- Murillo, Soledad. *Conferencia de Clausura del IV Foro de Salud de las Mujeres*. Madrid, noviembre 2007.

58.- Ministerio de Sanidad. *Informe Salud y Género 2006...* Op. Cit.

3. DETERMINANTES DE GÉNERO SOBRE LA SALUD

Desarrollamos aquí el contenido de la tercera categoría del enfoque de género: el análisis de determinantes psicosociales.

El fin es proporcionar un listado orientativo, no exhaustivo, de **procesos psicosociales de género determinantes de salud** que pueden estar influyendo en la forma de enfermar de hombres y mujeres y en la forma de ser atendidos en los servicios sanitarios. Los llamamos aquí 'procesos' en el sentido en que lo plantea Jaime Breilh (2003)⁵⁹ como modos de vida que producen vulnerabilidad y no factores estáticos.

Pueden determinar a dos niveles:

- Fundamentando **estereotipos sociales** sobre la forma de funcionar de hombres y mujeres.

Ejemplo:

*El estereotipo de que las mujeres se quejan demasiado porque son más débiles afectivamente y probablemente no están realmente enfermas, procede del modelo tradicional de género. Es el estereotipo social que subyace en la tendencia en los servicios sanitarios a dar menos importancia a los síntomas de las mujeres y produciendo **sesgos en el esfuerzo diagnóstico**.*

- Generando **actitudes y vivencias individuales** que aumentan la vulnerabilidad.

Ejemplo:

*El proceso determinante de responder al ideal de feminidad depositado en un cuerpo delgado e inerte (modelo contemporáneo de género) aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes con la identidad en formación, favoreciendo **trastornos de la alimentación**.*

Estos procesos son un instrumento de análisis porque tienen potencial explicativo de las diferencias por sexos en los estados de salud y son generadores de estereotipos que inducen sesgos de género en la atención. Por ello pueden constituir indicadores cualitativos para seguir investigando su influencia sobre el estado de salud.

Modelos de género

Se identifican al menos 4 modelos de género vigentes en la sociedad occidental contemporánea.

- **Modelo tradicional.**
- **Modelo de transición.**
- **Modelo contemporáneo.**
- **Modelo igualitario.**

En los siguientes **cuadros**⁶⁰ se esquematizan los contenidos estructurales de cada modelo y los procesos determinantes de género. Por una parte los procesos debidos a los roles de género y que determinan riesgo para la salud; y por otra parte, los procesos subjetivos que conllevan conflictos en la vivencia de las identidades masculina y femenina de cada modelo y que también conllevan riesgo para la salud.

59.- Breilh, Jaime. *Epidemiología crítica*. Buenos Aires: Lugar, 2003.

60.- Velasco, Sara. *Atención Biopsicosocial...* 2006. Op. Cit., Velasco. *Relaciones de género y subjetividad...* 2002 Op. Cit. Factores y procesos compilados y ampliados a partir de numerosas autoras de estudios de género, entre otras, Annandale 1990, Burin 1990, Gisjbers 1996, Malterud 1998, Stewart 1996, Tubert 1999, Delgado 2001, González de Chávez, 2001.

3.1- Modelo de género tradicional.

Contexto social y determinantes

Organización social que precisa división sexual del trabajo y se apoya en el sistema de relaciones de género patriarcal, basado en relaciones jerarquizadas y de poder/subordinación de hombre a mujer. Plenamente vigente hasta finales del siglo XIX en el mundo occidental y con presencia social aún en las generaciones más mayores. En España, por ejemplo, las mujeres entre los 50 y 64 años son amas de casa el 67,3% (*Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del siglo XXI; CIS, 2006*), lo cual es indicador directo de familia de modelo tradicional.

Motivo de la unión hombre/mujer: constituir el núcleo social básico: la familia.

Estructura del núcleo familiar: compuesta por hombre y mujer e hijos/as. Basada en relaciones de parentesco jerarquizadas, división sexual del trabajo. **Hombre:** sujeto hegemónico de la historia. **Relación de poder/subordinación entre hombre y mujer.** La familia es depositaria de la propiedad y de su transmisión. **Contrato matrimonial de permanencia y exclusividad.** Prescripciones morales de comportamiento para mantener esa estructura.

Ideal resultante de feminidad y masculinidad: Dicotómico para responder a papeles distintos en el contrato matrimonial. **Relación de sujeto (hombre) a objeto (mujer).**

Masculinidad: poder, propiedad, potencia. **Realización personal mediante ser cabeza de familia.**

Feminidad: subordinación, entrega, pasividad. **Realización:** maternidad.

	Procesos psicosociales de riesgo por rol de género	Procesos subjetivos de riesgo por conflictos en ideal de feminidad
MUJERES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Subordinación/Dependencia/Falta de autonomía. ■ Carencias por relación asimétrica de pareja. <ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de comunicación íntima. ■ Ausencia de cuidados y devoción amorosa. ■ Abusos y malos tratos. ■ Reclusión en espacio doméstico. ■ Trabajo de ama de casa: <ul style="list-style-type: none"> ■ Aislamiento con falta de estímulos, pasividad, trabajo repetitivo, invisible, desvalorizado y no remunerado. ■ Incomunicación, falta de relaciones y apoyo social. ■ Sobrecarga de cuidadora como única vía de realización: <ul style="list-style-type: none"> ■ Sobrecarga física y emocional. ■ Abuso emocional por familiares. ■ Rol de soporte para todos. ■ Impacto de los conflictos de las personas a su cargo. ■ Enfermedades de la pareja y otros. ■ Consumo de tóxicos de su pareja y otros. ■ Enfermedades o problemas de hijos/as. ■ Falta de proyecto y realización propios. ■ Falta de tiempo propio y autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mantener posiciones pasivas y objetales: <ul style="list-style-type: none"> ■ Dependencia. ■ Temor a perder al hombre. ■ Resignación. ■ Exposición a abusos. ■ Sexualidad activa proscrita en la definición de feminidad moral tradicional. ■ Sentimiento de obligación de cuidar. ■ Frustración y duelo por ruptura o abandono de pareja. ■ Dificultades con el ideal maternal (infertilidad o embarazos conflictivos). ■ Conflicto con el ideal de “buena madre”: hijos/as con enfermedad o marginados. ■ Periodos de ciclo vital que redefinen la feminidad (adolescencia, maternidad, menopausia, histerectomía, mastectomía...)
HOMBRES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Empuje al riesgo como demostración de fortaleza. ■ Actos de demostración de invulnerabilidad (riesgos físicos y consumo de tóxicos). ■ Dificultades con el rol de sostenedor de la familia. ■ Quiebras de la relación de propiedad de la mujer. ■ Pérdidas del rol de dominio. ■ Intolerancia al abandono de la mujer. ■ Recurso a la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ruptura o abandono de la pareja. ■ Conflicto con ideal de “buen padre”: hijos/as con enfermedad o marginados. ■ Dificultad para responder al ideal de potencia y omnipresente respuesta sexual. ■ Periodos del ciclo vital que redefinen la masculinidad (adolescencia, paternidad, pérdidas físicas, envejecimiento...)

3.2- Modelo de género de transición.

Contexto social y determinantes

Avanza desde principios del siglo XX y se produce por la salida de las mujeres del lugar de subordinación y su acceso a la educación, al trabajo y el ámbito público. Lo viven mujeres y hombres innovadores que han de transgredir el modelo de género tradicional en el que han sido socializados. Por ello, se trata de un cambio no acabado en el que hombres y mujeres han modificado el modelo social pero conservan valores tradicionales en la esfera íntima.

El núcleo social mínimo es la pareja. Motivo de la unión entre dos personas: amor y crear una familia no jerarquizada.
Estructura del núcleo familiar: dos personas de cualquier sexo, hijos/as son proyecto en común. Estructura no permanente con formas de convivencia cambiantes. Basada en relaciones de parentesco, amor y apoyo mutuo. Trabajo remunerado de ambos, trabajo doméstico desigualmente repartido. Hombre o mujer sin relación de poder/subordinación pero dependencia mutua para apoyo socioeconómico y afectivo. Familia depositaria de la propiedad y de su transmisión, con acuerdo matrimonial o de hecho de permanencia y exclusividad. Las prescripciones morales se adaptan al mantenimiento de los papeles múltiples esperados.
Ideal resultante de feminidad y masculinidad: Igualitario en derechos y poder. Dicotómico en la esfera de la intimidad. Lo femenino (sea de un hombre o una mujer en parejas homo) mantiene valores íntimos tradicionales de entrega, sostén de la vida cotidiana, afectiva y el cuidado. Realización: proyecto público y de trabajo propio, mantener pareja satisfactoria, maternidad cuidadora. Masculinidad en transición conservando valores íntimos tradicionales: Actividad, capacidad, superioridad relativa sobre la mujer. Realización personal mediante proyecto público y de trabajo propio, mantener pareja satisfactoria, paternidad nominal y de responsabilidad social.

	Procesos psicosociales de riesgo por rol de género	Procesos subjetivos de riesgo por conflictos en ideal de feminidad
MUJERES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuadros de sobrecarga por acumulación de roles antiguos y nuevos: <ul style="list-style-type: none"> ■ Doble jornada laboral (dentro y fuera de casa). ■ Triple jornada (dentro y fuera de casa y cuidado de dependientes). ■ Cuidado de dos o más hijos pequeños. ■ "Supermujer", "abuela esclava"... ■ Carga monoparental en soledad. ■ Frustración del proyecto personal de trabajo. ■ Infravaloración y segregación en el trabajo remunerado frente al masculino. ■ Acoso laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transgresión de roles familiares y de feminidad esperados en mujeres innovadoras. ■ Conflictos de pareja por redistribución del poder o posiciones de privilegio de los hombres. ■ Frustraciones y duelo por ruptura o abandono de pareja. ■ Dificultades de compatibilidad con el ideal maternal (desacuerdos sobre el deseo con la pareja, infertilidad...). ■ Conflicto con el ideal de "buena madre": hijos/as con enfermedad o marginados. ■ Periodos de ciclo vital que redefinen la feminidad (adolescencia, maternidad, menopausia, histerectomía, mastectomía...)
HOMBRES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contradicciones de la innovación y de descapitalización o posiciones de privilegio de los hombres. ■ Acceso a los roles tradicionalmente femeninos. ■ Roles de nuevos cuidados y compartidos cuestionados o mal vistos por el entorno. ■ Pérdida de contacto y cotidianidad con hijos e hijas por separación. ■ Carga monoparental en soledad. ■ Desvalorización en el trabajo. ■ Acoso laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nostalgia del rol de dominio y privilegios tradicionales masculinos. ■ Desconcierto ante confrontación con ideales de masculinidad de los nuevos modelos. ■ Conflictos de pareja por redistribución del poder, de la autonomía y de las funciones. ■ Conflicto con ideal de "buen padre": hijos/as con enfermedad o marginados. ■ Dificultad para responder al ideal de potencia y omnipresente respuesta sexual. ■ Periodos del ciclo vital que redefinen la masculinidad (adolescencia, paternidad, pérdidas físicas, envejecimiento...)

3.3- Modelo de género contemporáneo.

Contexto social y determinantes

El núcleo social mínimo es el individuo. Motivo de la unión: el amor en pareja, compartir proyectos de vida. Facilitar los proyectos individuales mediante alianza de recursos. Sexualidad fácilmente asegurada.

Estructura de la pareja: compuesta por dos personas de cualquier sexo y en diversas modalidades de convivencia. Basada en relaciones no jerarquizadas, poder atomizado. Hijos/as son proyectos individuales sumables y pueden circular fuera de la pareja. No hay sexo hegemónico, son relaciones igualitarias. Prescripciones morales de libertad individual. Depositarios de la propiedad y de su transmisión: los individuos. Sin contrato de permanencia y exclusividad.

Ideal de masculinidad y feminidad: No dicotómico. Relación de sujeto a sujeto.

Masculinidad y feminidad con los mismos atributos ideales: actividad, seguridad, brillantez intelectual, comprensión, receptividad-actividad sexual, capacidad paternal/maternal.

Realización: proyectos vitales propios, profesionales, amorosos, paternos/maternos. Modelo corporal dicotómico.

	Procesos psicosociales de riesgo por rol de género	Procesos subjetivos de riesgo por conflictos en ideal de feminidad
MUJERES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Competitividad entre ambos por el ideal de éxito personal y social. ■ El diferente desarrollo personal produce rivalidad y distanciamiento. ■ Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja. ■ La caída de interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo. ■ Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción. ■ Periodos largos en la vida de soledad y búsqueda. ■ Conflictos, desistimiento de encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ideal de feminidad focalizado en el cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> ■ Modelo de cuerpo delgado, lujoso, etéreo, seductor, sexy, inánime, fantástico, inexistente, extravagante. ■ Insatisfacción con el propio cuerpo. ■ Restricción dietética, empuje al consumo, compulsión a cirugía remodeladora. ■ Ideal de eterna juventud. ■ Desorientación sobre significado y requerimientos del amor. ■ Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas. ■ Falta de realización de maternidad por asincronía del deseo con las parejas o por competencia con proyecto individual.
HOMBRES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Competitividad entre ambos por el ideal de éxito personal y social. ■ El diferente desarrollo personal produce rivalidad y distanciamiento. ■ Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja. ■ La caída de interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo. ■ Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción. ■ Periodos largos en la vida de soledad y búsqueda. ■ Conflictos, desistimiento de encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ideal de masculinidad focalizado en el cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> ■ Modelo de cuerpo fuerte, lujoso, acción, magnetismo, seductor, sexy, potencia sexual. ■ Insatisfacción con el propio cuerpo. ■ Vigorexia, empuje al consumo, cirugía remodeladora. ■ Ideal de eterna juventud. ■ Desorientación sobre el significado y requerimientos del amor. ■ Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas. ■ Falta de realización de paternidad por asincronía del deseo con las parejas o por competencia con proyecto individual. ■ Sobre-exigencia de satisfacción sexual.

La segunda mitad del siglo XX y s. XXI ha evolucionado de la sociedad productiva a la sociedad de consumo. Esta organización socioeconómica tiene su objetivo central en la producción y consumo de los bienes materiales, y se estabiliza a base de dar un lugar preferencial a los intereses individuales. Conlleva el desplazamiento de los valores e ideales sociales hacia la realización individual a través del éxito personal y social, cuyos indicadores principales

son la capacidad de consumo de bienes materiales y el confort. El cuerpo llega al primer plano representando al individuo y, por tanto, su imagen ha de reflejar los signos del éxito, la belleza y el disfrute.

En este contexto, las parejas se unen para cooperar en ambos proyectos individuales, por lo que el valor de la libertad individual y la satisfacción están por encima de la permanencia de la relación. El amor es el horizonte ideal de la unión, aunque la sexualidad es el trazador del éxito de la relación. Los círculos de amigos/as funcionan como la familia en cuanto a apoyo logístico y afectivo y tienden a ser más estables que las parejas.

3.1.3- Analizar qué factores asociados psicosociales de género determinan el proceso de salud

Habrá que interrogarse sobre si el problema de salud en cuestión tiene relación con algunos de los anteriores factores psicosociales de género. La investigación sobre este tema está aún poco desarrollada, por lo que es necesario generar las incógnitas y exploración de estos determinantes.

Qué proceso psicosocial determina la enfermedad. Puede ser que el mismo trastorno o enfermedad, esté asociado a distinto proceso psicosocial de género en cada sexo.

Ejemplo:

*El infarto agudo de miocardio. Podemos ver ahora otra categoría del análisis de género sobre este problema que ya se ha ejemplificado anteriormente. (Ahora, tratando de analizar qué factores psicosociales de género determinantes se asocian a la aparición de un IAM en mujeres. Si el estereotipo de la enfermedad coronaria apunta a una enfermedad masculina, asociada a profesionales, a la competitividad por el éxito y el estrés laboral, no es este el perfil psicosocial de las mujeres con IAM. En un estudio realizado por Débora Tajer⁶¹ en mujeres de 35 a 55 años con cardiopatía isquémica, internadas por episodio coronario agudo (infarto de miocardio o angina inestable), y de clase social media baja-baja y media alta-alta, se encontró que **las mujeres de clase media baja-baja** son mujeres que responden a **patrones tradicionales de género**, “no son exitosas, no trabajan fuera del hogar en tareas competitivas (...) pero están sobre-exigidas por un ascenso social de clase (son inmigradas del campo al medio urbano) y de género (pasar de familia extensa y precaria en su generación anterior, a familia nuclear con mayor educación para sus hijos, en su medio actual) (...) y este ascenso social esperado tiene dificultades ya que, en este grupo de mujeres, había gran proporción de maridos desempleados lo cual les plantea sentimientos de decepción por estar en pareja con maridos ‘venidos a menos’. (...) frustrando su ideal que se apoya en los logros del marido.”*

*Las mujeres afectadas, de **clase social media alta y alta**, muestran otro perfil de género. “No están en pareja actualmente, salvo una, todas son sostenedoras del hogar solas. (...) En algunos casos han ganado o ganan más que el marido. También percibidas como ‘supermujeres’ con valores de hiperproductividad, exigencia y polifuncionalidad (...) la soledad actúa como facilitador de sobrecarga. (...) Ubican como desencadenante del episodio coronario agudo el estar inmersas en un ritmo de vida muy acelerado con dificultad para articular áreas, no sólo por la cantidad de tareas sino por personalidad perfeccionista y omnipotente.”*

*“Cuando las mujeres de ambos grupos sociales refieren situaciones específicas de exigencia o traumáticas que tendrían relación con el acontecimiento mórbido, sólo dos le dan más peso a situaciones laborales y la mayoría lo asocia a **situaciones relativas a la conyugalidad, enfermedad grave o situaciones en la relación madre-hija**, sean ellas como hijas o como madres”. (Tajer, 2004). Son áreas relacionadas con la construcción de realizaciones de género a través de las relaciones, los afectos y la maternidad.*

61.- Tajer, Débora. *Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes*. VII Jornadas de actualización del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 2004.
Disponible en: <http://agendadelasmujeres.com.ar/notadesplegada.php?id=791>

Ejemplo:

Estar y sentirse obligadas a cuidar es un imperativo del rol de género tradicional, incorporado además como ideal de feminidad ("mujer buena"). Soportar la sobrecarga física y afectiva del cuidado, es un factor determinante de género de primer orden para las **alteraciones mentales comunes**, (dolor y somatizaciones de prevalencia creciente entre las mujeres⁶²⁻⁶³⁻⁶⁴). Sin embargo, a los hombres los procesos que les enferman de los mismos cuadros son distintos. Los factores psicosociales de género asociados en los hombres son los conflictos de pareja (asociados a pérdidas del rol dominante, abandono de la mujer...), los duelos y los conflictos en el trabajo, en los que la vulnerabilidad procede del menoscabo de los valores de la masculinidad tradicional.

3.3.2- Analizar si existe vulnerabilidad diferencial por sexos para el mismo factor psicosocial

Hombres y mujeres pueden tener distinta vulnerabilidad a los mismos factores psicosociales, debido también a determinantes de género. Es debido a que los modelos y roles de género condicionan un impacto y significado distinto de las mismas experiencias o procesos sociales.

Qué vulnerabilidad tiene cada sexo al mismo factor psicosocial, por distinto significado de género.

Ejemplo:

Tener **2 o más hijos pequeños**, es un factor de riesgo para la salud de las mujeres, sin embargo, no es un factor de riesgo para los hombres. Esto es debido a la diferencia en las cargas y el significado de la **maternidad y la paternidad**. Debido al mantenimiento del modelo tradicional, se descarga sobre las mujeres la responsabilidad del trabajo doméstico y del cuidado y la responsabilidad del resultado de la crianza de hijos e hijas. Esto conlleva tanto sobre esfuerzo físico y emocional, como la muy delicada amenaza de culpabilidad si a los niños o niñas les pasa algo o su educación no resulta bien. Estas cargas y significado no recaen sobre los hombres social e internamente sujetos a modelo tradicional, ya que al estar exentos del cuidado y trabajo doméstico y siendo su paternidad nominal y social, les permite inhibirse del cuidado y sus consecuencias. Por la misma construcción de género, el significado de los hijos en el ideal de masculinidad y feminidad es también distinto; si bien para las mujeres, los hijos formarían parte de su integridad, para los hombres no llegan a un significado tan interno. En consecuencia, lo que les ocurre a los hijos/as no tiene el mismo impacto en la salud. Estos factores pueden explicar determinados impactos en la salud y diferentes por sexos. Así, las madres y padres que pierden un hijo/a muestran un incremento de un 40% las posibilidades de morir en los 18 años siguientes a la muerte del hijo o hija, posibilidades que se multiplican por 4 en los 3 años siguientes, y estas posibilidades son mucho mayores⁶⁵ en las madres que en los padres.

O el muy conocido hecho de que el **matrimonio es un factor de riesgo** de salud para las mujeres, mientras que es un factor protector para los hombres. Y es debido a las funciones y roles de género tradicionales y de transición, que determinan que los hombres reciban en el matrimonio apoyo logístico y afectivo, reconocimiento social, cuidados y potencie sus posibilidades de trabajar y proyectarse socialmente, todos ellos procesos protectores de salud, mientras que las mujeres no reciben la misma devolución amorosa y de cuidados, es una fuente de sobrecarga de trabajo y un obstáculo para trabajar y para su proyección social.

62.- Velasco, Sara, et al. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. Experiencia en Murcia. En: *Medicinas y Género. Una Traslación necesaria*. Revista Feminismo/s, Vol 10. Centro de Estudios de la Mujer, Universidad de Alicante, 2007.

Disponible en: <http://www.ua.es/cem/publicaciones/revista.htm#numeros>

63.- OMS. *Informe Género y Salud Mental...* Op.Cit.

64.- Burin, Mabel. *El malestar de las mujeres...* Op.Cit.

65.- Li, Jiong; Olsen, Jorgen. Mortality in parents after death of a child. *Lancet* 2003, Volumen 361:1748.

3.4- Modelo de género igualitario: factor protector

Es el modelo horizonte tanto de las generaciones adultas como de las más jóvenes, aunque son estas últimas las que van acercándose más, en la medida en que han sido socializadas ya en modelo no tradicional. Se trata de relaciones comprometidas entre los sexos en pie de igualdad social e íntima.

En cuanto a determinantes de género, posiblemente la pareja igualitaria, que puede incluir personas de cualquier sexo y orientación sexual, sea el **modelo protector de género**, ya que el riesgo de género procede, en última instancia, de las relaciones de poder, de las relaciones que objetalizan a uno de ambos y de las contradicciones entre los ideales sociales y los personales.

Por el momento, no podemos identificar factores o procesos de riesgo de género en este modelo. Sin embargo, las personas que viven o podrían vivir este modelo, podrán seguir estando expuestas a otros factores psicosociales como la soledad, las pérdidas, desarraigo, exclusión social y factores socioeconómicos, nivel de estudios, situación laboral, etnia y cultura de origen, todos ellos factores psicosociales de riesgo para la salud.

3.5- Factores protectores de género

El modelo igualitario es el horizonte que contiene los factores protectores.

Para las mujeres

- Alcanzar posiciones subjetivas activas.
- Autonomía e independencia.
- Proyectos y realizaciones propias (empoderamiento individual).
- Sociabilizarse, creando red de encuentro y apoyo social (empoderamiento comunitario)⁶⁶.
- No ser víctima pasiva de las circunstancias y de los modelos sociales.
- Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.
- Resolver las sobrecargas compartiendo y conciliando, no apoyando todo el proyecto vital en el cuidado de los otros.

Para los hombres

- No ser víctima de las circunstancias y de los modelos sociales.
- Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.
- Abandonar posiciones subjetivas de propiedad sobre la mujer.
- Abandonar posiciones demostrativas de fortaleza.
- Acceder a esferas personal y social de encuentro igualitario (empoderamiento comunitario).
- Compartir, conciliar y acceder a la esfera de cuidados y sostén de la vida.

¿? Preguntas clave

¿Qué procesos psicosociales predisponen o favorecen la forma de enfermar o el problema de salud concreto?

¿A las mujeres y los hombres les afectan procesos distintos para enfermar?

¿Son procesos procedentes del modelo tradicional de género? ¿Y del modelo de transición?

¿Y del modelo contemporáneo?

¿Existe un factor psicosocial que afecta más a mujeres que a hombres? ¿Y más a hombres que a mujeres?

¿Les afectan a hombres y mujeres distintos factores según edad, ciclo vital, clase social, situación laboral, etnia, orientación sexual...?

66.- Östlin, Piroška et al. *Gender Inequity in Health...* Op. Cit.

3.6- Determinantes socioeconómicos y el trabajo

Los factores socioeconómicos de riesgo para la salud, y especialmente el trabajo, merecen una consideración especial dentro del enfoque de género.

El trabajo es una de las áreas críticas más poderosamente determinantes, junto con la clase social, donde la discriminación y los estereotipos de género potencian desigualdades y vulnerabilidad que perjudican la salud y calidad de vida de las mujeres, aunque también de los hombres.

El modelo tradicional de división sexual del trabajo (trabajo reproductivo recluido en el espacio doméstico para las mujeres y productivo remunerado para los hombres) sigue regenerándose en el mundo laboral y afectando negativamente la posición social de las mujeres, resultando inequidades que repercuten en desigualdades y riesgos para la salud⁶⁷.

El estereotipo social que desvaloriza a las mujeres y lo que ellas hacen, así como su presencia y función en la vida pública y laboral, genera “desiguales estándares de contratación, desiguales oportunidades de entrenamiento y formación, menor salario a igual trabajo, desigual acceso a los recursos productivos, segregación y concentración de las mujeres en sectores y ocupaciones tradicionalmente femeninos, diferentes condiciones de trabajo físicas y mentales, desigual participación en las decisiones, menor control y desigual promoción”⁶⁸.

Los riesgos físicos de salud en el lugar de trabajo, son distintos para mujeres y hombres. Los accidentes y las víctimas mortales son más frecuentes en ellos, porque los tipos de trabajo y el entorno son peligrosos. Y se exponen más que las mujeres a ruidos, vibraciones, temperaturas extremas y levantamiento de pesos pesados. Sin embargo, los riesgos de salud de las mujeres en el trabajo, proceden más de altas demandas y poco control, con movimientos repetitivos y posturas forzadas y con intensa exposición cara al público. Para ellas, el cansancio, estrés y problemas músculo-esqueléticos son más frecuentes⁶⁹.

Factores sociales como migraciones, marginación y exclusión social, la clase social, el nivel educativo situación laboral, etnia y cultura de origen

Son también procesos de vulnerabilidad, que no son específicos de género. Pero es necesario siempre analizar su intersección con los determinantes de género anteriores.

Por una parte, los determinantes de género pueden explicar diferencias de resultados de salud por clase social o nivel educativo.

Ejemplo:

El **consumo de tabaco** se está incrementando en el grupo de mujeres de clase social privilegiada⁷⁰. En el grupo de edad de 45 a 64, el porcentaje de mujeres fumadoras pasó del 10% en 1993 al 19% en 2003, además de que en este grupo de edad, la prevalencia de grandes fumadoras se dobló, pasó de 3,7% a 7,4%⁷¹. Se puede explicar por los determinantes de género contemporáneos, ya que responden a la trasgresión del modelo de feminidad tradicional y acceso a esferas públicas y de poder y fumar es un signo asociado a esos ámbitos.

Ejemplo:

La **depresión** es más prevalente en mujeres y lo es más en clases sociales más desfavorecidas. Las mujeres de estas clases sociales y menor nivel educativo⁷², viven sobre todo bajo determinantes de género

67.- Östlin, Piroška et al. *Gender Inequity in Health...* Op. Cit.

68.- Op. Cit.

69.- Op. Cit.

70.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer. *Informe Salud y Género 2005*.

71.- Ministerio de Sanidad y Consumo. *La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud*. Indicadores de Salud, 2005.

72.- Rodríguez-Sanz, Maica; Carrillo, Paloma; Borrell, Carme. *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC. AA. 1993-2003*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer y del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf

tradicional, -pasividad, dependencia económica y afectiva, ausencia de proyecto propio, trabajo de ama de casa, cuidado sin recursos económicos para delegar estas funciones y cargas-, son potentes determinantes de depresión.

Sistemáticamente, cuando los factores socioeconómicos son desfavorables profundizan las desigualdades desfavorables para las mujeres⁷³.

Ejemplo:

*“Las mujeres andaluzas declaran **peor salud percibida, peor salud mental y mayor frecuentación para visitas médicas** que los hombres en las Encuestas Andaluzas de Salud (ESA) de 1999 y 2003. Respecto a variables socio-estructurales, los hombres ocupan mejores posiciones sociales en nivel de estudios, trabajo remunerado y clase social ocupacional. Más de la mitad de las mujeres se identificaron como amas de casa, mientras que no encontramos ningún varón en esta categoría en ESA-1999 y sólo 3 en ESA-2003. En cuanto a los roles reproductivos, las mujeres se encargan en mayor medida del trabajo doméstico y del cuidado informal. Ellas viven solas en mayor porcentaje y perciben con mayor frecuencia un apoyo social deficiente.”⁷⁴*

*Para ambos sexos, el apoyo social deficiente se asocia a **peor salud**, pero es en las mujeres de clase social menos privilegiada donde este efecto es de mayor magnitud⁷⁵, debido al efecto del rol tradicional entre ellas.*

73.- Rohifs, Izabella et. al. *Género, desigualdades y salud pública...* Op. Cit.

74.- Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. *La salud y la desigualdad social y de género en Andalucía. Primer informe 2007.* Disponible en: www.fadsp.org/pdf/resumen_parcial_INDESAN.doc

75.- Rodríguez-Sanz, Maica et al. *Desigualdades sociales en la salud...* Op. Cit.

4. ESTRATEGIA DEL LENGUAJE

Utilizar un lenguaje que visibilice a las mujeres y no queden ocultas bajo el genérico masculino, es una estrategia para avanzar hacia la igualdad entre hombres y mujeres.

Las palabras generan en quien las escucha o lee representaciones mentales y representaciones sociales. Si las palabras son siempre en masculino, las mujeres tienden a no estar presentes en las representaciones.

Por eso, evitar un lenguaje androcéntrico -“discurso androcéntrico es aquel que por sistema no nombra a las mujeres” (Garí, 2006)⁷⁶, o sexista -“presenta una imagen descalificadora o desvalorizadora de las mujeres o de lo que las mujeres hacen”- (Garí, 2006), favorece el cambio de representaciones sociales hacia la igualdad y la equidad.

“Las nuevas formas de uso se extenderán a futuras generaciones expresando nuevas realidades sociales que se reflejarán en su discurso y que serán, a su vez, una manifestación de cambio socio-cultural”

Aitana Garí Pérez.

Recomendación 5. Utilizar recursos lingüísticos para nombrar igualitariamente a las mujeres y los hombres, evitando un lenguaje androcéntrico o sexista.

76.- Garí, Aitana: *Hablamos de salud. Lenguaje sanitario con perspectiva de género*. Instituto de la Mujer, 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hablamosDeSalud.pdf>

Anexo I: Preguntas clave

Anexo I.- PREGUNTAS CLAVE

A lo largo de las presentes recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud se han presentado una serie de **preguntas clave** que repetimos a continuación, indicando el apartado en que se plantean.

Apartado 2.- Criterios para la aplicación del enfoque integrado de género en programación en salud

2.1- Caracterización del problema

- ¿ Están disponibles los datos desagregados por sexos?
- ¿ Se puede generar esta desagregación?
- ¿ Son diferentes por sexos la incidencia, prevalencia, mortalidad, letalidad?
- ¿ Son enfermedades o procesos que aparecen sólo en las mujeres? ¿ Y sólo en los hombres?
- ¿ Se deben a las diferencias biológicas entre ambos sexos?
- ¿ Las enfermedades o procesos que sólo padecen las mujeres, o bien los hombres, generan necesidades específicas y diferentes de atención?
- ¿ Existen factores que afecten o dañen más a las mujeres? ¿ Y a los hombres?
- ¿ Se sabe qué factores biológicos las hacen más vulnerables? ¿ Y a los hombres?
- ¿ Se sabe si en determinado proceso de salud con mayor prevalencia en las mujeres, influyen factores biológicos propios de ellas? ¿ Y en los hombres?
- ¿ Estas diferencias producen necesidades de atención distintas?
- ¿ El proceso de salud-enfermedad es debido al momento del ciclo vital?
- ¿ Varía el proceso de salud a lo largo de las etapas del ciclo vital?
- ¿ Qué necesitan las mujeres o los hombres para resolver con salud, autonomía y calidad de vida un proceso determinado del ciclo vital?
- ¿ Las diferencias en la forma de enfermar encontradas por sexos, son de género?
- ¿ Es debida a situación de desventaja, discriminación o de poder de uno de los sexos sobre otro?
- ¿ Se deben a la forma de vida y los papeles de género de hombre o mujer?
- ¿ Se pueden cambiar los factores sociales de vulnerabilidad de género?
- ¿ Este cambio contribuiría a mejorar el problema de salud de cada sexo?
- ¿ Cómo se relaciona cada hecho con otras variables como edad, ciclo vital, clase social, nivel educativo, situación laboral, etnia, situación de discapacidad u orientación sexual?
- ¿ Están consultando las mujeres y los hombres con la misma frecuencia por el mismo motivo?
- ¿ Presentan sus quejas y síntomas de diferente manera?
- ¿ Consultan el mismo tipo de queja sobre el problema?
- ¿ Lo hacen en el mismo momento de gravedad?
- ¿ Las diferencias en la demanda tienen que ver con modelos y roles de género?
- ¿ Se realiza el mismo esfuerzo diagnóstico con pacientes de ambos sexos?
- ¿ Se realiza el mismo esfuerzo terapéutico con pacientes de ambos sexos?
- ¿ Se tiende a dar distintos diagnósticos a ambos sexos, a igualdad de síntomas?
- ¿ Las diferencias son debidas a estereotipos de género que invisibilizan o minusvaloran lo que les ocurre a las mujeres?
- ¿ Se aprecian resultados de salud desiguales para ambos sexos debidos a diferente atención?
- ¿ Cómo se relacionan cada hecho con otras variables como edad, clase social, nivel educativo, situación laboral, etnia, situación de discapacidad u orientación sexual?

2.2- Análisis de factores determinantes de género

- ¿Qué factores psicosociales predisponen o favorecen la forma de enfermar o el problema de salud concreto?
- ¿Influyen estereotipos procedentes de modelos sociales de género?
- ¿Influyen en el problema de salud los roles de género?
- ¿Influyen las actitudes de los hombres o de las mujeres por valores de las identidades masculina o femenina?
- ¿Estos roles o actitudes se podrían cambiar?
- ¿Cómo se comportan los factores encontrados según las variables como edad, clase social, nivel educativo, situación laboral, etnia, discapacidad u orientación sexual?

2.3- Elección o prioridad del problema

- ¿ El problema de salud es grave o de gran magnitud para las mujeres?
- ¿ Y para los hombres?
- ¿ Qué características de la enfermedad o proceso de salud muestra problemática de género?
- ¿ Hay diferencias por sexos? ¿ Hay desigualdades? ¿ Hay morbilidad diferencial? ¿ Hay sesgos de género en la atención?
- ¿ Influyen roles o modelos de género en la enfermedad?
- ¿Es viable actuar sobre desigualdades, actitudes y modelos de género que determinan el problema?
- ¿Reducir las desigualdades mejorará los resultados de salud?
- ¿Los posibles cambios en actitudes de género mejorarían sustancialmente la vulnerabilidad de las personas al problema?

2.5- Métodos de intervención

- ¿ El método programado tiene en cuenta si las mujeres son sujetos de la enfermedad, y no sólo cuidadoras o vectores?
- ¿ En la programación comunitaria, se cuenta con temas sobre los aspectos psicosociales y de género que intervienen en el problema?
- ¿ Se tiene en cuenta si los mensajes que se transmiten contienen modelos de género?
- ¿ Se tiene en cuenta si los mensajes de género que se transmiten tienen potencial de cambios favorables de género?
- ¿ Las estrategias dan un lugar activo y participativo a las personas? ¿Y a las mujeres?
- ¿ Los métodos clínicos utilizan la escucha activa del sujeto?
- ¿ Se cuenta con espacio, tiempo y oportunidad para escuchar y desplegar los factores psicosociales?
- ¿ Se cuenta con métodos y mensajes para influir en el cambio de actitudes de género de mujeres y hombres?
- ¿ Se programan las formas de participación?

2.6- Análisis previo de impacto de género

- ¿ En qué sentido influyen las acciones del programa sobre los modelos sociales de género?
- ¿ Perpetúan a las mujeres en situaciones de subordinación y exclusión?
- ¿ Y a los hombres en posiciones dominantes o necesitando demostrar fortaleza?
- ¿ Favorecen las acciones y métodos que las mujeres accedan a mayor autonomía, funciones sociales y acceso al trabajo?
- ¿ Favorecen las acciones y métodos que los hombres accedan a tareas de la vida cotidiana y funciones tradicionalmente asignadas a las mujeres?

Apartado 3.- Determinantes de género sobre la salud

3.5- Factores protectores de género

¿Qué procesos psicosociales predisponen o favorecen la forma de enfermar o el problema de salud concreto?

¿A las mujeres y los hombres les afectan procesos distintos para enfermar?

¿Son procesos procedentes del modelo tradicional de género? ¿Y del modelo de transición?

¿Y del modelo contemporáneo?

¿Existe un factor psicosocial que afecta más a mujeres que a hombres? ¿Y más a hombres que a mujeres?

¿Les afectan a hombres y mujeres distintos factores según edad, ciclo vital, clase social, situación laboral, etnia, orientación sexual...?

Anexo II: Documentos y guías recomendadas

Anexo II.- DOCUMENTOS Y GUÍAS RECOMENDADAS

Estrategias y transversalidad de género

Instituto de la Mujer. *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa 2001*. Madrid, 2002.

Misterio de Sanidad y Consumo. *La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar. Declaración de Madrid 2001*. Organización Mundial de la Salud.

Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf>

Organización Mundial de la Salud. *Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración Provisional 2006*.

Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. *Política de la OMS en Materia de Género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*.

Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>

Organización Mundial de la Salud. *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO, mayo 2007*.

Disponible en: http://www.euro.who.int/document/gem/final_strat_sep07.pdf

European Commission. *Manual for gender mainstreaming social inclusion and social protection policies*. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG.

Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/manual_mainstreaming_gender_guidance_en.pdf

Consejo de Europa. *Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the inclusion of gender differences in health policy (Adopted by the Committee of Ministers on 30 January 2008 at the 1016th meeting of the Ministers' Deputies)*.

Disponible en: [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec\(2008\)1&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec(2008)1&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75)

Guías sobre aplicación del enfoque de género

Instituto de la Mujer. *Informes de impacto de género. Guía de aplicación práctica para la elaboración de informes de impacto de género de las disposiciones normativas que elabore el gobierno de acuerdo a la Ley 30/2003*. Elaborado por Fundación Mujeres, 2005.

Disponible en: <http://www.mtas.es/igualdad/Documentos/guiaimpacto.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) Unidad Género, Etnia y Salud. *Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud*. Washington, 2004.

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/indicadoresbasicos.pdf>

World Health Organization. *European strategy for child and adolescent health and development. Gender tool. 2007*.

Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EuroStratGendertool.pdf>

World Health Organization. *Gender analysis in health. A review of selected tools, 2002*.

Disponible en: <http://www.who.int/gender/documents/en/Gender.analysis.pdf>

Informes de salud y género

Lasheras, M^a Luisa, Pires, Marisa, Rodríguez, M^a del Mar. *Género y salud*. Likadi. Instituto Andaluz de la Mujer, 2004.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer. *Informe Salud y Género 2005*.

Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2005.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer. *Informe Salud y Género 2006*.

Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludyGenero2006.pdf>

Instituto de la Mujer. *Mujeres y Hombres en España 2007*.

Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/mujeres_hombres_%2007.pdf

Engendering epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, Diciembre 2007, (Volume 61) Suplemento 2.

Disponible en: http://jech.bmj.com/content/vol61/Suppl_2/

Informe SESPAS 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit vol.18*, supl.1, Barcelona mayo2004.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=0213-911120040004&script=sci_issuetoc

Desigualdades de género en salud

Altés, Anna; Ferrando, Joseph; Mendivil, Joan; Borrell, Carme. *Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas*. Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/DesigualdadesGenero_y_clase_SS.pdf

Artazcoz, Lucía et al. (2004): Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gac Sanit*, 18 (Supl.2):1-2.

Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000800001&lng=pt

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. *La salud y la desigualdad social y de género en Andalucía. Primer informe 2007*.

Disponible en: www.fadsp.org/pdf/resumen_parcial_INDESAN.doc

Borrell, Carme y Benach Joan. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Mediterranea*. Politiques, 48. Barcelona, 2005.

Rodríguez-Sanz, Maica; Carrillo, Paloma; Borrell, Carme. *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC. AA. 1993-2003*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer y del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf

Rohlf, Izabella, Borell, Carme, Fonseca, M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000; 14 (Supl 3): 60-71.

Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13062243>

Ruiz, María Teresa; Verdú, María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18(1):118-125.

Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700019&lng=es&nrm=iso

Determinantes de género en salud

Burin, Mabel. *Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables*. En: *Psicoanálisis, estudios feministas y género*. Psicomundo.

[On line] <http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm>

Burin, Mabel. *Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1998.

Esteban, Mari Luz. El género como categoría analítica. En: Miqueo, Consuelo. Tomás, Concepción. Tejero, Carmen. Barral, María José. Fernández, Teresa. Yago, Teresa. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, 2001.

González de Chávez, María Asunción. *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad; 1999.

Östlin, Pirooska; Sen, Gita. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Institute Karolinska, 2007. Women and Gender Equity Knowledge Network.

Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

Valls, Carme. *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo; 2006.

Velasco, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria*. Madrid: Instituto de la Mujer. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.

Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>

Velasco, Sara, et al. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. Experiencia en Murcia. En: *Medicinas y Género. Una Traslación necesaria*. Revista Feminismo/s, Vol 10. Centro de Estudios de la Mujer, Universidad de Alicante, diciembre 2007.

Disponible en: <http://www.ua.es/cem/publicaciones/revista.htm#numeros>

Lenguaje:

Garí, Aitana: *Hablamos de salud. Lenguaje sanitario con perspectiva de género*. Instituto de la Mujer, 2006.

Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hablamosDeSalud.pdf>