

**Actas de las  
Jornadas Andaluzas  
Mujeres y Salud**

Mirando la *Salud*  
desde una perspectiva  
de *Género*



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

# Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Mirando la *Salud*  
desde una perspectiva  
de *Género*

*Málaga, 29 y 30 de Mayo 2006*

Instituto Andaluz de la Mujer  
Consejería para la Igualdad y Bienestar Social

© y Edición: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social

Diseño y maquetación: Leglez Publicidad, S.L.

Diseño portada: Pepa Robles. Estudio gráfico

Imprime:

Depósito legal:

ISBN: 978-84-690-3900-7

# ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| PRESENTACIÓN.....  | 7   |
| <b>PONENCIA</b>  |     |
| INFORME DE SALUD DE LAS MUJERES EN ANDALUCÍA. AVANCE DE RESULTADOS .....   | 11  |
| <i>Josefa Ruiz Fernández</i>   |     |
| <b>MESA REDONDA</b>  |     |
| DESIGUALDADES DE GÉNERO Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.....   | 35  |
| DIFERENCIAS QUE GENERAN DESIGUALDADES.<br>LAS INVISIBILIDADES EN LA SALUD DE LAS MUJERES.....  | 37  |
| <i>Izabella Rohlf's Barbosa</i>  |     |
| CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL GÉNERO Y SU IMPACTO EN LA SALUD.....   | 43  |
| <i>Carmen Mozo González</i>  |     |
| INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE SALUD.....   | 50  |
| <i>Begoña López-Dóriga Alonso</i>  |     |
| <b>PONENCIA</b>  |     |
| SALUD Y GÉNERO EN ESPAÑA. OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES.....  | 55  |
| <i>Concha Colomer Revuelta</i>   |     |
| <b>MESA REDONDA</b>  |     |
| MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES .....  | 59  |
| EL DERECHO DE LAS MUJERES A CONOCER, DECIDIR Y SER PROTAGONISTAS DE SU SALUD .....   | 61  |
| <i>Carme Valls Llobet</i>  |     |
| TERAPIA HORMONAL.....  | 66  |
| <i>Carme Valls Llobet</i>  |     |
| LA MEDICALIZACIÓN DEL PARTO. LA CESÁREA.....   | 73  |
| <i>Enriqueta Barranco Castillo</i>   |     |
| <b>MESA REDONDA</b>  |     |
| SESGO DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN.....   | 85  |
| SESGO DE GÉNERO EN LOS ESTUDIOS SOBRE MEDICAMENTOS EN LAS MUJERES .....  | 87  |
| <i>Isabel Ruiz Pérez</i>   |     |
| IMPACTO DEL TRABAJO "REPRODUCTIVO" SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES.....  | 93  |
| <i>M<sup>o</sup> Del Mar García Calvente</i>   |     |
| LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LAS MUJERES.<br>DE LA ENFERMEDAD A LA SUBORDINACIÓN.....                         | 103 |
| <i>Ana Távora Rivero</i>   |     |
| <b>MESA REDONDA</b>  |     |
| LA SALUD DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS .....   | 113 |
| LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD PÚBLICA .....  | 115 |
| <i>Miguel Lorente Acosta</i>   |     |
| ¿CÓMO SE PUEDE COLABORAR DESDE LOS CENTROS DE SALUD EN LA PREVENCIÓN,<br>DETECCIÓN Y ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA? ..... | 123 |
| <i>Pilar Blanco Prieto</i>   |     |

# 01

## PRESENTACIÓN

**SOLEDAD RUIZ SEGUÍN**

*Directora del Instituto Andaluz de la Mujer*

El Instituto Andaluz de la Mujer, desde sus inicios, ha tenido como una de sus líneas prioritarias de trabajo mejorar la información y el conocimiento sobre la Salud de las Mujeres, por ello ha sido una constante en su programación incorporar aquellas actividades dirigidas a la prevención y la promoción de la salud de las mujeres.

Así, en el marco de la celebración del día 28 de mayo, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, organizamos estas Jornadas cuyo objetivo principal fue incorporar una mirada de género sobre la salud que permita hacernos visibles a las mujeres en nuestros ciclos de vida y en nuestras diferencias.

La reflexión y el debate de estas Jornadas se centró fundamentalmente en cuatro bloques temáticos diferenciados: las desigualdades de género y sus consecuencias para la salud, la medicalización de la salud de las mujeres, el sesgo que ha tenido el género en la investigación y, por último, la salud de las mujeres víctimas de los malos tratos, puesto que pensamos que también es un problema de salud pública.

Asimismo, se hizo hincapié sobre la necesidad de contar con sistemas de información adecuados, indicadores bien formulados y fiables que permitan abordar el análisis de género en las políticas e intervenciones sociales en materia de salud. Parece evidente que enunciar y trabajar con unos indicadores de género relacionados con la salud es fundamental para avanzar en el diseño, seguimiento y evaluación de unas políticas públicas que corrijan los desequilibrios en materia de salud.

Igualmente, es preciso formar a las y los profesionales del sistema sanitario para que tomen en consideración los problemas específicos de género e incorporen una práctica médica que responda de modo integral a las necesidades de salud de las mujeres.

Un desarrollo humano sostenible e igualitario implica productividad equitativa, ambiente sano, con posibilidades para trabajar dignamente, tener una sexualidad satisfactoria, descansar, gozar de bienestar, en fin, vivir con calidad y sin violencia.

Estoy segura de que estas Jornadas, cuyas actas presentamos, han contribuido al debate profesional y social sobre las desigualdades de género relacionadas con la salud y nos permitirán seguir avanzando para lograr que las medidas orientadas a mejorar la salud de las mujeres ocupen el importante lugar que les corresponde en el camino hacia la igualdad efectiva.

# 02

## INFORME DE SALUD DE LAS MUJERES EN ANDALUCÍA. AVANCE DE RESULTADOS

**JOSEFA RUIZ FERNÁNDEZ**

*Directora General de Salud Pública y Participación*

La intervención de hoy tiene dos partes, en una primera parte quiero presentaros cómo, desde la Consejería de Salud, dentro de los programas que estamos desarrollando se introduce el enfoque o la mirada de género y luego unas breves pinceladas de cuál es la situación de salud de las mujeres en Andalucía. Como ha ido comentando la Directora del Instituto en su exposición, tenemos muchas actividades e intervenciones que estamos realizando conjuntamente, pero debido a la coincidencia de las fechas, la exposición de lo que estamos haciendo desde la Consejería de Salud junto con otras consejerías en relación al género, lo vamos a hacer en la jornada que hay en la Escuela Andaluza de Salud Pública esta semana; con lo cual permitidme que solamente os cuente "el qué" y que "el cómo" lo dejemos para final de la semana. No obstante, creo que si voy rápida, posiblemente, tengamos un espacio para el debate, así que, si tenéis alguna pregunta, y sé contestarla, me pongo a vuestra disposición.

Antes de comenzar con la intervención me gustaría dejar patente una reflexión que, posiblemente, sea una obviedad, pero que quiero aclararla y es que *no todas las diferencias suponen iniquidades*, es decir, una iniquidad aparece cuando una diferencia se convierte en sistemática en un grupo de población y, además, eso incide en la igualdad de oportunidades que tiene ese grupo de personas o ese grupo de población.

Entonces, ya que no debemos confundir las diferencias con las iniquidades, es importante destacar que para intervenir en las iniquidades, el tener claras cuáles son las diferencias y tenerlas en cuenta a la hora de intervenir es un estándar de calidad de la intervención y eso sí que es un matiz que va a atravesar la presentación que os voy a exponer. Por ello, me gustaría dejarlo claro, porque algunas veces los propios sanitarios y las propias sanitarias nos confundimos a la hora de realizar esa valoración.

En primer lugar quiero exponeros desde el Tercer Plan Andaluz de Salud cómo se ha incorporado el enfoque de género. Hoy no lo voy a presentar pero hay un trabajo muy bonito de Rosana Peiró, donde hace una evaluación del enfoque de género y la desigualdad en cada uno de los planes de salud que hay en el resto de comunidades.

De las cuatro metas que tiene el Tercer Plan Andaluz de Salud de Andalucía, una de ellas, la segunda, está directamente relacionada con el enfoque y la mirada de género desde el punto de vista de las desigualdades; esta meta nos pone como reto en este período de vigencia hasta el 2008, la reducción de las desigualdades desde el punto de vista del acceso a los servicios y en función del género.

Además el Plan Andaluz de Salud consta de seis ejes sobre los que giran cada uno de los objetivos, actividades y estrategias que se desarrollan en el mismo. De estos seis ejes: la intersectorialidad, la participación, la acción local, la reorientación de los servicios y/o trabajar en promoción, prevención y

educación para la salud; el quinto es el enfoque de género. Recuerdo que cuando se estaba diseñando el Tercer Plan Andaluz de Salud yo participé en un foro en el que hubo un debate intenso e importante para decidir si el Plan de Salud tenía un apartado concreto y específico de género, o era un eje que cruzaba todo el Plan de Salud y cada una de las estrategias e intervenciones; y yo, que entonces no estaba en este puesto ni mucho menos, estaba en la dirección de un distrito, fui una de las personas que defendí que tenía que ser un eje transversal si queríamos conseguir algo, algo en la medida en fuéramos capaces de integrar la mirada de género en cada una de las cosas que realizábamos para poderla visualizar.

Luego, desde el punto de vista del análisis que se hace en el Plan y los factores determinantes que inciden en la salud de los ciudadanos y de las ciudadanas, uno de los factores que se tienen en cuenta en el análisis de las desigualdades es el del doble enfoque.

Como veis hay diez líneas prioritarias y treinta objetivos y de ellos veinte tienen expresión directa sobre el género; es decir, que según el análisis comparado que hace Rosana Peiró, el Tercer Plan Andaluz de Salud se diferencia conjuntamente con el vasco y con el catalán por el enfoque de género que tiene. Y tiene algo que no tiene ninguno de otras comunidades, y ahí está la bibliografía y podéis referiros a ella, sin que parezca una actitud triunfalista, y es que tiene un apartado específico del abordaje de las cuidadoras desde el punto de vista de la salud, y eso es un aspecto diferenciador de este plan con relación a los demás.

Este planteamiento en el Tercer Plan Andaluz de Salud no es un planteamiento aislado, sino que se enmarca dentro de las políticas del *mainstreaming* y dentro de las estrategias de salud para Europa, se están desarrollando por la Junta de Andalucía. En este ámbito, la Ley de Salud de Andalucía también tiene mandatos imperativos con relación al planteamiento de salud que se establece en el Tercer Plan Andaluz de Salud y al que acompañan otros instrumentos con los que estamos trabajando: los planes integrales. Los planes integrales representan un modelo de atención diferenciado para abordar, desde el sistema sanitario, los problemas de salud más prevalentes, y esto es muy importante ya que, como luego veréis, tenemos distintos planes integrales en los que la mirada de género, con mucha variabilidad, va desde la promoción y la prevención de la enfermedad, pasando por el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, hasta el abordaje de la participación ciudadana con una identificación de las desigualdades en Andalucía; es decir, con una doble mirada.

Y ¿cuáles son las herramientas? Las dos herramientas que utilizamos en la Consejería de Salud para concretar en acción en salud cada una de las intervenciones que diseñamos, cuando queremos que esa concreción se realice a través de los servicios sanitarios son, de un lado el contrato-programa que pactan todos los años y firman la Consejería de Salud y los centros proveedores de servicios (SAS) por el que se pretende incorporar la perspectiva de género en todos los protocolos, programas, planes integrales, procesos asistenciales y cualquier intervención de salud; pero también en los aspectos de formación, sistemas de registro y sistemas de evaluación. Ésa es la parte de intervención de acción en salud que utilizamos para que los servicios cumplan los objetivos de salud que contempla el Plan.

Y por otro lado, todas y todos los presentes sabéis que la acción de salud de los servicios de salud sobre el estado de salud de las personas es muy limitada; es decir, que para conseguir mejoras en los

niveles de salud hace falta la intervención de todos los sectores implicados. Hay estudios muy antiguos que hablan de que los servicios sanitarios solo tienen una incidencia de un 11% - 12% en la mejora de la salud. Pues bien, para conseguir esta otra parte de acción intersectorial en salud tenemos otra herramienta que es la provincialización.

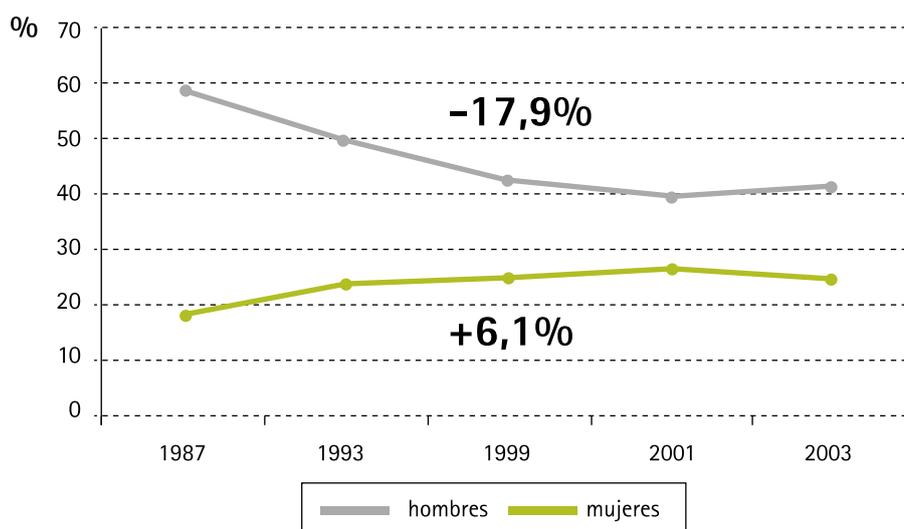
El año pasado, a partir de un análisis previo del plan de salud provincial, empezamos a trabajar con nuestras delegaciones provinciales en la selección de 8 a 10 problemas y prioridades en salud en ese nivel y sobre su incidencia específica en cuanto a objetivos, metas, seguimiento y sistemas de evaluación. De las 8 provincias, 5 han planteado un abordaje priorizado del planteamiento de género y de la mujer en su provincialización. Esto llevará posteriormente, y estamos trabajando en ello (todavía no está concretado en muchos sitios), a un pacto local a nivel del territorio, para implantar y desarrollar ese objetivo.

Me parece importante haber hecho este primer encuadre de cómo nos movemos con el enfoque de género desde la Consejería de Salud.

Ahora lo que voy a hacer es centrarme en algunas de las diez líneas que vimos en el Tercer Plan de Salud, refiriéndome a alguno de los problemas que tienen una diferenciación de género importante a la hora del análisis, solamente desde el punto de vista del análisis y no de la intervención. Voy a empezar por el tabaquismo: aquí veis una gráfica donde se muestra la evolución del consumo de tabaco en Andalucía.

En Andalucía el consumo de tabaco está un poco por debajo de la media estatal y en los últimos diez años hemos disminuido el consumo diario de tabaco en 4 ó 5 puntos (Figura 1).

**FIG. 1: EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN ANDALUCÍA (1987 - 2003)**



FUENTE: Encuesta Nacional de Salud (años 1987, 1993, 2001) Encuesta Andaluza de Salud (años 1999, 2003).

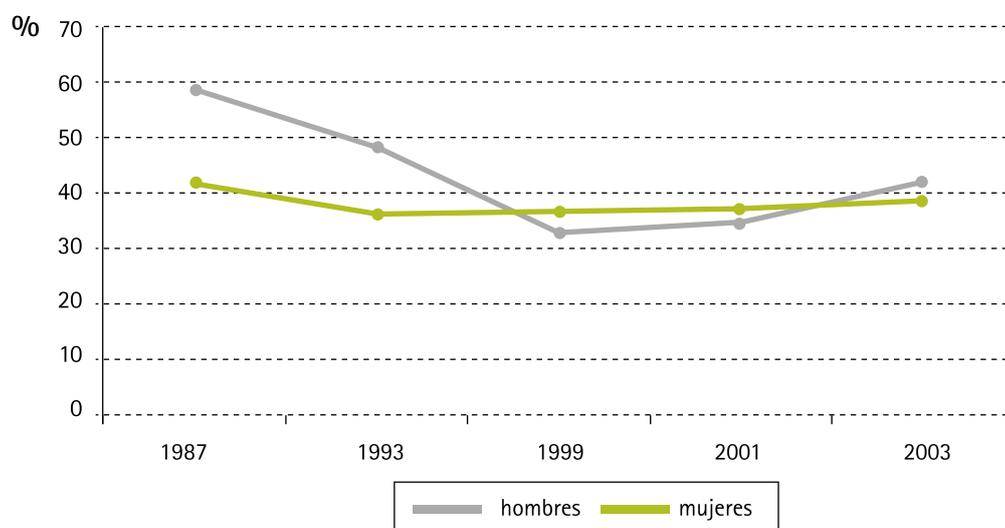
ELABORACIÓN: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Como veis ahí desde el año 1987 al año 2003 el consumo de tabaco en los hombres adultos (mayores de 16 años), ha ido disminuyendo paulatinamente: la gráfica es hacia abajo y ha disminuido un 17,9%;

sin embargo en las mujeres el consumo de tabaco ha aumentado un 6,1% y sigue en ascenso en las edades más tempranas.

Esta otra gráfica lo que muestra es la evolución de la tasa de inicio en el consumo de tabaco. Ahí veis cómo en los chicos de 12, 13, 14, 15 y 16 años, ha ido disminuyendo la tasa, aunque hay un poquito de repunte en los últimos años, pero está disminuyendo, y también cómo en las chicas va aumentando (Figura 2).

**FIG. 2: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE INICIO AL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACION JOVEN (16-24 años) DE ANDALUCÍA (1987 - 2003)**



FUENTE: Encuesta Nacional de Salud (años 1987, 1993, 2001) Encuesta Andaluza de Salud (años 1999, 2003).

ELABORACIÓN: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Es decir, según estos datos el consumo de tabaco en los chicos de hasta 16 años ha disminuido en un 10% mientras que en las chicas hasta los 16 años, en los últimos diez años, ha aumentado exactamente un 10%, y esa tendencia sigue en ascenso.

Aquí veis otro elemento muy importante, es decir: nos iniciamos en mayor número y nos iniciamos un poco antes, perdón, en mayor número, no antes que los chicos pero sí en mayor número; pero, además, en los hombres el porcentaje de éxito y la evolución de abandono están aumentando y en las mujeres la tasa de abandono es menor, significa que se está afianzando el hábito (Figura 3).

Ésta es otra pantalla dramática, el consumo de tabaco en la población en general, entre la población de clases populares o de clases con poco poder adquisitivo, de formación y educativo es veinte puntos mayor que entre los/las universitarios/as, es decir, que los universitarios y las universitarias fuman veinte puntos menos que en las clases populares. Pero entre las mujeres, que es lo que se expresa aquí en esta gráfica (Figura 4), veis cómo entre las de clase I, que son la clase más alta, se va manteniendo de alguna manera el consumo de tabaco y sin embargo el crecimiento y el aumento del consumo entre la clase IV, que es la clase con menor poder adquisitivo y educativo, va aumentando exponencialmente. De hecho, en el Plan Integral del Tabaquismo, uno de los abordajes y estrategias prioritarios es precisamente el de la mujer y específicamente el de la mujer joven, porque es donde estamos teniendo los problemas.

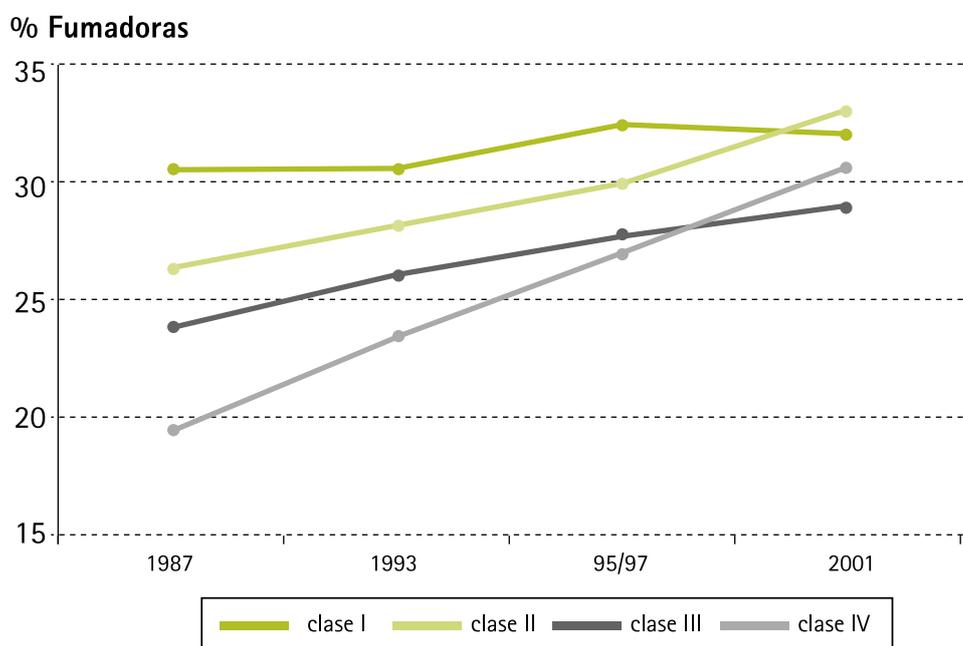
**FIG. 3: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACION MAYOR DE 25 AÑOS DE ANDALUCÍA (1987 - 2003)**



FUENTE: Encuesta Nacional de Salud (años 1987, 1993, 2001) Encuesta Andaluza de Salud (años 1999, 2003).

ELABORACIÓN: Escuela Andaluza de Salud Pública.

**FIG. 4: EVOLUCIÓN DEL TABAQUISMO SEGÚN CLASE SOCIAL, 1987-2001**



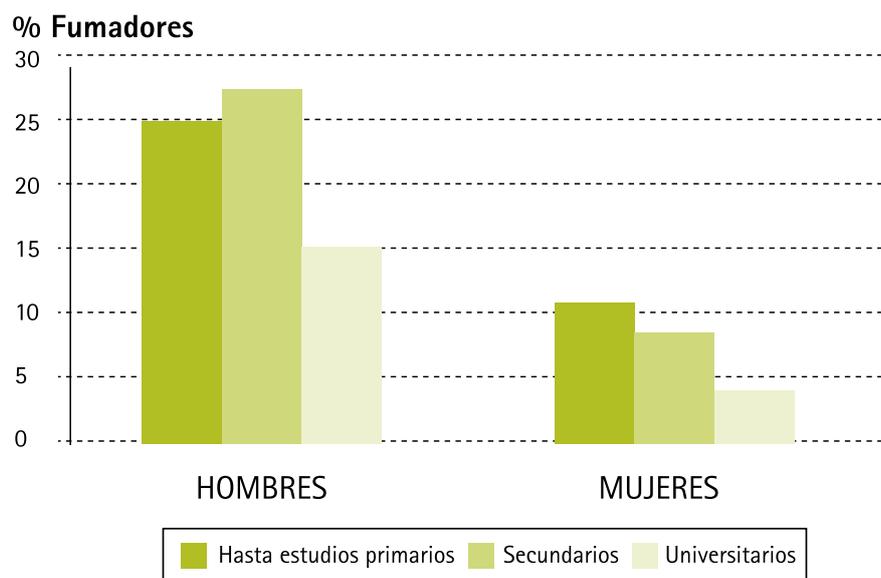
FUENTE: Encuestas nacionales de salud.

ELABORACIÓN: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Pero, paralelamente, se observa algo que llama mucho la atención en el análisis y que se va a repetir en otro momento a lo largo de la presentación y en la oferta del consejo médico para dejar de fumar: ahí veis que el porcentaje de consejo médico para dejar de fumar, en función del nivel educativo y

del género, y veis cómo el médico o la médica en la consulta o mejor, el personal sanitario, porque el trabajo de intervención mínima se está haciendo fundamentalmente por gran parte de la enfermería de nuestros centros; pues bien, veis cómo el consejo se oferta mayoritariamente a los hombres con estudios primarios y secundarios y algo menos a los universitarios y se le ofrece menos a las mujeres, cuando el consumo en las mujeres está aumentando (Figura 5).

**FIG. 5: CONSEJO MÉDICO PARA DEJAR DE FUMAR EN FUNCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO Y GÉNERO**



FUENTE: Encuesta Andaluza de Salud 2003.  
ELABORACIÓN: Escuela Andaluza de Salud Pública.

No voy a dar ninguna explicación porque no la tengo, luego veréis en la conclusión a lo que llegamos, pero ésta es una realidad, un hecho: *nuestros profesionales sanitarios le ofrecen el consejo para dejar de fumar sistemáticamente en mayor medida a los hombres que a las mujeres.*

Ahora voy a presentaros otro de los elementos que son importantes. Sabéis que el tabaquismo es el principal problema de salud pública en los países industrializados y el segundo, que va ganando terreno paulatinamente, es la obesidad y la falta de ejercicio físico y que esto va en relación con la alimentación.

Permitidme, porque tenemos tiempo, que os presente unos resultados de un estudio que se realizó en el 2004, pero que presentamos y se publicó en el 2005, sobre cómo se comportan las clases populares con relación a la alimentación, o bajo qué condiciones se siguen o no los consejos médicos. Se llaman consejos médicos, los consejos sobre salud en la alimentación y alimentación equilibrada entre las clases populares. Éste es un estudio sociológico que se le encargó a la Universidad de Sevilla.

Tres son las conclusiones del estudio, la primera es que las mujeres siguen siendo las principales responsables de la alimentación y la salud de la familia. Esto no ha cambiado, seguimos todavía ahí y, además, existen elementos que generan tensión personal en la mujer, fundamentalmente, entre el

modelo tradicional de alimentación y el modelo legítimo o modelo moderno. Otra de las conclusiones del estudio es que la concesión de la salud o de la enfermedad con relación a la alimentación no es homogénea, es decir, que el concepto que tenemos de alimentación sana o no sana, relacionando la alimentación con el estado de enfermedad o de salud, no es igual y depende fundamentalmente de factores personales, de cómo se reinterpreten los mensajes. Y, finalmente, que los mensajes se reinterpretan de distinta manera, dependiendo de la posición social y de los esquemas previos, es decir, de los esquemas que previamente tiene cada una de las mujeres que asumen esa responsabilidad.

Se distinguen tres tipos o tres modelos diferenciados con relación a la alimentación y la salud. Uno es el polo tradicional, en éste se encuentran o se ubican mujeres de mayor edad y con menor nivel educativo; otro es el polo legítimo, que va parejo a la actual transformación social, es más moderno, son mujeres más jóvenes y con mayor nivel de instrucción; y después existe un modelo mixto que es el mayoritario y que integra con bastante tensiones los mensajes.

Con relación a la alimentación y la salud la concesión que se tiene se caracteriza por una división tradicional de género en la casa. Siguen imperando las tareas tal como las tenemos interiorizadas muchas de las mujeres que tenemos más de 45 años en esta sala. Se reinterpretan los discursos médicos y hay imperativos prácticos que hacen que cambien y que se interioricen los mensajes.

En cuanto al abordaje tradicional de género, en la división tradicional de las tareas dentro del hogar que tenemos en nuestra sociedad, hay algo muy importante que es qué interpretamos como ser buena madre y eso lo tenemos totalmente interiorizado. Y yo diría que la culpa que genera el no hacer este tipo de cosas en la mujer, genera, a su vez, problemas psicológicos y de adaptación.

Ahí tenéis lo que significa ser buena madre en el estudio: *Es una mujer entregada que no se mira demasiado a ella, no tiene legitimado el mirarse a sí misma y el espacio para sí misma.*

Para este tipo de modelos el comer de todo es lo importante porque son mujeres mayores de 45-50 años que todavía viven la escasez que hubo en otra época: "el que no come de todo es un remilgado y un cursi", por decirlo de alguna manera. Le dan valor a la comida tradicional, eso va en relación con la elaboración: cuanto más tiempo te lleva elaborar la comida mejor es la comida que tú das a tu familia y, además, valoras más el valor energético y no el que la comida sea saludable. Después hay una presión muy importante por los gustos familiares. La mujer prepara la alimentación en base al gusto del marido y al gusto del hijo, del filial a cargo. No tiene en cuenta otro tipo de cuestiones, ni siquiera las propias. Hay una búsqueda de refuerzo afectivo en estas labores.

Existe también algo importante que potencia lo que decía antes: *cuanto más trabajo, más valía tiene tu entrega hacia la familia.*

Aquí vais a ver un esquema donde diferenciamos en las mujeres de clases populares "el oficio de ama de casa", después hay un tipo medio, que es la mezcla en tensión de los otros dos. Pero el modelo tradicional, que viene debilitándose paulatinamente, se está perdiendo y se legitima la posición moderna que está más próxima a las clases medias.

En "el oficio", en la interpretación del "oficio de ama de casa" del polo tradicional, éste responde a la división tradicional de género: la entrega, el sacrificio y el tiempo que se dedica al trabajo, incluso el

tiempo que se libera por las tecnologías, es decir, que tengamos la lavadora, el microondas, toda la tecnología que aporta facilidad al trabajo doméstico, no redunda en trabajo y tiempo libre para ella, sino que redunda en mejorar el decoro, el mejorar la limpieza de su casa y el dedicado a su casa. Y esto es porque el trabajo de la casa es un trabajo desconocido: el lavar, el planchar, el preparar la comida tiene reconocimiento pero no es invisible. Dicen los sociólogos que no es invisible desde el momento que tiene la evaluación constante y permanente en estos ámbitos de relación social: de la vecina o la familia, que están evaluándote cómo de limpia, arregladita y bien puesta tienes la casa. Esto es lo expresado en un estudio cualitativo del sentimiento de las mujeres cuando se les pregunta por este tema.

También está la otra posición, que está más cerca de las nuevas transformaciones sociales, en la que el modelo de madre sacrificada no tiene tanto valor. La mujer valora el salir de casa, pero el salir de casa y el estar trabajando está más valorado. Sin embargo, cuando sales de casa para el ocio, curiosamente, solo está legitimado el ocio que es útil, es decir, el ocio para ir a cursos, para ir a formación o cuando vas con las amigas para pasear para mejorar tu salud; pero el ocio por el ocio para ti misma todavía no está legitimado.

Es un estudio muy bonito que lo podéis pedir en la Consejería, es difícil de interpretar, porque tiene cierta complejidad, ya que está escrito por sociólogos. Pero ¡es muy bonito!

Luego, en relación a las prácticas de la alimentación, el valor de lo energético, el tiempo de dedicación, en la parte del tipo tradicional y en el legítimo ya aparecen alimentos elaborados, alimentos precocinados, pero aun suponiendo que sean saludables, todavía no aparece como algo sistemático, sino como algo estratégico, para momentos puntuales en los que necesitas tener algún tipo de desahogo o de rapidez en la comida.

La reinterpretación del discurso médico, para nosotros y nosotras, para Salud Pública es muy importante a la hora de poder lanzar mensajes en los que se asimilen este tipo de valoraciones y cómo se incorporan los mensajes a distintas velocidades, ya que estos van dependiendo de la distancia social que hay entre las categorías legítimas de la salud y de la alimentación. En los mensajes sobre la alimentación y la nutrición hay mucha contradicción entre lo que dicen los médicos o lo que dice Salud: la administración, con lo que están diciendo la industria farmacéutica o la industria de restauración y lo que está diciendo el sector médico; ¡hay mucha contradicción!

Ya veis todos los alimentos *light* y "súper sanos" que se están anunciando. Y luego los mensajes son adaptados o rechazados, dependiendo de cómo la persona lo interprete, fundamentalmente, por los gustos personales y familiares y por la viabilidad que tiene incorporar esos mensajes a su vida cotidiana. Esto sí le es muy dificultoso o, por el contrario, lo reinterpreta y lo reelabora.

Yo creo que todo el mundo tiene claro, y lo hemos constatado en este estudio también, cuáles son los mensajes sobre una alimentación equilibrada y sana. Todas las personas, incluso la de las clases populares, tienen claro lo que es una alimentación sana; sin embargo, no sabemos por qué algunos interiorizan ese mensaje de una manera y otros de otra a la hora de asumir hábitos y estilos de vida saludables.

Y luego aquí están los imperativos prácticos a la hora de interpretar, la escasez de tiempo, el relajamiento de la categorización de los alimentos como sanos: la externalización del trabajo doméstico y los gustos familiares son los imperativos.

El conocimiento dietético, la adquisición de conocimiento dietético lo tiene la mujer en la casa. Aquí no lo he recogido, pero recuerdo que uno de los sociólogos que presentaron el estudio decía que el hombre, cuando le habían preguntado (porque al hombre también le preguntamos) cómo le transmitirían ellos los mensajes a la familia, decían que estaban totalmente incapacitados para poder transmitir mensajes sobre alimentación a los hijos o al resto de la familia. Pero incapacitados porque no sabían, no tenían conocimiento, es decir, que algunas veces aunque algunos hombres de las clases populares quieran intervenir y trabajar en los mensajes que se le da al resto de la familia sobre la alimentación no saben cuál es el mensaje, no tienen formación, no tienen conocimiento porque no posicionan la cabeza en ese tipo de cosas. Entonces ahí veis que la mujer es la que sigue teniendo el referente sobre las enfermedades comunes de la familia, sobre la alimentación de los más pequeños; además, hay una preocupación creciente por la delgadez y esto coincide con el papel tradicional de la mujer como cuidadora. Para colmo, aparte de cuidar de los demás, tenemos que estar delgaditas y estupidas, y ya cuesta.

De forma extensiva, sigo hablando del estado de salud. Hemos visto antes en el resto del planteamiento lo que era el enfoque de la posición legítima y la posición tradicional y que con la tradicional, el estado de salud se percibe como ausencia de enfermedad; es decir, mi familia y yo estamos sanos mientras que no tengamos ningún síntoma que diga que estoy enferma, eso es salud. Y para que la alimentación se relacione con ésta, para que tengan que realizar o desarrollar una alimentación sana o preparar una alimentación sana se necesita que el médico, la familia o alguien les reconozcan y les legitime para hacerlo, porque mientras que no tengan síntomas su familia está sana.

Sin embargo, en la posición legítima o más moderna uno está sano cuando lleva hábitos de vida saludables. Ese mensaje está interiorizado y, además de forma continuada, y no hace falta ninguna legitimación externa para cuidarse. De hecho, aquí este tipo de mujeres son capaces de prepararse una comida específica para ellas, para cuidarse, más sana que para el resto de la familia.

En relación al estado de enfermedad lo contrario es la posición tradicional, la enfermedad es algo que aparece de pronto y es como un accidente, "nos hemos puesto enfermos", y no cuenta el hábito histórico que se tiene, el hábito saludable o no. En la posición moderna esto es una desviación de los hábitos saludables. Eso para nosotros es muy importante porque los mensajes que damos desde promoción de la salud los incorporamos con más facilidad en la posición legitimada que en la posición tradicional.

Finalmente, la posición mixta, que es la que no he expresado, es una mezcla de ambas donde las mujeres se encuentran fundamentalmente en una atención constante y permanente, entre querer estar en el ámbito legitimado de lo sano y el que la familia y el resto del entorno no se lo permita y ahí estamos, luchando por movernos y ponernos en el otro polo.

Me parecía importante presentaros este estudio porque la alimentación y el ejercicio físico son dos de los elementos fundamentales para prevenir y promover la salud de las personas.

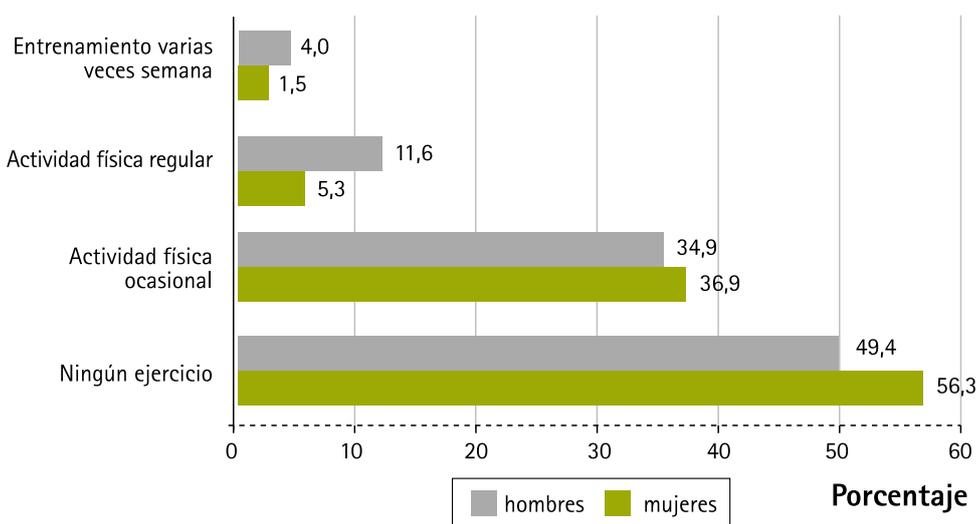
En relación al ejercicio físico ahí tenéis el porcentaje de personas obesas, los hombres son menos obesos que las mujeres (Figura 6), excepto en las clases altas donde las mujeres son menos obesas. Es decir, aquí hay dos cosas: de una parte las mujeres son más obesas que los hombres en todas las clases sociales, menos en la clase alta, donde se observa que entre las mujeres hay desigualdad en salud: *las mujeres de clases bajas son bastante más obesas que las de clases altas.*

**FIG. 6: PORCENTAJE DE PERSONAS OBESAS POR CLASE SOCIAL. (IMC $\geq$ 30) ANDALUCÍA. 2003**

| CLASE SOCIAL | % HOMBRES | % MUJERES |
|--------------|-----------|-----------|
| Alta         | 15,9*     | 10,7      |
| Media        | 15,4      | 19,4      |
| Baja         | 15,6      | 20,1      |

En cuanto al ejercicio físico, ahí veis la gráfica (Figura 7) donde las mujeres que no hacen ningún tipo de ejercicio están en mayor porcentaje e incluso en lo que es el entrenamiento varias veces a la semana, el hombre casi lo dobla, igual que para una actividad regular.

**FIG. 7: TIPO DE EJERCICIO FÍSICO PRACTICADO EN EL TIEMPO DE OCIO SEGÚN SEXO. ANDALUCÍA, 2003.**



El consejo médico aquí curiosamente es al contrario (Figura 8), el consejo médico en relación al ejercicio físico se le oferta más a la mujer que al hombre: *váyase a andar por la venida del colesterol; se aconseja bastante más a la mujer que al hombre, pero es escaso para todos.* Es decir, para un problema de esta prevalencia el personal sanitario todavía no tiene interiorizado el que tiene que lanzar mensajes de

ejercicio físico porque tenemos un 50% de población obesa y con sobrepeso, sin embargo solo se lo ofrecemos un 23,8%.

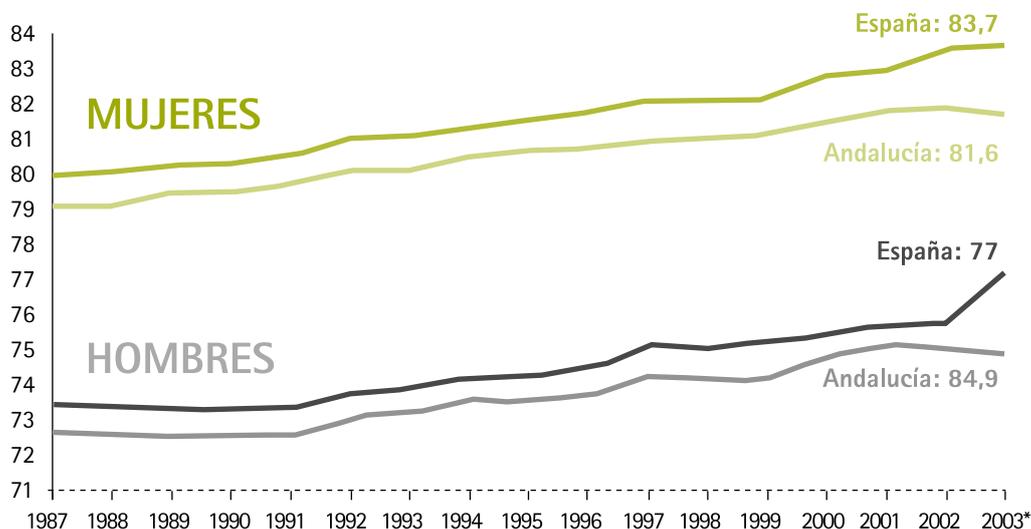
**FIG. 8: CONSEJO MÉDICO SOBRE EL EJERCICIO FÍSICO. ANDALUCÍA, 1999-2003.**

|                | 1999  | 2003 |
|----------------|-------|------|
| <b>HOMBRES</b> | 16,01 | 20,6 |
| <b>MUJERES</b> | 24,07 | 26,9 |
| <b>TOTAL</b>   | 20,04 | 23,8 |

FUENTE: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Consejería de Salud.

Bienestar y calidad de vida, la esperanza de vida de las mujeres es cerca de seis años mayor que la del hombre, aunque está dos años de esperanza de vida por debajo, en relación a España (Figura 9).

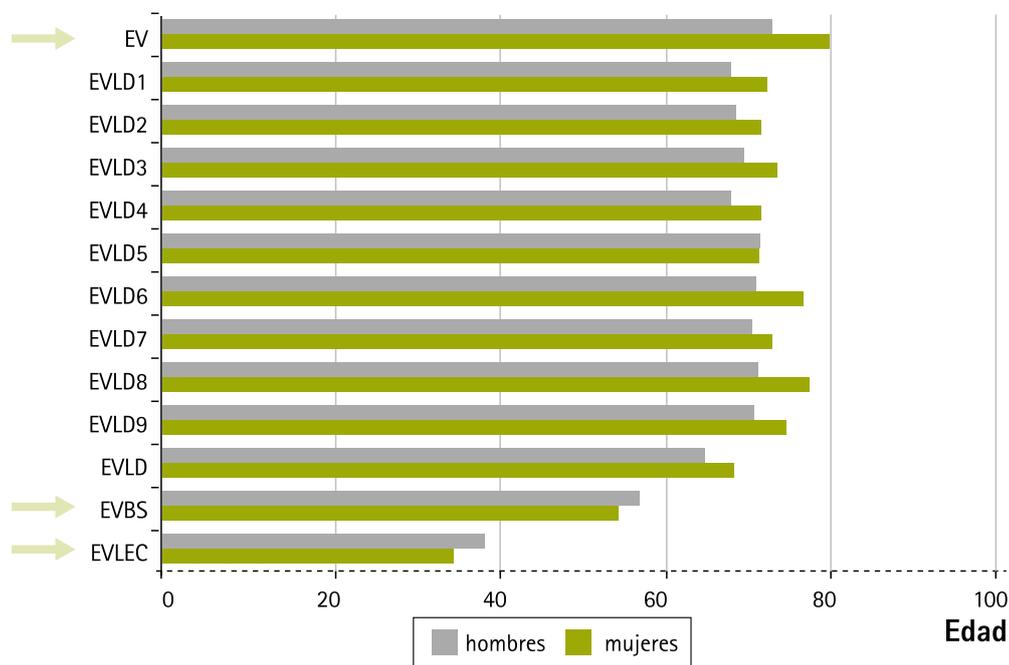
**FIG. 9: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER SEGÚN SEXO. AÑOS 1987-2003**



FUENTES: IEA. Movimiento Natural de la Población. INE. Movimiento Natural de la Población  
\*Datos provisionales para España.

En discapacidad la esperanza de vida es mayor en la mujer. Sin embargo, curiosamente cuando vamos a las flechas de abajo vemos que la esperanza de vida en buena salud es menor en las mujeres y la esperanza de vida libre de enfermedad crónica es menor en las mujeres. Las mujeres con buena salud y libres de enfermedades crónicas, tienen menos años que el hombre, el hombre tiene más años libre de enfermedades de discapacidad (Figura 10).

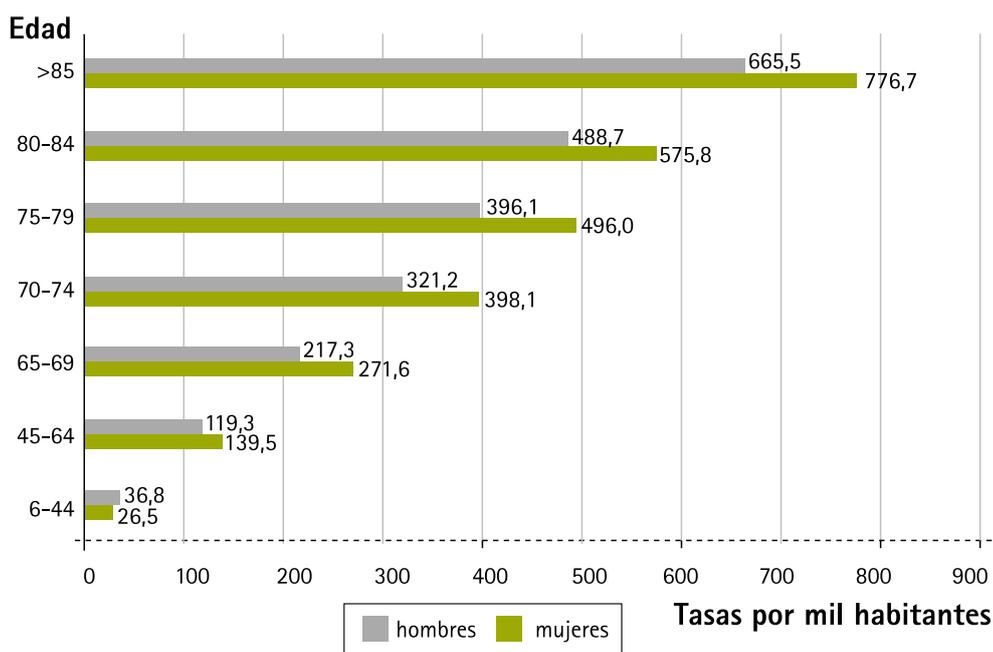
FIG. 10: ESPERANZA DE VIDA SIN DISCAPACIDAD. 1999



FUENTE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud, 1999.

En cuanto a las tasas de discapacidad y deficiencia (Figura 11) vemos cómo la tasa de discapacidad aumenta en los mayores, y siempre mayor en la mujer para todas las edades, excepto en las edades de 6 a 44 años y posiblemente esto esté motivado por los accidentes de tráfico.

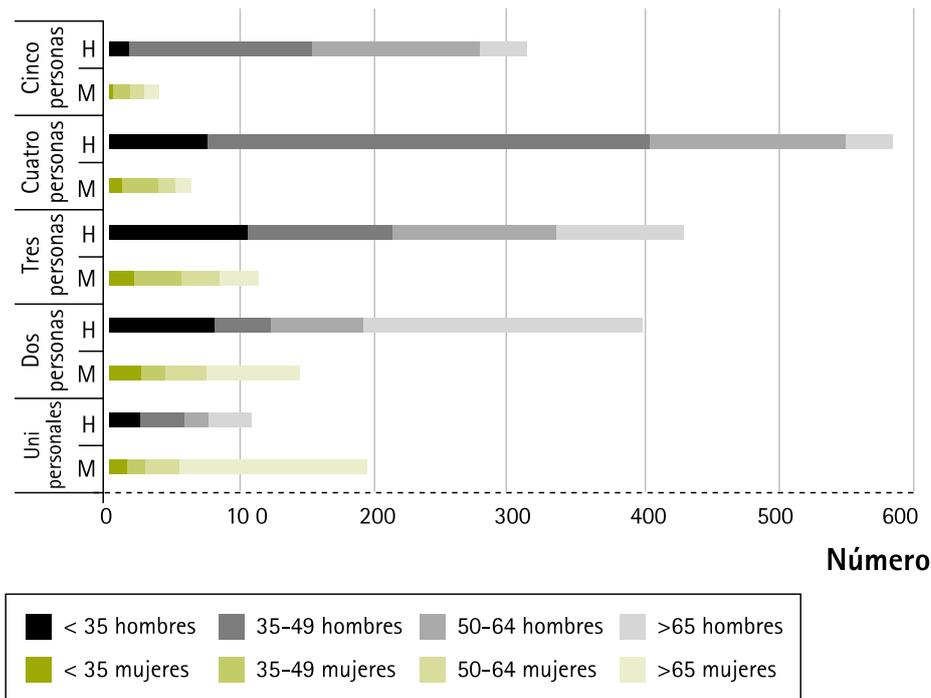
FIG. 11: TASAS DE DISCAPACIDAD Y/O DEFICIENCIAS. ANDALUCIA 1999



FUENTE: Encuesta sobre discapacidades y deficiencias. Andalucía, 1999.

Otro dato importante es la composición de los hogares (Figura 12). En los hogares unipersonales predominan las mujeres y, sobre todo, las mujeres mayores de 85 años y mayores de 65 años viviendo solas.

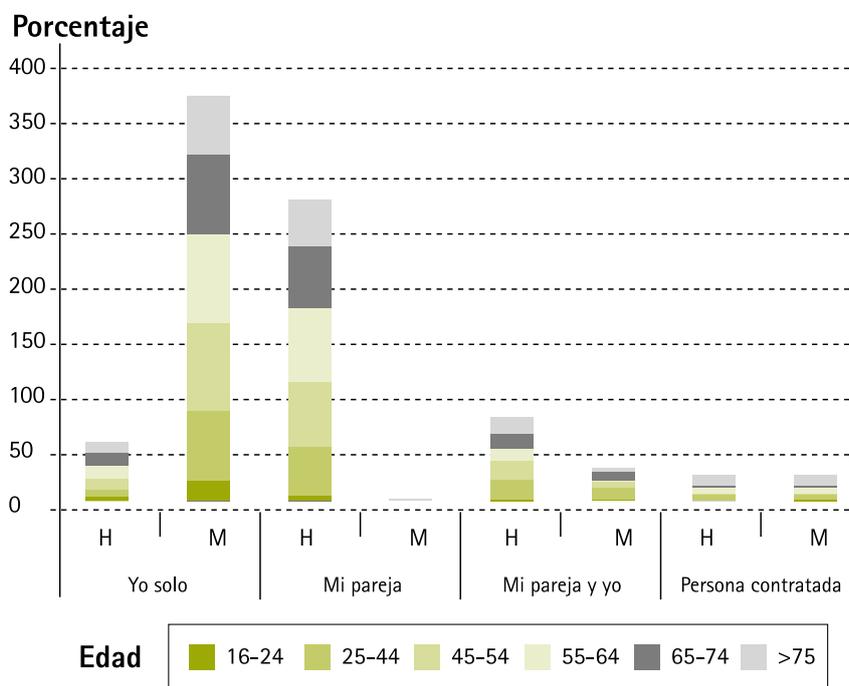
FIG. 12: HOGARES SEGÚN TAMAÑO. 2003



En los hogares de dos personas hay mayor porcentaje de hombres. Luego a mayor porcentaje de personas viviendo predomina el hombre, lo que agrava también el reparto de las tareas domésticas (Figura 13). En este reparto la respuesta a la pregunta ¿quién hace las tareas domésticas? La respuesta es: *yo sola*, es decir, la mujer (veis, "la barra" de la mujer inmensamente grande); y cuando la respuesta es: *lo hace mi pareja* "la barra" del hombre es inmensamente grande; y cuando contratamos fuera la respuesta es igual.

Como conclusión, ¿qué significa esto?: *que las mujeres vivimos más pero con peor calidad de vida, con más discapacidad y solas, sin nadie que nos ayude y, además, sin introducir datos de su rol de cuidadora, porque es algo que tenemos muy interiorizado pero, en realidad, somos las cuidadoras de este tipo de hogares y, además, con patología añadida.*

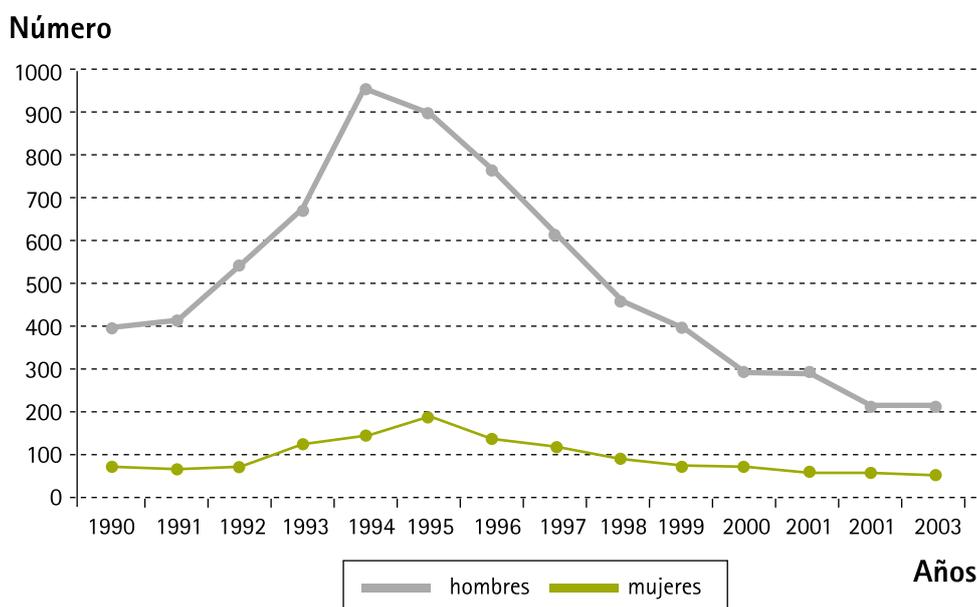
FIG. 13: REPARTO DE LAS TAREAS DOMÉSTICAS. ANDALUCÍA, 2003



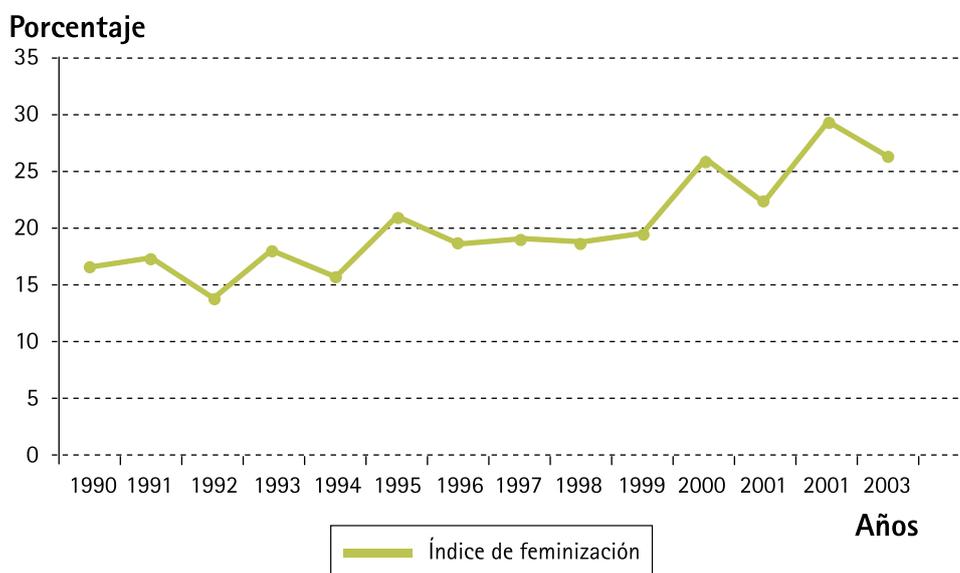
FUENTE: II Encuesta Andaluza de Salud, 2003.

VIH-SIDA, el SIDA va disminuyendo fundamentalmente en los últimos años de manera global (Figura 14), pero va disminuyendo en los hombres y la diferencia es que este problema se está feminizando (Figura 15); es decir, que los nuevos casos que están apareciendo se deben en gran proporción a las mujeres heterosexuales.

FIG. 14: REPARTO DE LAS TAREAS DOMÉSTICAS. ANDALUCÍA, 2003



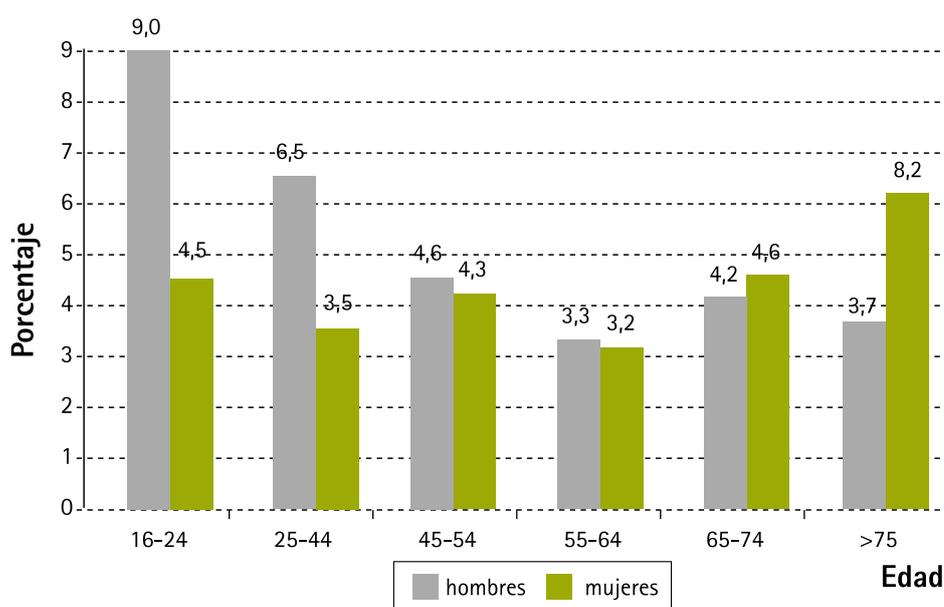
**FIG. 15: % CASOS SIDA DIAGNOSTICADO EN MUJERES.**



Os recuerdo que no estamos hablando solamente de los problemas de las mujeres, estamos hablando de problemas desde la perspectiva de género.

En cuanto a los accidentes, aquí pasa al contrario. Es un problema de género masculino, sobre todo en algunas edades, como en las edades más jóvenes. Como veis ahí, la tasa de accidentes en el último año (Figura 16), en las edades más tempranas tenemos una tasa más importante de accidentes en hombres que van relacionados con el tipo de vehículo, en las edades de 16 a 24 años, y con el no uso de casco; y en la de 25 a 44 años con el accidente en carretera. Todos ellos son mayoritariamente hombres.

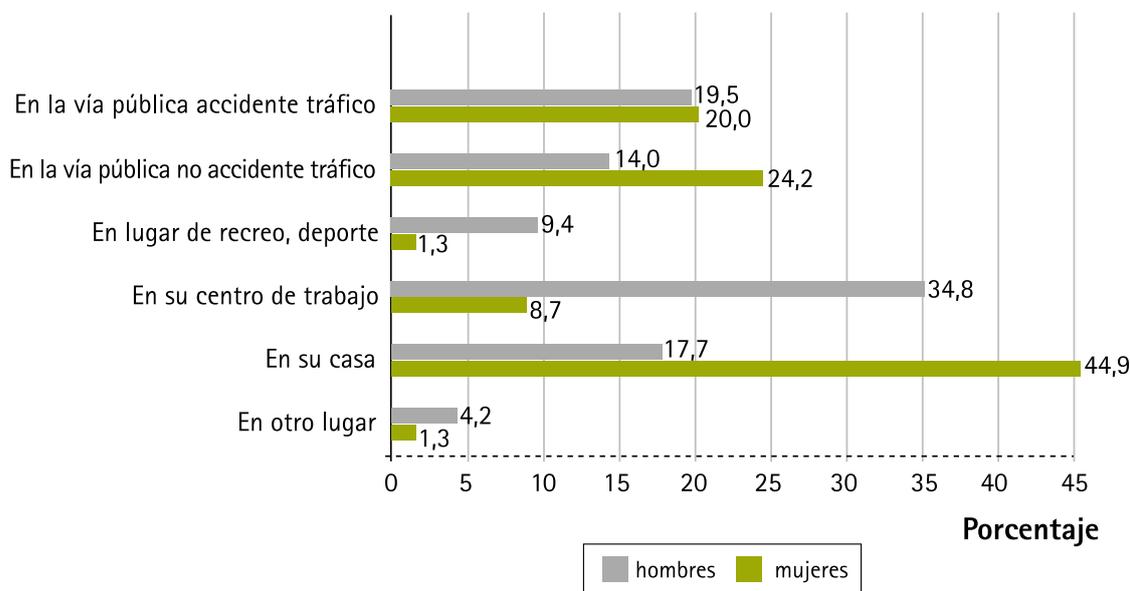
**FIG. 16: ACCIDENTALIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO. ANDALUCÍA, 2003**



FUENTE: Encuesta de población activa. IEA

En las edades más avanzadas los accidentes son domésticos y están relacionados con las mujeres mayores de 65 años, son quemaduras, caídas y ese tipo de cosas.. (Figura 17)

**FIG. 17: LOCALIZACIÓN ÚLTIMO ACCIDENTE SUFRIDO. ANDALUCÍA 2003**



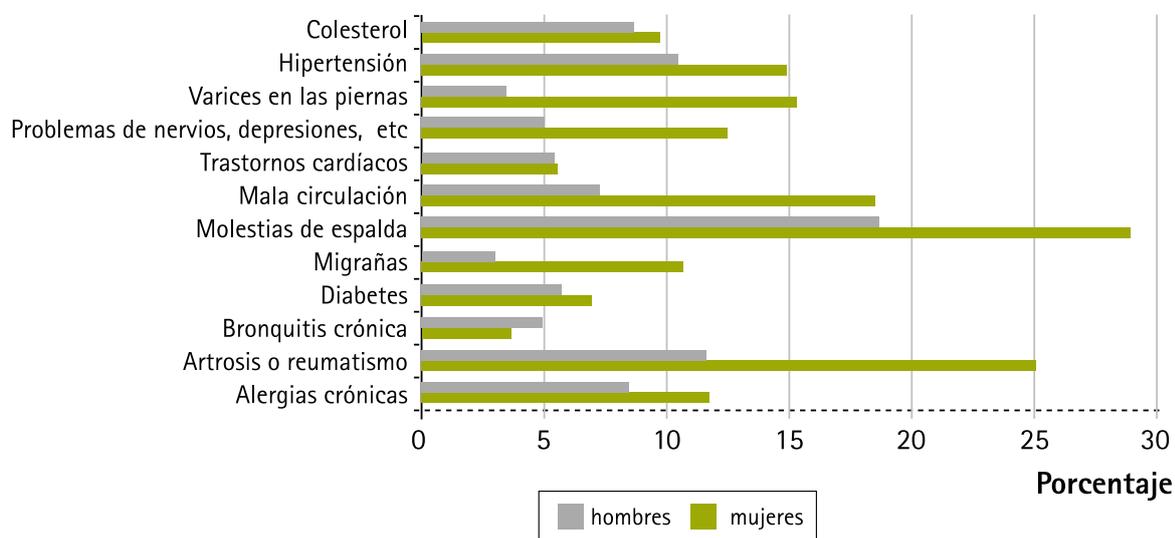
FUENTE: Encuesta de población activa. IEA

En lo que se refiere a los planes integrales, se parte de la necesidad de dar respuesta a los problemas más prevalentes según sexo (Figura 18). En la Encuesta de Salud de Andalucía, en lo que respecta a la percepción que tienen las mujeres de su estado de salud, como veis, *absolutamente en todas las patologías nos sentimos peor que los hombres*. Y nos sentimos así porque tenemos la enfermedad, ¡no porque estemos desvariando!, tenemos más colesterol, hipertensión..., excepto en la bronquitis crónica y, al paso que vamos con el consumo de tabaco, muy pronto también superaremos al hombre en la bronquitis crónica.

Sin embargo, si analizamos la mortalidad, nos morimos menos, y nos morimos mayoritariamente por enfermedades cardiovasculares, porque este tipo de enfermedades se da en las edades más tardías (Figura 19).

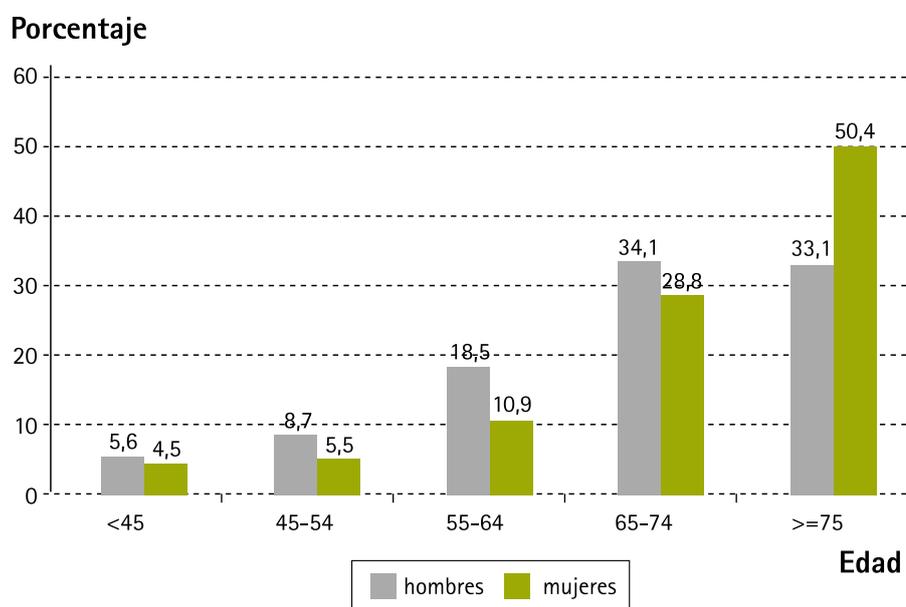
¿Qué problema fundamental tenemos ahí? Pues que, por poner un ejemplo rápido, la prevalencia teórica de diabetes es un 6% en estas edades, mayores de 65 años que es cuando tenemos problemas cardiovasculares y la diabetes, junto a la hipertensión, a la obesidad que hemos visto (en estas edades es de un 20% en las mujeres), incide en este tipo de causas de mortalidad: vamos acumulando riesgos para estar hechas un "guiñapo" cuando llegamos a estas edades. Aunque nos morimos más tarde.

**FIG. 18: PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SEGÚN SEXO. ANDALUCÍA, 2003**



FUENTE: II Encuesta Andaluza de Salud, 2003

**FIG. 19: ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR**



Respecto al hecho diferencial de la atención a esta enfermedad la diferencia es significativa. La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Consejería de Salud ha hecho un estudio en relación a las diferencias que hay entre hombres y mujeres sobre el esfuerzo diagnóstico y de tratamiento del síndrome coronario agudo que se hace en los servicios sanitarios; las conclusiones son esas que veis ahí (Figura 20).

**FIG. 20: DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL ESFUERZO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. AETSA 2006**

### CONCLUSIONES

- 1 Se ha detectado que las mujeres hospitalizadas por ANGINA INESTABLE ó INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO han accedido con menor frecuencia que los hombres al uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos cardiovasculares intervencionistas. Este hecho no está completamente explicado por las diferencias en edad, diagnóstico, comorbilidad.
- 2 El sexo no ha sido determinante de la mortalidad hospitalaria en los pacientes a los que se les realiza algún procedimiento, pero sí ha influido en la mortalidad de pacientes a los que no se realiza ningún procedimiento.
- 3 Se realizaron más procedimientos invasivos en hombres que en mujeres en todos los centros hospitalarios, aunque con gran variabilidad entre ellos. Este hallazgo tampoco se explica completamente por las diferencias de edad, diagnóstico, comorbilidad.

Las mujeres hospitalizadas por angina inestable o infarto agudo de miocardio han accedido con menor frecuencia a los procedimientos intervencionistas, a los procedimientos terapéuticos, a lo que significa algún tipo de intervención, como ponerle un *estein*, que es una especie de muelle en una arteria.. Y esto no está justificado ni por movilidad, ni por edad ni por diagnóstico. *El sexo no ha sido determinante de la mortalidad hospitalaria en los pacientes a los que se les realiza algún procedimiento, pero sí ha influido en la mortalidad de pacientes a los que no se realiza ningún procedimiento.*

También se ha visto que se realizan más procedimientos invasivos en los hombres que en las mujeres sin estar relacionados con otra causa, ¿por qué?, no se sabe.

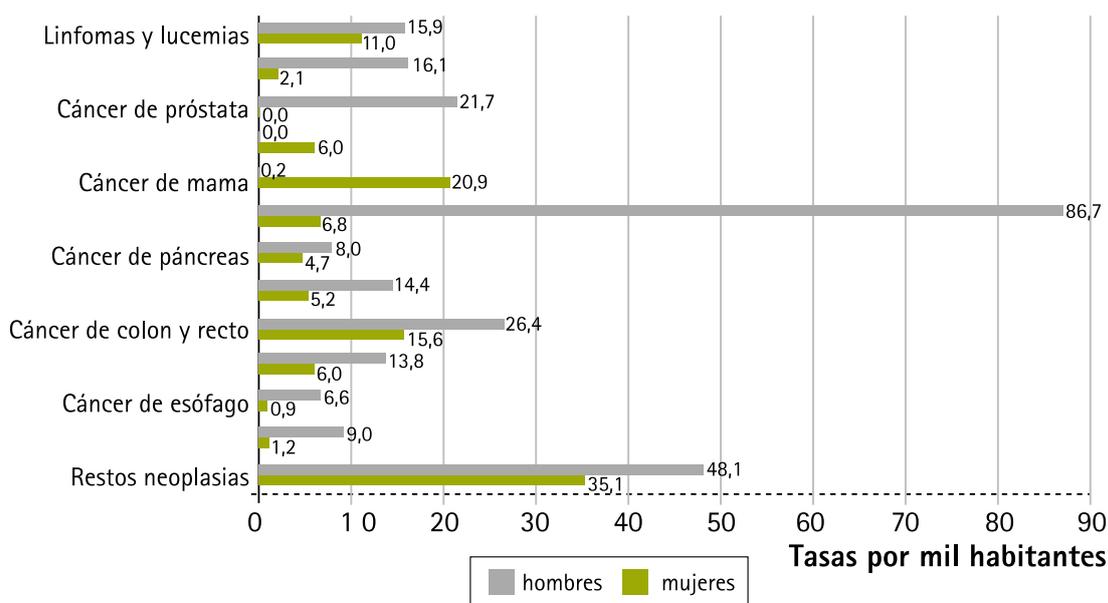
La mortalidad por cáncer (Figura 21). Se mueren de cáncer más ellos que nosotras excepto por el cáncer de ovarios que es nuestro y el de próstata porque es así biológicamente, pero en el de mama nosotras tenemos "la palma".

Estoy convencida que la flecha esa grande que hay ahí es la del cáncer de pulmón donde ellos nos superan; pero ya en Estados Unidos las mujeres están igualando la tasa en cáncer de pulmón con el hombre, es decir, que nosotras vamos a ganar terreno también en la mortalidad.

Desigualdades. A partir de la información de la encuesta de salud hemos correlacionado el porcentaje de personas que tienen un estado de salud deficiente, que perciben que tienen un estado de salud deficiente con la situación laboral, la renta familiar, el nivel de estudios y el tipo de contrato (Figura 22). Absolutamente en todos estos factores: estemos en paro, estemos trabajando, sean "sus labores",

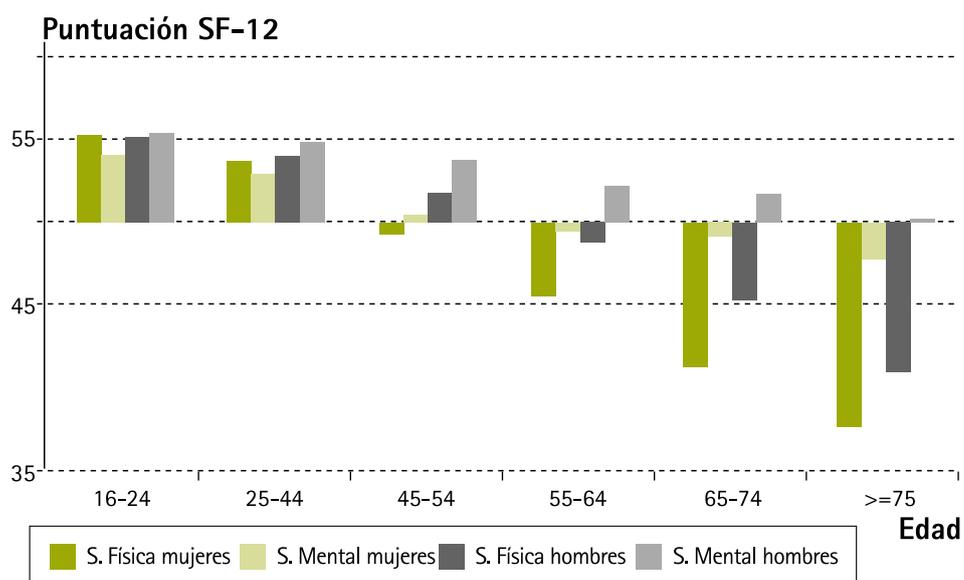
tengamos más renta, tengamos menos renta., en todos estamos peor, ahí lo veis, no hay ninguna distinción, peor en relación con el hombre (Figura 23)

**FIG. 21: MORTALIDAD POR CÁNCER SEGÚN LOCALIZACIÓN. ANDALUCÍA, 2001.**



FUENTE: Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006

**FIG. 22: AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICA Y MENTAL. ANDALUCÍA 2003**



**FIG. 23: ESTADO DE SALUD DEFICIENTE SEGÚN INDICADORES DE POSICIÓN SOCIAL. ANDALUCÍA. 2003**

| Estado de salud deficiente según indicadores de posición social. Andalucía. 2003 |                | HOMBRES | MUJERES |
|--|----------------|---------|---------|
| SITUACIÓN LABORAL  | Trabajo        | 13,46   | 15,41   |
|  | Paro           | 12,33   | 17,04   |
|  | Sus labores    | -       | 59,54   |
| RENTA FAMILIAR   | <1000          | 26,43   | 34,23   |
|  | >1500          | 16,80   | 19,60   |
| NIVEL ESTUDIOS   | Primarios      | 22,58   | 33,84   |
|  | Universitarios | 10,46   | 18,91   |
| TIPO DE CONTRATO   | Fijo           | 7,61    | 11,84   |
|  | Autónomo       | 8,02    | 18,60   |
|  | Temporal       | 8,95    | 14,71   |

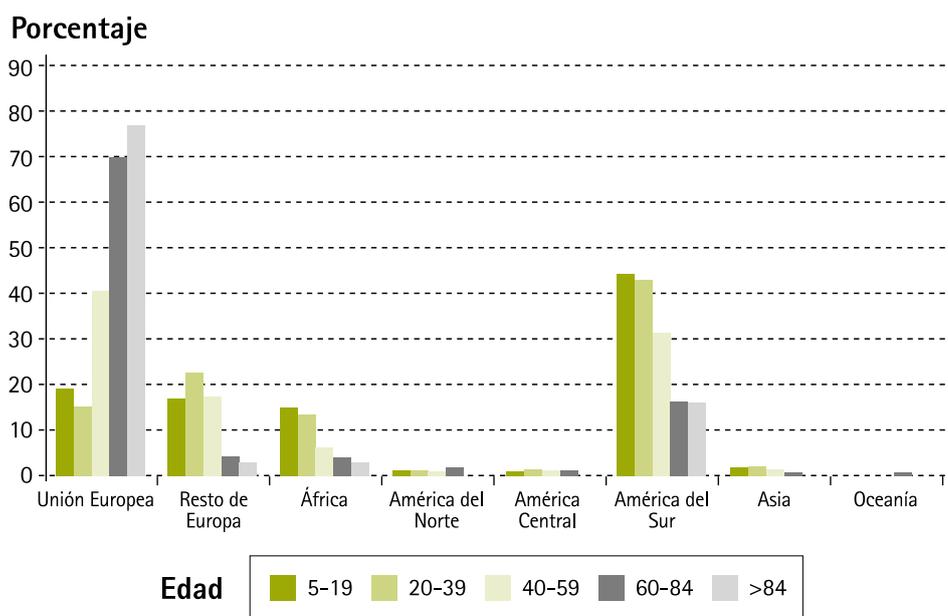
En mujeres inmigrantes os tengo que decir que la situación depende de la procedencia. Las mujeres inmigrantes mayores de 65 proceden de la Unión Europea y entre las que proceden del resto de Europa la edad media está entre los 20 y 39 años. De la población que nos viene de América del Sur la edad se sitúa entre las más jóvenes. Y no voy a hablar de la patología o de la posible patología que tienen las mujeres inmigrantes porque nos llevaría mucho tiempo (Figura 24).

Y ésta es ya para terminar la conclusión que os quería transmitir. Como habéis visto hemos hecho un análisis descriptivo, no analítico ni de causa, éste es un reto que tenemos por delante. Los porqués no los sabemos y no podemos interpretarlos, no podemos decir que nos parece que estamos más maltratadas, que no, eso científicamente no puede ser, tenemos que preguntarnos por qué está pasando y ése es el tercer punto que aparece ahí.

Necesitamos, y espero que de aquí el año que viene empecemos a verlo, análisis cualitativos para averiguar los porqués de lo que está sucediendo, que no tengamos que interpretar este tipo de cosas. Necesitamos sistemas de información que permitan un análisis de género y útiles para la planificación.

Todas las estadísticas públicas, al menos todas éstas, deben estar desagregadas por sexo y, posteriormente, se debe hacer un análisis de género que es diferente al análisis por sexo: *eso lo sabéis todas las que estáis aquí.*

**FIG. 24: MUJERES INMIGRANTES SEGÚN PROCEDENCIA Y GRUPOS DE EDAD. ANDALUCÍA, 2002.**



FUENTE: IEA. Estadística de Variaciones Residenciales en Andalucía. Anuario Andaluz de las mujeres, 2004.

Este informe que os he presentado está sacado de investigaciones, de estudios, de encuestas, pero no de los sistemas. Hay más información que no he presentado, pero hay pocas cosas que salgan de las aplicaciones de un sistema de información de género, y ése es un reto que tenemos en la Consejería de Salud y el resto de consejerías por delante.

Y el último reto que estamos evaluando es el de impacto de género en las políticas. Previamente a que se difundan, se hace un informe de género, pero necesitamos ya, y espero que es uno de los temas que se está trabajando desde la Dirección General, el impacto de la política en la salud, y si es con un enfoque de género, analizar el impacto *post*, es decir, después de poner las políticas en marcha ¿qué impacto realmente está teniendo?

En el sistema sanitario hay mucho trabajo por hacer pero, por lo menos, estamos empezando a identificarlo. Hay otros sectores en los que ni siquiera lo están identificando.

La perspectiva de género en todas y cada una de las políticas, el sistema de información, intervenciones y análisis nos harán, de alguna manera, mejorar la calidad de vida; pero fundamentalmente yo creo que nos hará a todos y todas crecer como sociedad, tanto a los hombres como a las mujeres, desde el momento en que la igualdad sea algo, y la igualdad de oportunidades, sea algo real y efectivo.

Y disculpad que me haya entretenido, pero es que he tenido además que hablar despacito y me cuesta mucho. Muchas gracias.



# 03

*mesa redonda*

## DESIGUALDADES DE GÉNERO Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

---

*DIFERENCIAS QUE GENERAN DESIGUALDADES.  
LAS INVISIBILIDADES EN LA SALUD DE LAS MUJERES*

**IZABELLA ROHLFS BARBOSA**

---

*CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL GÉNERO Y SU IMPACTO EN LA SALUD*

**CARMEN MOZO GONZÁLEZ**

---

*INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE SALUD*

**BEGOÑA LÓPEZ-DÓRIGA ALONSO**



## DIFERENCIAS QUE GENERAN DESIGUALDADES. LAS INVISIBILIDADES EN LA SALUD DE LAS MUJERES.

### Izabella Rohlf's Barbosa

*Dra. en Salud Pública y Epidemiología. Hospital Universitario de Girona Dr. Joseph Trueta*

El concepto de salud del que partimos actualmente, propuesto por la Organización Mundial de la Salud, indica que la salud va más allá de la ausencia de enfermedades. Debemos entender la salud como un completo bienestar físico, mental y social. Sin embargo, hay que tener cuidado para no medicalizar lo que es no tener este completo bienestar físico, social y emocional porque, en algunos casos, no alcanzar esta plenitud es parte de nuestro proceso vital.

Esa definición de salud, pone de manifiesto la producción social de salud y enfermedad teniendo en cuenta, entre otras cosas, la clase social, la etnia o el género; también hace una correlación entre la morbilidad y la mortalidad, considera la cadena biopsicosocial y también el papel de los servicios sanitarios.

A partir de esa concepción de salud, que es una concepción más integral, podemos criticar la aproximación biomédica (exclusiva y unilateral) al concepto de salud, partiendo de que esa aproximación hace una falsa asunción de que la biomedicina partiría de un modelo objetivo y neutral. Por más que se intente probar que la ciencia es objetiva y pragmática, sabemos que, frecuentemente, este modelo es generado a partir de principios ideológicos (lo que se estudia o no, viene determinado por los contextos estructurantes y contextuales de las ideologías que impregnan todo el tejido social e intereses personales, políticos o económicos).

La concepción biomédica de salud también falla en aclarar las causas de enfermedad que no se limitan a los factores individuales, o sea, aborda el individual sin pensar en el colectivo. También falla en aclarar la diversidad de las respuestas delante de un trastorno de salud: la diversidad de respuesta que hay entre sexos, entre etnias, dentro del mismo sexo y, también nos compele a pensar que la respuesta médica es absoluta y correcta cuando sabemos que hay muchos puntos que ésta es incapaz de solucionar.

Para tener una perspectiva integral de salud se deberían incluir en los estudios y en la investigación (qué es básicamente a lo que me dedico), pero también en la asistencia, en la prevención y promoción de la salud, todos los parámetros necesarios para conocer la realidad sociocultural de mujeres

y hombres, pero no sólo eso, sino también la necesidad de conocer con detenimiento nuestras diferencias biológicas.

Haciendo un repaso muy rápido sobre qué es '*eso del género*', yo digo eso del género, entre comillas, porque últimamente se habla mucho de género y se habla a veces con poca propiedad. Se está utilizando el término *género* con una falta de rigor conceptual que a veces propicia la confusión. Es importante pensar que género no es sinónimo de mujer ni se debe utilizar de manera intercambiable con éste vocablo, tampoco es una variable que pueda dividir la población: en una encuesta, no te pueden preguntar cuál es tu género. Además, también se viene utilizando como un sinónimo políticamente correcto de sexo, lo que lleva a sesgos o confusiones.

En el contexto en que estamos hablando, el vocablo sexo, hace referencia básicamente a nuestras diferencias biológicas, muchas veces invisibilizadas, y el género implica todo el abanico de normas socioculturales que definen y son importantes para determinar tanto expectativas como el acceso a los recursos por mujeres y hombres.

Ahora bien, hay muchas interacciones entre sexo y género e, incluso nosotras, las personas que trabajamos diariamente con estos conceptos, algunas veces tenemos dificultad de deslindar estas interacciones.

Por lo tanto, ¿qué hace diferente la salud de mujeres y hombres? ¿Es la biología o es el entorno social? ¿Son las diferencias biológicas, la fisiología y las hormonas las que determinan las principales diferencias entre mujeres y hombres? o ¿hasta qué punto la estructura social determina diferencias y desigualdades en la salud?

En la diapositiva vemos un titular de periódico que nos cuenta algunas cosas pero que también, de alguna manera, nos hace un flaco favor, porque nos dice: "*Los médicos se equivocan...*", (siempre en masculino), "*... más con la mujer*". Y el subtítulo dice: "*El Insalud ha pagado 256 millones por errores en ginecología y obstetricia*", como si nuestra salud se resumiera a los problemas de ginecología y obstetricia. Es muy importante poner de manifiesto que muchos de estos errores no han estado en ginecología y obstetricia, justamente por no reconocer las diferencias, o bien, por invisibilizar las diferencias.

Otro punto importante que podemos observar en la fotografía que ilustra el artículo es que la mujer que se está haciendo la mamografía (aparentemente joven), no es el patrón de mujer del grupo diana indicado para hacer esta prueba. Ya se ha dicho que la mamografía es una prueba que, exceptuando casos específicos, se debe hacer como cribado poblacional del cáncer de mama a partir de los 50 años, y en la foto, lo que estamos viendo no es una mujer de 50 años. El tema de la edad indicada para la mamografía no es tocado en el artículo, pero quedan los mensajes subliminales que se van guardando en el inconsciente y que, de alguna manera, sirven para que algunas mutuas privadas te vendan la necesidad de empezar a hacer mamografías a partir de los 35 años, sin contarte los riesgos o la falta de beneficios de esta prueba en edades tempranas y continuadas por muchos años.

La salud de las mujeres no se restringe a los aspectos ginecológicos o de salud reproductiva, aunque por más desconocidos, y señalo desconocidos porque no han sido suficientemente estudiados. Asimismo, cabe señalar que tampoco estos aspectos han estado libres de los sesgos derivados de un abordaje tanto

funcionalista, como sin perspectiva de género. Mi amiga Carmen Valls ha acuñado la expresión "*un útero con patas*" porque muchas veces se ve a las mujeres así.

De sexo, sexualidad y salud sexual no se habla, es un tema importantísimo y necesario que ha sido sistemáticamente invisibilizado en el abordaje de la salud de las mujeres.

Así pues, caben los interrogantes: ¿Cuáles son los principales retos de la salud sexual y reproductiva, desde la perspectiva de género? Primero cabe señalar que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano, el derecho a decidir cómo, cuándo y con quién disfrutar de la sexualidad. También enfatizar en la necesidad del empoderamiento de las mujeres respecto a sus relaciones sexuales: su decisión sobre el método anticonceptivo, el sexo con protección y las decisiones relacionadas con tener o no embarazos. Asimismo, cabe destacar la necesidad de que ellas (nosotras) estén conscientes de su derecho a conocer los procedimientos médicos-sanitarios por los que pasarán.

La salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual porque somos diferentes desde el punto de vista biológico y también porque hay factores sociales que actúan de manera injusta en la salud de las personas.

Bajo la perspectiva de las diferencias y desigualdades deberíamos tener en cuenta los aspectos biológicos, la edad, la morbilidad, el embarazo, parto, aborto, interrupción voluntaria del embarazo, menstruación, menopausia y también andropausia (de la que se habla poco), las hormonas; los aspectos genéticos, como la esperanza de vida; los aspectos socioculturales: la clase social, el nivel de estudios, la situación laboral, la corresponsabilidad y compatibilización de vida personal y laboral, el apoyo social y los cuidados informales en salud; y también los aspectos conductuales como los hábitos de alimentación, consumo de tabaco y drogas, conducción de automóviles, etc. No entraremos en cada uno de ellos, pero sí apuntaremos que todos ellos tienen un impacto diferencial para mujeres y hombres como determinantes de salud, de trastornos crónicos, de limitación de actividad y de salud mental.

La falta de investigación específica en salud de las mujeres ha hecho invisibles para la ciencia biomédica algunos de los aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. Cabe señalar algunos de los puntos del por qué las mujeres han sido invisibles para las ciencias biomédicas:

- Por considerarlas que sus problemas son iguales a los de los hombres cuando no lo son;
- Por creer que están protegidas por sus diferencias cuando presentan problemas similares a los masculinos;
- Porque sólo se les ve como no hombres;
- Por reduccionismo social, cultural, psicológico, que no tiene en cuenta las diferencias biológicas, clínicas y repercusiones medioambientales;
- Por los sesgos de género en la propia organización sanitaria.

Yo comentaré con más detenimiento el por qué sólo se nos ve como no hombres.

Uno de los aspectos importantes a señalar y que, frecuentemente, conduce a errores o sesgos de interpretación, es que en las investigaciones, los análisis estadísticos multivariados ajustan los modelos por la variable sexo, lo que significa que sólo se está estudiando el riesgo de no ser hombre. Lo más adecuado es, siempre que sea posible, separar el análisis según sexo y comparar los resultados de mujeres y hombres.

En segundo lugar, cabe destacar la importancia de las violencias de género como factor de riesgo invisible para la salud física y mental de las mujeres.

También cabe mencionar la invisibilidad del rol de cuidadoras y las desigualdades entre los trabajos y los recursos como un riesgo para la salud.

Otro punto muy importante es cómo se diagnostican y evalúan los trastornos de las mujeres. Como ya he señalado anteriormente, en las ciencias biomédicas prevalece el patrón androcéntrico, con una generalización de los síntomas masculinos como sinónimo de cuadros típicos de enfermedad, sea para los hombres o para las mujeres. Así hay más rapidez y aciertos al hacer los diagnósticos para los hombres. Una cuarta parte de las quejas de las mujeres son consideradas de origen psicossomático y hay una falta de diagnóstico diferencial y un abuso en la prescripción de los psicofármacos. También cabe remarcar la falta de evidencia de la utilización de la misma medicación para mujeres y hombres, sabiendo que los ensayos clínicos mayoritariamente han sido realizados en hombres y que, actualmente, estamos utilizando, mujeres y hombres, la misma medicación, estudiada básicamente en hombres.

Ya se ha hablado esta mañana sobre cuál es la principal causa de mortalidad entre las mujeres. Muchas mujeres aún tienen la idea de que nuestra principal causa de muerte es el cáncer de mama, y no es así. Entre los cánceres sí es el cáncer de mama la causa de muerte más frecuente; sin embargo, la principal causa de mortalidad entre las mujeres son las enfermedades cardiovasculares, entre éstas, es la enfermedad cerebrovascular la primera causa de muerte.

Hace poco se ha puesto de manifiesto la gran necesidad de hablar de la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular como una enfermedad también de mujeres, ya que muchas mujeres no saben que éstas no son enfermedades 'sólo de hombres'. Hace unos 2 años, en Estados Unidos éste ha sido el tema de la portada de la revista *Time* y, últimamente, hemos visto un gran reportaje en *El País Semanal* donde se ponía de manifiesto la necesidad de considerar que el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares afecta también a las mujeres, principalmente después de la menopausia.

Las enfermedades cardiovasculares son un buen ejemplo para ilustrar el paradigma de la invisibilidad de la especificidad de la salud de las mujeres. No se han incluido mujeres en muchos trabajos de investigación, los síntomas que son descritos como síntomas típicos de un ataque de corazón, son los síntomas típicos de un hombre, y muchas mujeres tienen otros síntomas que no son considerados en su momento una manifestación de la enfermedad. Hay menos exploraciones, cateterismos y pruebas de esfuerzo para las mujeres; se ha observado que los tratamientos no son tan eficientes para nosotras; presentamos una mortalidad más elevada y también hay una menor derivación de mujeres hacia la rehabilitación.

Un ejemplo de esto es el tratamiento con aspirina que se ha prescrito durante mucho tiempo como prevención de enfermedad cardiovascular para mujeres y hombres. La aspirina para las mujeres funciona como un triciclo y para los hombres como una limusina, e incluso aumenta el riesgo para las mujeres de determinadas hemorragias.

Vivimos más pero tenemos más enfermedad a lo largo de nuestras vidas. Aunque la esperanza de vida de la población española ha ido aumentando gradualmente en el siglo pasado, las diferencias entre mujeres y hombres también han aumentado y nosotras hemos ganado más años de esperanza de vida. Ahora bien, la pregunta es ¿hasta qué punto esa diferencia es de orden biológico o si viene determinada por la manera en que vivimos? Por un lado en el último siglo hubo una disminución muy marcada de la mortalidad de mujeres jóvenes, derivadas del parto y embarazo, pero esto tampoco justifica la actual diferencia de más de 7 años de ventaja a favor de las mujeres. Yo, personalmente, creo que hay un pequeño porcentaje de esta diferencia que es biológico, pero luego también es el reflejo de cómo vivimos. No obstante, esta esperanza de vida tampoco es sinónimo de calidad de vida. Ya se ha dicho en la mesa anterior que, aunque vivamos más, tenemos más enfermedades a lo largo de nuestras vidas y eso es *vox populi*; eso así entre comillas es una frase dicha por un hombre, '*las mujeres tienen mejor salud y por eso viven más*'. Aunque si observamos las estadísticas, constatamos que en todas las edades las mujeres tienen un peor estado de salud percibido que los hombres.

¿De qué padecen las mujeres? Los sesgos diagnósticos sin visión integradora de salud determinan cada vez más la medicalización de los sentimientos y de los procesos naturales. Cada vez más se están utilizando fármacos y psicofármacos y también se están medicalizando procesos vitales normales como el parto o la menopausia.

¿Cuáles son nuestros trastornos crónicos más frecuentes? Son los dolores crónicos: articulares, de espalda o de cabeza, los problemas cardiovasculares que van desde los ataques de corazón, infartos o hemorragias cerebrales, así como otros problemas que también causan limitación en nuestra calidad de vida, como las varices, la hipertensión, o la insuficiencia cardíaca. También existen otros problemas que, a veces, no son considerados como tan importantes como el estreñimiento u otros trastornos menos detectados, como pueden ser las anemias.

Luego quería hablar y hacer un apunte sobre la alta prevalencia de dolor. Estamos en una sociedad que padece dolor, cada vez más hay más quejas de dolor y el dolor articular o músculo esquelético generalizado últimamente recibe la denominación de fibromialgia. Éste es un punto importante que no podría dejar de tocar. La fibromialgia es una enfermedad que existe, aunque es una enfermedad que, en muchos casos, está mal diagnosticada y de la cual se tiene que hacer un diagnóstico mucho más apurado. Cabe tener en cuenta que el tratamiento que actualmente se da para la fibromialgia es un tratamiento paliativo, mayoritariamente son antidepresivos o ejercicios de relajación. Para mí, muchas veces, esta nueva denominación '*fibromialgia* o *fibromiálgica*' lleva detrás de sí una nueva etiqueta para traducir el malestar crónico de muchas mujeres y su dolor delante de situaciones injustas y emocionalmente insostenibles.

Para ilustrar el alto porcentaje de dolor hay que en nuestra sociedad, enseño unos datos de Cataluña. La última Encuesta de Salud señala que un 20% de los hombres presenta dificultades en el trabajo

habitual debido al dolor crónico de espalda y este porcentaje para las mujeres es de un 33%, es decir, un tercio de la población de mujeres mayores de 15 años presenta estas dificultades. Los lugares de trabajo no están pensados ni para las personas que trabajan en ellos, ni tampoco para las diferencias que pueda haber entre mujeres y hombres.

Ya para acabar, visibilizaremos algunas de las desigualdades que actúan como determinantes en la peor calidad de vida y salud de las mujeres. El género actúa como un determinante estructural influenciando los resultados de la salud mental y física, tanto de las mujeres como de los hombres. Por un lado, las desigualdades de oportunidades laborales y económicas, los salarios y el rol de ama de casa y, por otro, una socialización con baja autoestima, aquello de que "*eres una chica, no puedes, no llegas*", combinado con un alto nivel de exigencia, o sea, la '*superwoman*', que tiene que dar el abasto de todo.

Tendríamos que hablar de doble jornada, de falta de descanso, de falta de corresponsabilidad en las relaciones de pareja, en los trabajos domésticos y de cuidados y también de otros puntos importantes, como las respuestas a los ideales estéticos e irreales promocionados por los medios de comunicación y la sociedad. También las situaciones de violencia doméstica, violencia laboral, es decir, las violencias en general.

Ya para acabar quiero recordar que ni las mujeres ni los hombres forman grupos homogéneos. Hay que considerar y contextualizar su clase social, su edad, su orientación sexual, su lugar de origen, ya que todas estas variables pueden afectar tanto a las necesidades de salud, a las demandas y a las prioridades que pueden tener los diferentes grupos.

El análisis de las diferencias entre mujeres y hombres y de las desigualdades de género debe ser una herramienta de buenas prácticas y de evidencia que se debe cuidar para que tanto los aspectos biológicos como los sociales de las diferencias entre mujeres y hombres sean tenidos en cuenta. Asimismo, es importante tener cuidado para no considerar como biológicas y naturales las situaciones o variables que son resultado de desigualdades sociales, creando así sesgos.

¡Yo creo que se pueden disminuir las desigualdades visibilizándolas! Visibilizando las diferencias, visibilizando las desigualdades y visibilizando los resultados de éstas en la salud de las mujeres, tanto si son biológicas, como si son sociales o psicológicas; mejorando la atención sanitaria a través de una atención sanitaria más accesible, más próxima, más sensible a las diferencias y a las desigualdades, con más calidez y más calidad; promoviendo los ambientes saludables que sean públicos o privados; y promoviendo procesos de participación social que empoderen a las mujeres. Entender la diversidad es esencial para una completa perspectiva de las necesidades de género y salud.

Las diferencia es natural, la desigualdad no. Y os dejo con una viñeta de Forges, '*Mismo trabajo igual sueldo, misma casa que fregar, mismos hijos que cuidar que muchos hombres queremos compartir y no ayudar, que compartir es amar, compartiendo amor del bueno*'.

Y eso es más que una utopía es una lucha y una esperanza que muchas mujeres y algunos hombres compartimos. Un mundo más justo y equitativo para todas las personas. Muchas gracias.

## CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL GÉNERO Y SU IMPACTO EN LA SALUD,

**Carmen Mozo González**

*Departamento de Antropología Social. Facultad de Geografía e Historia. Universidad de Sevilla.*

Me parece básica una reflexión conjunta e interdisciplinar sobre la salud de las mujeres desde un punto de vista feminista. En esta mirada pluridisciplinar, voy a hacer mi intervención desde la Antropología, que es de lo que sé; no voy a hablar de indicadores ni de estadísticas que valoren o cuantifiquen el estado de salud de las mujeres, sino más bien plantear qué es lo que la Antropología puede aportar a la hora de reflexionar y pensar sobre esta. En ese sentido, me gustaría empezar señalando brevemente que el encuentro entre la Antropología y la Medicina no ha estado exento de contradicciones. Para ello, es necesario aclarar que cuando hablamos de Medicina nos estamos refiriendo a la biomedicina o medicina alopática. Y no olvidar que ésta es sólo uno de los sistemas de salud existentes y posibles, sin duda el hegemónico en nuestra sociedad y probablemente en el mundo, pero sólo uno de los posibles. Como tal sistema de salud, es un sistema culturalmente construido y, por tanto, y esto es importante para el tema que nos ocupa, responde a los intereses y valores hegemónicos de nuestra sociedad.

Pues bien, si entendemos que el sistema biomédico es un sistema culturalmente construido podemos plantear que se caracteriza por una serie de rasgos, premisas o si queréis creencias, que podríamos resumir muy brevemente en: biologicismo, esto es, definir la enfermedad únicamente como desviación de una norma biológica; uncausalidad, o pensar que existe una etiología específica para cada enfermedad; universalidad, es decir, creer que las enfermedades son universales; dicotomía mente-cuerpo, dicotomía cartesiana como la mayor parte de nuestro pensamiento; atomismo anatómico; individualismo epistemológico, esto es, que el origen de la enfermedad está en una disfunción biológica dentro de cada individuo; idea de la neutralidad de la teoría y de la práctica biomédica, es decir, pensar que el tratamiento médico es científico es neutral, que está libre de juicios de valor.

Frente a esta serie de premisas, la visión antropológica introduce una serie de principios y enfoques que contradicen el modelo biomédico y que plantean una visión cultural y social de la enfermedad, una dependencia de lo natural frente a lo social y una sensibilidad a la dimensión histórica de los procesos de salud y enfermedad. Siguiendo a Martínez (1996), frente a un enfoque que divide cada vez más el cuerpo en compartimentos estanco, el objetivo de la Antropología es ampliar el análisis también hacia las trayectorias y relaciones sociales. Frente a la universalidad, plantear una visión particularista de las enfermedades; frente a la idea de la neutralidad de las categorías biomédicas, proponer que quizá no

sea descabellado pensar que existan vinculaciones entre lo que se define como normalidad biológica y lo que en cada momento se define como normalidad o normatividad social. Frente a la idea, en definitiva, de la unidimensionalidad de la enfermedad, la Antropología plantea una visión multidimensional que entiende los procesos de salud y enfermedad como hechos biológicos pero también económicos, sociales, culturales y políticos. Retomando la definición de Young (1982), *"La enfermedad (sickness) no es un término vacío de contenido para referirse a la patología (disease) y/o a su percepción (illness) sino que se puede redefinir como el proceso a través del cual se da significado social a signos de desórdenes conductuales y biológicos especialmente a los de origen patológico convirtiéndolos en síntomas y hechos socialmente significativos"*.

Un ejemplo que evidencia algunas de estas contradicciones es la idea de la producción social de la enfermedad, esto es, la idea de que la cultura puede afectar a las dimensiones biológicas de la enfermedad. Así, por ejemplo, lo que se conoce como efecto nocebo, es decir, el impacto de la viudedad, del aislamiento, de la falta de redes sociales, o la equivocación en un diagnóstico de salud-enfermedad; o, en el sentido contrario, el efecto placebo.

Hay otro ejemplo bastante gráfico y significativo que se refiere a lo que en Antropología se conoce como "síndromes de filiación cultural", es decir, aquellas alteraciones o trastornos que aparecen en contextos culturales específicos pero no fuera de ellos. Los síndromes de filiación cultural contradicen la idea de la universalidad de las enfermedades. Existen ejemplos "exóticos" que refieren a otras culturas como el susto, el windingo, el koro o la histeria ártica, pero qué duda cabe que enfermedades como la anorexia, la bulimia o el estrés, que son típicos de las sociedades industrializadas, pueden ser también considerados síndromes de filiación cultural, es decir, patologías culturales de occidente. Y, desgraciadamente, la descripción de los síntomas que caracterizan a estas enfermedades, no son menos exóticos que los que caracterizan a las otras que he citado anteriormente.

Los síndromes de filiación cultural, las patologías culturales, nos conducen al poder de las normas sociales y culturales y, en concreto, y para el tema que nos ocupa, a reflexionar sobre cómo la construcción social del género, en tanto que construcción normativa, tiene una indudable y consecuente importancia en la conformación de la salud de las mujeres. Veamos.

Si estamos de acuerdo, siguiendo a Eduardo Menéndez (1981) en que todo proceso de salud-enfermedad-atención se desarrolla en el seno de determinadas relaciones sociales, la tarea sería buscar esas relaciones, pensar esas relaciones sociales, con lo cual, el proceso de salud-enfermedad-atención, lejos de ser un problema de un ámbito profesional concreto, en nuestro caso de la medicina, en otras culturas de la religión u otros, tendría que ser desde esta perspectiva un problema de toda la sociedad, un problema del conjunto social. Eso significa que para pensar los problemas de salud-enfermedad-atención hay que partir del análisis de los conjuntos sociales y, por tanto, pensar sobre el funcionamiento de nuestra sociedad.

En ella, convendremos, y creo que esto es un punto obligado de partida, que las relaciones sociales de sexo son unas relaciones sociales estructurales, esto es, que articulan el funcionamiento de nuestra sociedad en todos y cada uno de los ámbitos de la vida social, puesto que no se restringen al ámbito de la familia, al ámbito de lo doméstico. Y convendremos también que estas relaciones sociales están

vehiculadas por el poder en la medida en que ocupar una posición de sexo u otra, nacer hombre o nacer mujer, ser hombre o mujer en esta sociedad, con independencia de nuestra voluntad, provoca o hace que tengamos, como plantea Joan Scott (1990), un acceso diferencial, diferente y desigual, a los recursos tanto materiales como simbólicos de nuestra sociedad.

Por tanto, si la salud y la enfermedad están condicionadas por las relaciones sociales en general y si las relaciones sociales de sexo son relaciones especialmente significativas, son relaciones estructurales, es decir, que no pueden ser obviadas en el análisis de la realidad, tendremos que concluir que la salud y la enfermedad están conformadas por las relaciones sociales de sexo (no sólo por ellas pero es el tema que nos ocupa ahora). Dicho de otra forma: si el género es un factor estructurante en la sociedad y si el género supone jerarquía y desigualdad, está claro que de ninguna forma podremos pensar la salud de las mujeres al margen de su posición social en cuanto mujeres de su sociedad.

¿Qué reto supone esto para los y las profesionales de la salud y para aquellos otros colectivos o personas interesadas en pensar sobre esta problemática? Creo que varios, y voy a plantear algunos de los que a mi parecer son más significativos.

El primero sería justamente reflexionar sobre cuál es hoy por hoy la situación social de las mujeres y no patologizar, y así individualizar, lo que en muchos casos son síntomas y expresiones de malestares sociales.

Junto al anterior, me parece que otro reto sería complejizar la situación de las mujeres. No existe "la" mujer como categoría abstracta; existen las mujeres diferenciadas entre sí por otra serie de factores también estructurantes como son su clase social, su etnicidad y su práctica sexual, y habría que pensar cómo esa conjunción de variables está afectando a su situación concreta como individuos de esta sociedad, con el objetivo de no esencializar ni realizar un análisis apriorístico de esa situación. Voy a explicar brevemente porqué planteo esto.

Cuando en los años setenta (fijaros que hablamos de los años setenta, que desde entonces ha llovido bastante, aunque a veces parezca que no) los movimientos y las teorías feministas, y hago referencia a los movimientos y las teorías feministas porque no olvidemos que fueron estas las que acuñaron el concepto de género y las que proporcionaron las principales herramientas teórico-metodológicas que posibilitaron empezar a pensar sobre estas cuestiones. Pues bien, cuando en los años setenta los movimientos y las teorías feministas reaccionaron contra el androcentrismo que reinaba en las ciencias se encontraron frente a la necesidad coyuntural de visibilizar el sexo que había sido naturalizado socialmente, esto es, a las mujeres, y para ello tuvieron que poner énfasis en la unidad del colectivo frente a sus diferencias internas; es decir, en lo que nos unía como mujeres primando lo semejante frente a lo diferente con el objetivo de convertir a las mujeres en sujetos históricos, que hasta entonces no lo eran.

La crítica al androcentrismo significó hacer frente a una serie de pasos: revisar y criticar todas las teorías y conocimientos acumulados hasta el momento; revisar y criticar la metodología y las técnicas que se habían utilizado en investigación; y, por último y en consecuencia, formular y elaborar nuevas teorías, nuevos marcos conceptuales que permitiesen pensar desde una lógica social y no desde una

lógica natural todas las cuestiones que tenían que ver con las desigualdades de sexo-género, con su funcionamiento y con sus procesos de cambio y/o reproducción.

Esta tarea de crítica al androcentrismo se llevó a cabo con más o menos éxito (no quiero decir que sea una tarea finalizada), pero se llevó a cabo con más o menos éxito en ciencias sociales. En lo que conozco, la biomedicina ha prestado especiales resistencias a esta revisión de forma que no es hasta la década de los noventa cuando se comienza a introducir lo que hoy se conoce como "perspectiva de género" y se empieza a reivindicar que las mujeres aparezcan también como sujetos sociales en las investigaciones y protocolos biomédicos.

Si el androcentrismo es una perspectiva centralista que considera que el centro de la vida social refiere únicamente a los varones de una sociedad, que sólo ellos son sujetos sociales; una perspectiva androcéntrica no significa necesariamente que las mujeres estén invisibilizadas: es que no tienen significado social. Pues bien, como se ha señalado en las intervenciones que me han precedido, y no voy a insistir mucho más en ello, la perspectiva androcéntrica en biomedicina ha provocado que la mayoría de las investigaciones se realizasen exclusivamente con hombres y se generalizasen los resultados a las mujeres, acumulando un acervo de conocimientos basados sólo en poblaciones de varones. Ello ha supuesto que las enfermedades que afectan a las mujeres no hayan sido investigadas con el mismo rigor que las de los hombres y que incluso las propias diferencias biológicas de morbilidad y mortalidad no fuesen tenidas en cuenta.

En las teorías feministas, la crítica al androcentrismo fue un paso necesario pero insuficiente, de modo que en la década de los ochenta se produce un cuestionamiento de la categoría "mujeres" y se pasa a plantear la necesidad de tener en cuenta otros factores de desigualdad como son la etnicidad, la clase social o la sexualidad y su articulación. En definitiva, se produce una autocrítica al sesgo heterosexual, blanco y de clase media de la teoría feminista y surge la necesidad de analizar el problema de la diferencia. Se plantea que no es posible hablar de una identidad única para todas las mujeres por el sólo hecho de serlo. Existen mujeres negras, mujeres lesbianas, mujeres gitanas, empresarias... y es necesario pensar en términos de relaciones. No olvidemos que precisamente el concepto de género se empieza a utilizar porque permite pensar las diferencias (la categoría "mujer" no) y por su énfasis relacional, esto es, porque subraya que hombres y mujeres sólo pueden ser pensados por las relaciones que mantienen entre sí, introduciendo la posibilidad de pensar en función de sus relaciones con otras categorías: clase, etnia y sexualidad, así como de tener en cuenta sus transformaciones. ¿Qué significa este cambio? Que recuperar a las mujeres no era tanto un problema de buscar algo que había sido olvidado sino un problema de significar relaciones entre seres y grupos humanos que antes habían sido omitidas (Bock, 1991): estudiar las relaciones entre los sexos y entender que son relaciones sociales y no naturales y, por tanto, que es necesario contemplarlas en el análisis de cualquier realidad social.

Pero no sólo las relaciones entre los sexos sino también las relaciones dentro de cada sexo, entre las mujeres y entre los hombres, porque aunque la mayor parte de las investigaciones refieren a varones, en raras ocasiones se ha tenido en cuenta su inserción en las relaciones sociales de sexo (ibidem). Durante mucho tiempo género se ha utilizado como sinónimo de mujer, pensando implícitamente que los hombres no estaban afectados por su posición de sexo-género, probablemente en la medida en que ocupan una posición dominante en este tipo de relaciones. Lo cual nos conduce al último de los

retos que creo que nos tenemos que plantear: estudiar la salud de los hombres en tanto que varones de su sociedad.

Para ejemplificar algunos de estos retos quiero empezar a concluir mi intervención haciendo referencia a una "enfermedad", entre comillas, que ilustra alguna de las cuestiones planteadas hasta este momento en la medida en que, en primer lugar, patologiza lo que creo que son fracturas y malestares sociales; en segundo, al ser de aparición relativamente reciente, está todavía en vías de medicalización; y, por último, afecta mayoritariamente a los hombres: la vigorexia.

La vigorexia es una "enfermedad" que tiene que ver con una errónea autopercepción corporal, es decir, con individuos que se autoperciben como frágiles y delicados, en contraste con su apariencia llamativamente musculosa. Frente a otras enfermedades de autopercepción corporal no va asociada tanto a los trastornos de conducta alimentaria, aunque también incluye dietas y otro tipo de suplementos dietéticos, sino sobre todo a la realización de ejercicio físico dirigido a ganar masa muscular. Desde la reflexión que proponemos, parece claro que la vigorexia podría calificarse entre los ya nombrados **síndromes de filiación cultural**, esto es, entre aquellas alteraciones y trastornos que aparecen en contextos culturales específicos y no fuera de ellos. No cabe duda de que la vigorexia es una patología cultural de occidente y parece claro también que es una patología sexuada, ya que afecta principalmente a varones.

Las patologías culturales proporcionan un mensaje claro: más allá de lo exótico de algunas dolencias, el entorno social juega un papel más importante de lo que comúnmente admite la biomedicina. Y ello tiene su importancia a la hora de diseñar terapias que no se basen meramente en las respuestas biológicas. La vigorexia es un fenómeno que incide y se encarna en los cuerpos y en esa medida refleja la existencia de una intervención social sobre el cuerpo que no podemos reducir al ámbito de lo individual y de lo privado. En este sentido y en la tarea de pensar qué tipo de relaciones sociales y qué sistema social tenemos, creo que la vigorexia nos remite a dos tipos de cuestiones. Por un lado, a los cambios y a las transformaciones acaecidas en los modelos de masculinidad y de sexualidad. Más que plantear que existe una "crisis de la masculinidad" habría que hablar de una crisis del modelo hegemónico de masculinidad, que no es lo mismo, y de la existencia creciente de un modelo mediático de masculinidad fuertemente condicionado por el mercado que nos remite a fenómenos como la metrosexualidad. Por otro lado, habría que hacer referencia a la creciente inserción del cuerpo en el mercado. Si hasta hace unas décadas este hecho afectaba fundamentalmente al de las mujeres, la novedad es que, crecientemente, el cuerpo de los hombres está empezando también a ser objeto de atención privilegiada por parte de un mercado que ve en ellos un colectivo de potenciales consumidores de productos de belleza, de estética y de "salud" en general (esa idea el hombre como el oso contra más feo más hermoso ha pasado de moda); y eso está teniendo consecuencias.

Si a todo ello añadimos la creciente importancia que está adquiriendo ese cuerpo en la construcción de nuestra identidad individual y en la interacción social, no es descabellado pensar que enfermedades tales como la vigorexia podrían ser consideradas como los síntomas, encarnados en los cuerpos, de una serie de problemas sociales y no tanto, o no solamente, como cuestiones individuales manifestadas por un cuerpo en un momento específico.

Me he referido a la vigorexia únicamente porque constituye el objeto en curso de una de mis últimas investigaciones pero, y en lo relativo a la salud de las mujeres, qué duda cabe que problemas como la fibromialgia, la anorexia o la bulimia deberían ser objeto de un análisis similar que refiriera a las condiciones sociales de vida de las mujeres que padecen estas enfermedades: dobles y triples jornadas, hijos y familiares mayores a su cargo que nos remiten a la crisis de la sociedad del bienestar y a la familia -léase a las mujeres dentro de ella- como "colchón" a esa crisis; papel de las mujeres como cuidadoras y sostén emocional; peso de las expectativas y presiones sociales sobre sus cuerpos, entre otras.

El ejemplo de la fibromialgia, que ha sido citado en intervenciones anteriores, está siendo abordado en este sentido, es decir, planteando que la fibromialgia no es más que una palabra para etiquetar un dolor y un malestar generalizado proveniente de las discriminaciones que sufren las mujeres en nuestra sociedad. La anorexia, por su parte, nos remitiría a los esfuerzos de estas por adecuarse a los modelos estéticos dominantes basados en el ideal de la delgadez así como al peso que tiene esa adecuación en la construcción de nuestra identidad social como mujeres (Méndez, 1995). Es decir: no es que queramos adaptarnos a los modelos estéticos hegemónicos porque como tontas obedezcamos a los reclamos publicitarios que se nos ofrecen; es que esa adecuación tiene un peso importante en la construcción de nuestra identidad social. En multitud de ocasiones podemos observar cómo se nos valora en gran medida por nuestra apariencia física, apariencia que va íntimamente ligada a los requisitos que conlleva hoy ser una mujer "moderna": feminidad y atractivo, salud y cuidado corporal, pero también actividad, dinamismo, inteligencia, competitividad, a ser posible un proyecto profesional, y todo ello sin descuidar por supuesto la pareja y la maternidad.

Creo que en esta tarea la Antropología puede aportar una visión más holística de la salud y la enfermedad que nos conduzca a una reflexión crítica sobre nuestra sociedad y su proceso de medicalización. La tarea de repensar críticamente el proceso de salud y enfermedad es importante porque, entre otras cosas, si algún colectivo social está medicalizado este es, por excelencia y como sabemos, el de las mujeres: todo lo que refiere a su ciclo vital (menstruación, embarazo, parto, menopausia) está problematizado, patologizado y, en consecuencia, considerado como una cuestión médica. El principal problema de la medicalización es que niega, oscurece e ignora las causas sociales de cualquier problema que sometamos a estudio. La vigorexia, la anorexia o la fibromialgia, si se medicalizan, pasan a convertirse en el problema de **un** hombre o de **una** mujer concreta y determinada, ocultando, en este caso, las consecuencias de las relaciones sociales de sexo sobre los procesos de salud y enfermedad.

Para terminar, quiero aclarar que no se trata de negar la importancia del sufrimiento y el dolor de las personas que padecen determinadas patologías y su derecho a una asistencia sanitaria, sino señalar que, en un horizonte de cambio y desde un pensamiento crítico, es necesario no olvidar también la urgencia de plantear proyectos de transformación social, es decir, pensar sobre qué tipo de sociedad, qué relaciones sociales y qué modelo social. Nada más, muchas gracias.

## REFERENCIAS

- Bock, Gisela [1989] (1991) "La historia de las mujeres y la historia del género: aspectos de un debate internacional", *Historia Social* nº9: 55-77.
- Méndez, Lourdes (1995) "Recetarios mágico-científicos al servicio de la estética de la delgadez: cuerpos de mujeres, cuerpos de hombres", *Anorexia. Dieta, Estética, Crenzas. Actas do Seminario, Museo do Pobo Galego*. Pp 117-127.
- Menéndez, Eduardo (1981) *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- Martínez, Ángel (1996) "Antropología de la Salud. Una aproximación genealógica", Prat, Joan y Martínez, Angel *Ensayos de antropología cultural*, Editorial Ariel, Barcelona. Pp 368-381.
- Scott, Joan [1985](1990) "El género: una categoría útil para el análisis histórico", Amelang, James y Nash, Mary (Eds) *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Edicions Alfons El Magnanim, Valencia. Pp 23-56.

## INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE SALUD.

### Begoña López-Dóriga Alonso

*Directora del Programa de Salud y Servicios Sociales. Instituto de la Mujer*

Para hablar de los programas con perspectiva de género, conviene, primeramente, situarse en el marco de las políticas de salud y, en concreto, plantear las estrategias que se están siguiendo para modificar las desigualdades de género que afectan a la salud de las mujeres. Una de estas estrategias es la de **mainstreaming de género** que es un proceso tanto técnico como político y que para su puesta en marcha necesita tanto de personal cualificado y sensibilizado en salud y género, como de voluntad política y de dotación de recursos.

Es una forma de intervención que no sólo se refiere a la transversalidad, en el sentido de incorporar a todas las instituciones en el objetivo de alcanzar la igualdad, sino que requiere tener en cuenta las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, así como la construcción social de la feminidad y la masculinidad. Pero aparte de esta estrategia, hay que seguir mantenimiento políticas de igualdad específicas.

Para la región europea de la Organización Mundial de la Salud supone un desafío el integrar el enfoque de género en los análisis, en el diseño y en el seguimiento de las políticas y de los programas, así como lograr que se apliquen los compromisos internacionales. Para poder avanzar se precisa que los y las responsables de las políticas, los y las profesionales de atención primaria, las personas gestoras perciban la relación entre el género y su área de trabajo; por eso es tan importante jornadas como éstas donde podamos reflexionar y ser conscientes del proceso en el que estamos participando.

Para aplicar el *mainstreaming* de género hace falta conocer las implicaciones positivas que conlleva esta integración en nuestro trabajo cotidiano, utilizando la evidencia y el debate técnico como instrumentos. A lo largo de este proceso, se ha de contar con la participación de las mujeres.

Para las personas que deseen profundizar en este tipo de estrategia disponemos de una publicación que recoge los contenidos del seminario sobre "*Mainstreaming* de género en las políticas de Salud en Europa" que se realizó en el año 2001. También contamos con la revista *Entre Nous* que nos informa de los debates europeos, de las directrices de la Organización Mundial de la Salud y da a conocer nuevos recursos para el empoderamiento de las mujeres.

Al revisar los **programas de salud** desde una perspectiva de género observamos que se han impulsado aquellos que afectan específicamente a las mujeres como una manera de visibilizar las necesidades de salud y de participar de los beneficios del sistema sanitario. Este enfoque ha supuesto avances en los programas de la mujer: embarazo, climaterio..., pero, hoy día, nos planteamos que los cambios no sólo se deben de limitar a este tipo de prestaciones, sino que se ha de tener en cuenta las desigualdades en salud en diferentes prestaciones y programas ofertados desde el sistema sanitario.

En relación al **enfoque de género**, aunque las compañeras que han intervenido anteriormente ya han abordado este tema y comparto su discurso, quiero destacar que el concepto de identidad sexual se construye en un contexto cultural y social, creando representaciones de lo femenino y de lo masculino que actúan como modelos ideales que, a su vez, inciden en la estructuración psíquica del sujeto mujer y hombre. De ahí que considere muy importante el poder observar en la consulta que las usuarias y los usuarios han interiorizado esos modelos ideales, esos mandatos de género y se han estructurado de forma singular, lo que permite poder intervenir de forma más eficaz.

Las mujeres hemos hecho cambios importantes durante este siglo, hemos reflexionado sobre los valores sociales, realizado modificaciones en la forma de vivir las relaciones de pareja, la sexualidad, la vida cotidiana; sin embargo, siguen vigente antiguas expectativas sociales que llevan a esperar de las mujeres que cumplan con los roles tradicionales. Esto supone, que en las relaciones de pareja, en las relaciones íntimas surjan contradicciones que también estarán presentes en las usuarias y usuarios que acceden al sistema sanitario.

Para integrar el enfoque de género en salud, hay que considerar que la situación de los hombres y mujeres en esta sociedad es diferente por causas socioculturales de género, y ello conlleva desigualdades en los padecimientos de salud e inequidades en la disponibilidad de poder, de beneficios y de recursos.

Estudiar la **morbilidad diferencial** por sexos, **las desigualdades en el acceso y la atención de salud** y sus correspondientes sesgos de género, así como investigar y articular medidas para modificar aquellas desigualdades son las líneas de acción para tender hacia la equidad entre los sexos, pero además, es necesario considerar la incorporación del **género como categoría de análisis** en las políticas sanitarias, en los modelos teóricos, en la investigación, en los programas de prevención y en la práctica clínica.

Para ello se requiere partir de un **marco teórico** que explique el proceso de salud enfermedad relacionado, no sólo con la biología, sino también con el contexto social en que se vive, con la experiencia vivida por cada cual y con los significados subjetivos de esa experiencia.

Sin embargo, es habitual partir de un paradigma biomédico, olvidando que para una atención integral necesitaríamos paradigmas que partan de la teoría biosicosocial, donde la salud-enfermedad sea un proceso y que en su definición intervenga también la experiencia del y la paciente tomado como sujeto.

Además habría de contemplar el enfoque de género que plante que se vive y se enferma con diferentes significados a partir del sexo biológico, que los significados y valoraciones culturales y sociales son diferentes y jerarquizados para ambos sexos y que contemple las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

En cuanto al modelo de atención y para señalar algunas prioridades voy a partir de un programa de Intervención psicosocial para Mejorar la Calidad de Vida de Mujeres con **Cáncer de Mama**, que impulsamos desde el Instituto de la Mujer, como una experiencia de trabajo desde un enfoque de género que se dirige a mujeres que están ya en un proceso de tratamiento. Nos planteamos una atención sanitaria que trascienda la dimensión biológica y médica y que aborde el impacto emocional que supone un diagnóstico de estas características y las dificultades que conlleva el tratamiento.

Contempla que los roles asignados a las mujeres y los atributos como la capacidad de ayuda y el soporte emocional a la familia, la abnegación, el vivir para otros son rasgos que tradicionalmente se han valorado en las mujeres y que pueden suponer una dificultad para el autocuidado. Así el recibir cuidado, a veces, puede conllevar un sentimiento de culpabilidad por transgredir un mandato de género.

También este tipo de patología afecta a una parte del cuerpo que puede convertirse en una importante fuente de malestar psicológico. La mujer sufre cambios físicos que son difíciles de asumir, sobre todo, en una sociedad que presiona mediante modelos ideales de belleza, por lo que se ha de considerar el papel que tiene esta pérdida en cuanto a su imagen, su autoestima.

Si aplicamos la perspectiva de género a programas de **reproducción humana asistida** tendríamos que destacar que una parte de las usuarias de estas técnicas son aquellas que se están planteando ser madres de forma biológica en una edad avanzada, lo que supone, en algunos casos, recurrir a técnicas que precisan de la donación de óvulos y mayores costes de tiempo, personales y de intervención en sus cuerpos.

Este retraso de la edad materna es debido, en parte, a la discriminación que las mujeres están sufriendo en el mercado laboral y a la escasa responsabilidad de los hombres en la crianza y en el cuidado. Todo esto nos permite hablar de condicionantes de género como otra causa más de infertilidad en mujeres de edad avanzada.

Estas causas sociales y de género deben de contemplarse en las políticas vigentes, en la legislación y en los programas debido a que no se relacionan estos procesos de salud de infertilidad con los factores asociados: las dimensiones sociales, culturales y psíquicas y su articulación en función del sexo biológico.

También tendremos que analizar el papel de las donantes de gametos y el impacto de estas técnicas sobre su salud física y psicológica; en concreto, sobre las jóvenes y las mujeres inmigrantes al ser quienes, fundamentalmente, están donando estos óvulos - estudiantes universitarias, entre 20 y 25 años y, últimamente, mujeres inmigrantes, en su mayoría de los países del Este-.

Será necesario valorar si las normativas vigentes constituyen garantías suficientes para su salud, si la compensación económica que están ofreciendo a las mujeres donantes de óvulos sigue siendo un reclamo, ya que, por un lado, la legislación prohíbe el carácter lucrativo, pero, en cambio, permite una compensación económica. Además, es preciso revisar si la legislación actual protege la salud de las donantes en cuanto al número de procedimientos al año, ya que sanciona una realización continuada de estas prácticas de estimulación ovárica pero, en realidad, están llegando a ser invitadas a realizar hasta tres o cuatro estimulaciones ováricas en un año.

Antes se ha hablado del aumento de la **transmisión del VIH en mujeres**, y convendría concretar que este incremento se está produciendo, fundamentalmente, en la transmisión heterosexual.

Para incorporar la perspectiva de género en los programas tenemos que contemplar que las representaciones sociales están influidas por las imágenes de la publicidad, que no solamente promueve ciertos productos, sino que contribuyen a reforzar el imaginario social que interviene en la construcción del sujeto femenino y masculino al ofrecer modelos de identificación y de autopercepción creando patrones de belleza y también modelos de sexualidad que inciden en la salud. Imágenes en las que las mujeres pueden aparecer como objetos sexuales y disponibles sexualmente.

Las representaciones sociales influyen en el diseño de las políticas, de los programas porque las mujeres desde el sistema sanitario y desde la propia atención en consulta pueden ser percibidas y tratadas como madres, como reproductoras y como cuidadoras.

Así, preocuparía de la salud de las mujeres sólo como vectores de transmisión del VIH a sus hijos y a sus hijas - la transmisión vertical -, como cuidadoras de la pareja, hijos/as - y como transmisoras de información, lo que conlleva que el papel de madre, de cuidadora ocupa el espacio que podría tener la mujer como sujeto de atención. Las propias mujeres, muchas veces, tampoco se perciben como sujetas a este riesgo porque han interiorizado estos roles como imperativos de género a cumplir.

Partiendo del material elaborado por Sara Velasco Arias para el programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH en las Mujeres, podemos destacar que los condicionantes de género en la prevención del VIH en mujeres tiene que ver, con las relaciones de subordinación respecto al hombre, la dependencia afectiva y económica, la pasividad, la negación de su vulnerabilidad y riesgo, la autovalidación como mujer a través de la relación con el hombre, la negación del propio deseo, a una entrega incondicional, a la baja autoestima y competencia para negociar relaciones sexuales en las que se utilicen medidas de protección, a la dificultad para poner límites por temor a ser rechazadas.

Y en cuanto a los hombres a la negación de la debilidad, del riesgo por la necesidad de mantener sentimientos de invulnerabilidad, a demostrar su capacidad y deseo sexual, a la sexualidad de demostración, a la negativa al uso del preservativo, a la hipervaloración del coito, a la insatisfacción del deseo no coital, a la sexualidad urgente, a la relación de poder, posesión y exclusividad con su pareja estable y a la intolerancia hacia la mujer que muestre su deseo sexual.

Antes de concluir me gustaría destacar que es necesario contar con la participación de las asociaciones de mujeres. Que desde el sistema sanitario no solamente se ha de pedir, a través de las subvenciones a ONGs, que realicen funciones de apoyo emocional a las usuarias en algunos programas (violencia de género, en cáncer de mama...), o demandar su colaboración como transmisoras de información, sino que las mujeres han de estar presentes para incorporar la perspectiva de género en el diseño, en la aplicación y en el seguimiento de los programas. Muchas gracias.

## REFERENCIAS

- Seminario sobre *mainstreaming* de género en las políticas de salud en Europa. Madrid, 14 de septiembre de 2001. serie debate, 34. edición 2002

- Relaciones de género y subjetividad. método para programas de prevención. Sara Velasco Arias. salud 5. (1ª edición 2002)
- La prevención de la transmisión heterosexual del vih/sida en mujeres. Sara Velasco Arias. 2ª edición 2000 / (1ª edición: 2000).
- Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Salud 4. 1ª Reimpresión 2004 (1ª Edición: 2002).

# 04

## **SALUD Y GÉNERO EN ESPAÑA. OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES.**

**CONCHA COLOMER REVUELTA**

*Directora del Observatorio de la Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo*



*Un observatorio es "un lugar o posición que sirve para hacer observaciones" y observar es "examinar atentamente, advertir, reparar, estudiar los fenómenos con fines científicos útiles para la vida".*

Las mujeres tienen peor salud física y mental y padecen trastornos psicoafectivos con mayor frecuencia que los hombres. Los factores que explican y determinan esa situación están relacionados con los aspectos biológicos y con lo social, el sistema sexo-género que atribuye roles diferentes.

Los sistemas sanitarios y políticas de salud pueden incrementar las desigualdades si no se orientan con perspectiva de género. El OSM aporta conocimiento para la acción con un enfoque que incluye desde los aspectos sanitarios a los sociales, desde los biológicos a los ambientales.

El fin del OSM es promover la disminución de las desigualdades en salud por género. Actúa mediante la información, investigación, comunicación y formación de manera participativa y colaborativa.

En su desarrollo, una vez definidos en el 2004 sus contenidos y productos, dedicó el 2005 al lanzamiento de sus productos estableciendo las bases para su elaboración con las personas, organizaciones e instituciones pertinentes en los temas. En el 2006 se han alcanzado la mayoría de los objetivos planteados en las cuatro áreas de trabajo y se está estabilizando el equipo y la dinámica de trabajo.

Entre los productos principales del OSM se cuenta con un Informe Anual Salud y Género, la página web y otras publicaciones en diferentes formatos. El OSM produce recomendaciones para la práctica asistencial, la investigación, la educación y las políticas de salud, que están basadas en análisis y estudios y elaboradas en colaboración con las y los agentes sociales implicados en cada caso.

El Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) es un órgano del MSC adscrito a la Secretaría General de Sanidad a través de la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. El OSM se plantea los siguientes objetivos generales:

1. Promover el Observatorio como lugar de encuentro en el que todas las personas y organizaciones con interés en el tema puedan participar y promover actividades.
2. Obtener y difundir información que permita mejorar el conocimiento acerca de las causas y dimensiones de las diferencias en salud entre hombres y mujeres.
3. Promover la investigación, el debate, la comunicación, la formación y la difusión de conocimientos acerca de las maneras más efectivas de eliminar las diferencias en salud, y facilitar el acceso y la utilización de los servicios sanitarios en equidad a hombres y mujeres.

4. Promover las innovaciones organizativas en la atención sanitaria, en los planes y políticas de salud y en las políticas de investigación, que permitan mejorar la efectividad y la seguridad de las intervenciones sanitarias dirigidas a las mujeres, y la inclusión de la perspectiva de género en todas las actuaciones.
5. Colaborar con otras instituciones y organizaciones públicas y privadas para alcanzar los fines del OSM y dar soporte, especialmente, al Consejo Interterritorial del SNS en el desarrollo de indicadores, metodología y procedimientos para el seguimiento y promoción de propuestas que integren la perspectiva de salud y género en las estructuras de gobernabilidad y planes intersectoriales.

# 05

*mesa redonda*

## MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES

---

*EL DERECHO DE LAS MUJERES A CONOCER, DECIDIR Y SER  
PROTAGONISTAS DE SU SALUD*

**CARME VALLS LLOBET**

---

*TERAPIA HORMONAL*

**CARME VALLS LLOBET**

---

*LA MEDICALIZACIÓN DEL PARTO. LA CESÁREA*

**ENRIQUETA BARRANCO CASTILLO**



## EL DERECHO DE LAS MUJERES A CONOCER, DECIDIR Y SER PROTAGONISTAS DE SU SALUD.

### Carme Valls Llobet

*Endocrinóloga. Presidenta del Centro de Análisis y Programas Sanitarios.*

#### DISTINTOS ABORDAJES DE LA SALUD DE LAS MUJERES

Muchas gracias y, en primer lugar, quiero disculpar a mi compañera Leonor Taboada que no ha podido venir, así que, aunque no será lo mismo, puesto que hace años que trabajamos juntas en el CAPS<sup>1</sup>, voy a resumir nuestras reflexiones sobre el derecho de las mujeres a conocer, a decidir y a ser protagonistas de su salud. El derecho está claro, el problema son las dificultades para ejercerlo, o sea, no creo que nadie en esta sala nos pueda negar el derecho, pero las dificultades son muchas.

El primer problema a abordar en la salud de las mujeres, respecto a si podemos ser o no protagonistas de ella, ha venido dado por los estudios de las facultades de medicina y, cuando no había estudios, por las opiniones de los padres de la iglesia o de filósofos como Aristóteles. Es decir, todo el mundo ha definido la salud de las mujeres, menos las mismas mujeres. Por ejemplo, a mí me enseñaron en la Facultad de Medicina, cuando estudiaba hace treinta y cinco años, que hombres y mujeres eran iguales y que no hay diferencias en el enfermar, ni por razones biológicas, ni por razones sociales. Por lo tanto, si no había diferencias, estudiando a los hombres ya teníamos arreglado el tema, ya estaban estudiadas todas las mujeres, menos en el embarazo y el parto.

En segundo lugar, vino una corriente, fundamentalmente feminista, de los años 60-70-80, en la que se empezó a decir que en la salud de las mujeres, y aquí empezamos a participar en las decisiones, sí incidía la discriminación y la violencia que habían sufrido. Sin embargo, ellas también decían que, biológicamente, hombres y mujeres éramos iguales, que el problema diferencial estaba en la violencia social o en la discriminación social.

Después vino la corriente de los años 90 hasta el 2000 en la que, de golpe, "se descubrió" que teníamos una enfermedad que se llamaba menopausia y entonces dijeron: "las mujeres, pobrecitas, tienen un problema, son víctimas de su cuerpo, son diferentes que los hombres, tienen la menopausia".

<sup>1</sup> Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Barcelona. [www.caps.pangea.org](http://www.caps.pangea.org)

Y, además, se acordaron en aquel momento de que, a lo mejor, también teníamos la menstruación durante los cuarenta años anteriores. De hecho, la menstruación ha quedado tradicionalmente oculta para la medicina, no se estudiaba (no sé ahora) en las facultades de medicina. Nos daban una clase de aproximadamente una hora y, a partir de aquí, no se volvía a nombrar ni a investigar sobre ella, como si no existiera, como si no influyera en el cuerpo, en las hormonas, en el cerebro... todo esto quedaba oculto. Pero, de repente, aparece por primera vez una palabra "víctimas", víctimas del cuerpo y aquí no podíamos protestar. Muchas mujeres se han tomado las hormonas (la terapia hormonal sustitutiva) porque les dijeron que si no se las tomaban acabarían muy mal.

Por último, en nuestro congreso de Mujer, Salud y Trabajo (CAPS. Barcelona, 1996) las investigadoras de todo el mundo que nos reunimos y nos organizamos en red, acordamos que la salud de las mujeres había que estudiarla en relación a la biología, a la psicología y a la sociedad, que eran aspectos que no se podían separar porque seguro que había diferencias biológicas, psicológicas y sociales respecto a los hombres. Y esto es lo que voy a intentar demostrar.

### SESGO DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN

El primer gran descubrimiento fue ver que no hay ciencia de la diferencia (ahora empieza) y que las mujeres habían sido invisibles para la ciencia médica, tanto los aspectos biológicos como la clínica de las enfermedades. No se ha estudiado si los infartos son diferentes entre hombres y mujeres, la influencia en la salud de las diferencias psicológicas, culturales o sociales (imperativos de género, condiciones de vida y trabajo...), si los problemas medioambientales (la polución, las dioxinas, los cosméticos) nos afectan de forma diferente a hombres y mujeres...

¿Cómo vamos a ser protagonistas de nuestra salud si la ciencia que se estudia en las universidades, no nos tiene en cuenta? La primera ausencia es que no estamos como sujetos de estudio, y ésta fue la primera revelación: el sexo de género en los estudios. Por lo tanto, cuando se investiga un tratamiento, un nuevo fármaco o una nueva terapia hay muy pocos estudios en los que queden incluidas las mujeres.

En el simposio de Mujer, Salud y Calidad de Vida (CAPS 1990) nos enteramos de que ya se empezaban a saber (porque se estaban haciendo estudios) cosas como que hay diferencias en cómo vemos la salud. Las mujeres percibimos el estado de salud peor que los hombres. Si preguntamos a un grupo de mujeres y hombres "¿Usted cómo se encuentra: bien, mal o regular?", hay más mujeres que dirán mal y regular, y más hombres que dirán bien y regular. Ésta es una diferencia que ha salido en "la encuesta de salud" no sólo de España, de Cataluña o de Andalucía, sino en todos los estudios de todo el mundo.

¿Quiere decir esto que la mujer tiene una salud peor? Solamente quiere decir que ella se siente mal, y el sentirse mal no sólo depende de la salud, sino de muchas otras circunstancias vitales. Lo que sí vimos es que había una mayor utilización de los servicios hospitalarios por parte de los hombres. Esto lo veréis en cualquier sala de hospital que no sea la de ginecología, veréis que hay el doble de hombres que de mujeres ingresados en respiratorio, digestivo o en cualquier patología aguda. En cambio, se vio que las mujeres utilizaban más los servicios ambulatorios; por lo tanto, no es que fueran protagonistas ni pudieran decidir, pero ellas iban a buscar ayuda a problemas que tenían ellas. ¿Qué problemas tenían

ellas? Pues, fundamentalmente: cansancio y dolor, y casi siempre patologías crónicas, no agudas, es decir, cosas que le sobrevenían en el tiempo y que duraban mucho tiempo. En cambio, a los hombres tenían más problemas agudos, un vómito de sangre, una pulmonía, etcétera, y tenían que pedir ayuda de urgencias en el hospital.

Parece que sea una obviedad, pero nos costó mucho demostrarlo en el año 90, porque la mayoría de los epidemiólogos nos decían que las mujeres acudían a los ambulatorios porque tenían más tiempo que perder, igual que iban a la peluquería, se iban al ambulatorio. Entonces tuvimos que demostrar que no, que no era porque tenían ganas de ir a pasear, que para ir a pasear ya se iban a pasear donde les gustara, sino que querían ser atendidas del problema de cansancio o de dolor que sentían.

Y entonces nos encontramos con unos sesgos de género dentro de la medicina, que hoy no explicaré, pero que nos impiden ser protagonistas. En primer lugar, porque la medicina reproduce los mismos estereotipos de género que la sociedad en todos sus aspectos. Ahora os lo explicaré. En segundo lugar, porque no estamos en la investigación, como ya he dicho, y tampoco estamos en la docencia que se da en las universidades. En tercer lugar, porque a las mujeres, más que a los hombres (pero a los hombres también), las condiciones de vida y trabajo las sobrecargan, afectan a su salud; por eso, muchas veces, cuando nos dicen: "no me encuentro bien", a lo mejor, lo que te están diciendo es: "no he parado en todo el día y en toda la noche porque tengo niños pequeños, tengo ancianos, tengo enfermos que curar y todo esto me está afectando a la salud".

Tampoco se ha investigado si hay enfermedades que transcurren de modo diferente entre hombres y mujeres, ni la organización sanitaria está pensada por y para mujeres; hasta ahora la han hecho hombres, y las médicas no hemos participado en igualdad y en paridad para poder decidir cómo lo haríamos. En último lugar, también ha habido muchos sesgos de género en las tareas de prevención y promoción de la salud.

### ¿QUÉ ESTEREOTIPOS SON DE GÉNERO?

Los primeros estereotipos de género son aquellos que ya sabemos que la sociedad patriarcal ha ejercido dentro de la sociedad: fundamentalmente, decir que las mujeres son inferiores *per se*, y, en segundo lugar, invisibilizar todo lo que hagan para que no se note. El trabajo de las mujeres, el doméstico, se nota cuando no se hace, por tanto, para probar que "es" trabajo lo que podéis hacer es parar de hacerlo durante tres días y ya notarán qué es lo que estabais haciendo. Una pequeña huelga de tres días permite ver, visibilizar perfectamente qué es lo que estaba haciendo aquella persona que "no hacía nada".

El tercer estereotipo de género es que el patriarcado ha querido poseer y controlar la vida de las mujeres, y la medicina no se aparta de estas reglas, también las quiere poseer y controlar, y lo ejerce de tres maneras:

¿Qué operaciones hace sobre el cuerpo de las mujeres? **En primer lugar**, naturalizar que es inferior y, por lo tanto, decir que lo normal es que la mujer sea más débil –cuando, biológicamente, la mujer es el sexo más fuerte de la naturaleza, por eso vive más años que el hombre, porque tiene más defensas

contra las infecciones-. En cambio, la debilidad parece que sea el connotativo casi definitorio de lo que es la mujer.

**En segundo lugar**, un problema muy grave y que dificulta mucho el derecho de las mujeres a decidir y a ser protagonistas es que se fragmenta el cuerpo y la experiencia. El cuerpo, a veces, nos lo fragmentamos nosotras solas porque directamente acudimos al especialista en lugar de ir en primer lugar al médico o la médica de primaria (éste es un problema de la sociedad de la especialización). Parece que, directamente, te vas al de riñón o te vas al de respiratorio y no te miras a ti misma como un todo. Pero además, se fragmenta la experiencia que podamos tener de nuestra propia vida, de nuestra propia salud y de nuestra propia enfermedad. Se va directo al síntoma, sin estudiar lo que le está pasando a aquella persona, cómo lo vive o si se le ha muerto un familiar, o si en aquel momento ha tenido una rotura de pareja o ha tenido otros problemas. Esta fragmentación hace que todo se aborde tecnológicamente. La otra es la que liga belleza con salud. Sólo nos falta ver los anuncios televisivos en los que nos señalan una parte de nuestro cuerpo para que lo vayamos a arreglar, para convertirnos una vez más en objeto (y no quiero citar a la corporación que nos bombardea con diversos anuncios en los medios de comunicación). Todo el día nos están diciendo que nuestro único objetivo es gustar, no encontrarnos bien. Y, por último, tenemos otra fragmentación más, ligada a ésta de convertirnos en objetos de deseo, y es la de ser convertidas en objeto de mercado para ser poseídas o controladas por la industria. Te dicen que con una crema irás fantásticamente bien y que te convertirás en más joven o, esto es la última moda, te venden las maravillas de la soja -maravillas que no han sido demostradas científicamente y tienen efectos secundarios sobre la salud de las mujeres-.

Sé que crearé a algunas un cierto grado de angustia con esto que digo, pero os tenía que explicar la ciencia que "no" existe, porque para participar en la decisión hay que saber.

### ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN

¿Cómo hace la medicina que estos estereotipos se introduzca en la investigación? En primer lugar, invisibiliza los problemas que les pasan exactamente a las mujeres, como los trastornos de regla. O, al revés, considera que hay diferencias cuando hay cosas que son muy parecidas. Sólo quiero decir un ejemplo, y es que la patología cardiovascular, que es la primera causa de mortalidad en el sexo femenino, no se valora porque se cree, falsamente, que las mujeres están protegidas del infarto de miocardio por sus hormonas y, a igualdad de problemas, las mujeres no reciben el mismo tratamiento que los hombres, cosa que ya es una profunda desigualdad. Dice: "no hay problema con los infartos, total, ellas están protegidas por sus hormonas". Y esto es falso. También invisibiliza las quejas y los síntomas de las mujeres que proceden de la sobrecarga que soportan en sus condiciones de vida; las minimiza o las maximiza, según, y les dan psicofármacos cuando, a lo mejor, lo que necesitan es hablar y desahogarse. Medicaliza la patología femenina o el malestar sin base científica. O bien, convierte aspectos fisiológicos, como el embarazo o la menopausia, en una enfermedad. Además, hoy no me dedicaré a este tema, pero se cruzan mal los diagnósticos: a la mujer que tiene un problema biológico, se le dice que es psicológico y a la que tiene uno social, se le dice también que es psicológico y no se indaga la verdadera causa de la enfermedad.

Por lo tanto, viendo esta situación tan compleja, nosotras en el grupo del CAPS (donde, por cierto, hacemos una revista que se llama *MyS (Mujeres y Salud)*) asumimos que en la vida y salud de las mujeres inciden tanto las demandas de trabajo, como la biología o la fisiología diferente; pero, sobre todo, incide el hecho de que hemos sido educadas con una baja autoestima y teniendo que alcanzar valores muy altos, o sea, tendiendo a la perfección y no pudiendo ser culpables de nada. Todo esto nos crea una contradicción muy grande y es aquí donde radican muchos de los problemas de salud mental, incluso de dolor físico, que afectan a las mujeres. Porque, no valiendo nada, hemos de parecernos a la Virgen María las más mayores y las más jóvenes a Claudia Schiffer, pero siempre parecernos a modelos ideales, a otra mujer. Y esto es una forma de vivir que crea mucha angustia porque no podemos ser nosotras mismas en cada momento de la vida.

## TERAPIA HORMONAL.

### Carme Valls Llobet

*Endocrinóloga. Presidenta del Centro de Análisis y Programas Sanitarios.*

#### ESTRÓGENOS Y XENOESTRÓGENOS

Vamos a meternos ya un poco más en el tema de la medicalización y entraré en la terapia hormonal. Sin diagnósticos correctos se medicalizan procesos fisiológicos inadecuadamente porque se le atribuyen causas equivocadas. A muchas mujeres les han dicho: "¿A usted le duele algo? Esto es por la menopausia". Falso, la menopausia no duele, para muchas es una liberación de la menstruación, pero si no se tratan adecuadamente las carencias y las enfermedades específicas que pueda tener esta mujer, ya sean de tiroides, anemias, déficit de calcio, u otras enfermedades, los síntomas de estas enfermedades específicas se pueden atribuir a la menopausia (que es lo que se ha venido haciendo), e introducir un tratamiento que, además, le empeore todas las enfermedades específicas. Más o menos ésta es la situación de transición en la que nos encontramos en este momento histórico.

Entro un poco más en la terapia hormonal. ¿Qué hacen nuestras hormonas para entender las consecuencias que puede producir en nuestro organismo el que nos introduzcan unas hormonas externas, sin haber sido bien estudiadas? Nosotros en nuestro organismo tenemos varios tipos de hormonas, la mayoría son iguales que las que tienen los hombres, pero, junto con la progesterona, el estrógeno es la más diferente del sexo femenino. El estrógeno se metaboliza en la célula mamaria. Este metabolito se llama 16 alfa estrógeno y es el que produce el riesgo de cáncer de mama, riesgo que aumenta en las mujeres que tengan, además, mucha obesidad. No que estén redonditas, redonditas somos todas las del Mediterráneo, es lo natural, pero obesidad es cuando pasas 12 o 14 kilos de la talla en centímetros, por ejemplo, una señora de metro sesenta que pesara 74-75 kilos. En los últimos tiempos hemos visto que el incremento del metabolito que ayuda a tener cáncer de mama puede ser más grande en los casos de obesidad en los que se pierde la cintura, una obesidad más masculina, si queréis, es decir, que la cintura haga más diámetro que la cadera. Si hacemos ejercicio físico y tenemos menos obesidad, nos procuramos, entonces, un factor de protección para el cáncer.

A grandes rasgos, lo que quisiera que entendierais de esta complicada cuestión del funcionamiento hormonal es que cualquier producto que nos introduzcan en nuestro organismo, ya sea derivado de la hormona masculina (testosterona), o ya sea un progestágeno, que quiere decir hormona que se

parece a la progesterona pero que no es progesterona natural, sino sintética, se acaba convirtiendo en estrógenos en nuestro organismo. Y ahora veréis por dónde van los tiros, tanto en los anticonceptivos hormonales, como en la terapia hormonal sustitutiva.

Sólo quiero repasar un poco lo que sabemos porque, a veces, nos dicen: "No, es que el cáncer de mama no sabemos de dónde viene". Pues bien, sabemos unos cuantos factores de riesgo: mujeres de clase alta, predominantemente, de zona urbana y raza blanca, primer embarazo después de los treinta años, obesidad; también hay un cierto grado de riesgo en las que han tenido la regla muy pronto o la menopausia muy tarde, historia familiar de cáncer de mama, mama fibroquística, exposición de las mamas a rayos X muy repetida, falta de ejercicio físico, poco consumo de vitamina A y vitamina E.

El que haya problemas con el tiroides también aumenta el exceso de estrógenos libres, o que haya estrógenos ambientales en el agua, en el aire, en los alimentos y en los cosméticos. Por lo tanto, en este momento, existen nuevos riesgos para el cáncer de mama en nuestra sociedad en las personas que, habiendo tomado anticonceptivos hormonales, tengan una historia familiar de cáncer de mama y, por lo tanto, sería un factor de riesgo que lo tendríamos que tener en cuenta pero que todavía no lo hemos internalizado. Antes de dar anticonceptivos hormonales a una chica joven le tendríamos que preguntar: "Su mamá, su abuela y su tía, ¿hay alguien que haya tenido un cáncer de mama?". Si es así, la posibilidad de que ella lo pueda tener aumenta en un término técnico que tenemos las epidemiólogas y epidemiólogos, que se llama *off ratio*, que quiere decir que el riesgo aumenta 5.1, es decir, 500 veces más.

El hecho de haber tomado terapia hormonal sustitutiva con dosis altas también aumenta el riesgo, porque la THS está elaborada a base de estrógenos, fundamentalmente, y de progestágenos. Si sólo nos quitara las sofocaciones y la sequedad vaginal estupendo, pero como aumenta el riesgo de cáncer de mama y otras patologías, pues ya no es estupendo.

Otro problema que está ocurriendo, es que en el tejido mamario también se produce este metabolito cuando la persona tiene en la sangre productos derivados del cloro, derivados de insecticidas, ya que también se comportan como estrógenos al entrar en el organismo. Estos estrógenos ambientales como los insecticidas organoclorados -el famoso DDT que nos ponían para los mosquitos, vive cuarenta años dentro del cuerpo-, u otros que se utilizan en la agricultura, como el endosulfán, que también tiene molécula de cloro. Luego están los bisfenoles, que están en muchas aguas y son derivados de los plásticos; los hidrocarburos derivados de la combustión de gasolina; algunos fármacos; alimentos que contengan hormonas como carnes u otras cosas; los cosméticos; y ahora sabemos también de otro riesgo: el de las radiaciones electromagnéticas.

## LAS TERAPIAS HORMONALES

Me voy a centrar ahora en las terapias específicas para el sexo femenino que se han introducido sin tener evidencias científicas antes de su aplicación. ¿Cuáles?

En primer lugar los **anticonceptivos hormonales**. Se introdujeron en el año 1968, 1969 y 1970 en España y consistían en dosis muy altas que produjeron cambios en el metabolismo, como obesidad o problemas de tiroides. En la segunda generación, disminuyeron la dosis, pero el ensayo-error se hizo, entre comillas, sobre "el mercado de las mujeres"; es decir, ellas se la tomaban y decían que no les sentaban bien y, entonces, los fabricantes disminuían, poco a poco, la dosis hasta llegar a las dosis actuales que son cien veces inferiores, casi, a las anteriores.

Y, en este punto, engancho con la **terapia hormonal sustitutiva**. Cuando empezó, en la década de los noventa, lo primero que hicieron fue crear la idea de que las mujeres eran víctimas de sus cuerpos, que la menopausia era una enfermedad, y nos dijeron: "Si tomáis terapia hormonal tendréis menos infartos y menos fracturas óseas". Antes de ver cuánto de verdad o mentira había en esta afirmación, os voy a contar un poco qué es la menstruación y qué hormonas intervienen en el ciclo, sólo para entender mejor cómo la introducción de más hormonas desde fuera nos puede perjudicar:

El tejido endometrial es el que cubre el interior del útero y crece cada ciclo para albergar al óvulo fecundado, cuando hay embarazo, y es lo que perdemos cada mes durante la menstruación. Ese crecimiento del tejido depende de los estrógenos, cuya producción describe una curva a lo largo del ciclo: en la mitad del ciclo bajan un poco, por eso algunas mujeres tienen un sangrado en medio del mes, y luego vuelven a subir y la progesterona empieza a subir a partir de la ovulación y, al subir, impide que el endometrio crezca más.

Dar hormonas a una mujer ¿qué implica? y ¿qué hacen estas hormonas? Además de hacer crecer el endometrio (los estrógenos), las hormonas actúan en todas partes, pero, sobre todo, en el cerebro. Por eso, sube la temperatura basal a medio mes, la progesterona es un ejemplo, actúa en la zona central del cerebro.

Un ciclo normal no tendría que durar más de 32 días. La menstruación tendría que ser de dos a cuatro días, sólo un día de flujo fuerte, la cantidad menos de 100 centímetros cúbicos, no tendría que haber coágulos, no tendría que sentir síndrome premenstrual y no tendría que sentir dolor. Esto sería lo normal de un ciclo menstrual sano. Además, cambian muchas otras hormonas: en la segunda fase del ciclo hay unas hormonas que hacen retener un poco de agua, angiotensina, rinina y aldosterona.

¿Qué pasa con el síndrome premenstrual? Si hay más retención de agua, porque no hay progesterona, que es la diurética, hay dolor en las mamas e hinchazón, dolor en el bajo vientre, irritabilidad y nerviosismo, mal humor y ganas de llorar, edema en extremidades y aumenta el peso, a veces aumenta uno o dos kilos y luego se vuelve a perder, aunque desgraciadamente no se pierde todo, con lo cual, cada mes vas adquiriendo cien gramos más de celulitis que es la acumulación de agua en el cuerpo.

Pero fijaos que la celulitis no nos la explican así. Nos explican la celulitis como si fuera culpa de nuestro cuerpo y de haber engordado y, en cambio, es una acumulación de agua por malos equilibrios hormonales y endocrinos. ¿Por qué os explico esto? Porque hoy no me tocaba hablar de la menstruación, pero pensaba que, si no os explico esto, no podéis entender por qué dándonos terapia hormonal volvemos a reproducir los mismos síntomas que teníamos durante la menstruación, que es lo que les ha pasado a muchas señoras y, por eso, también la han abandonado, por suerte.

En segundo lugar, un problema de estas hormonas extras es que actúan en el sistema nervioso central, aumentando la adrenalina y la noradrenalina, que son hormonas que ponen muy nerviosa y que aumentan en la segunda fase del ciclo, del 16 al 23 del ciclo. Estas hormonas no sólo actúan en las mamas y en el cuerpo, hinchándonos, sino que también actúan en la cabeza, junto a los estrógenos, y nos ponen, podríamos decir, estimuladas, con creatividad incluso. Esto no es negativo, pero se puede volver así si no hay la suficiente progesterona, que es una hormona que nos ayuda a sedar porque actúa sobre los receptores gaba. Si hay un buen equilibrio entre estrógenos y progesterona, nuestro cuerpo y nuestra mente está equilibrada y armónica, si dominan los estrógenos en segunda fase de ciclo tendremos muchos nervios y estaremos de muy mal humor, muy irritables y tendremos mucho insomnio; si la progesterona está bien nos ayuda a dormir y a equilibrarnos.

¿Qué pasa en la perimenopausia y en la menopausia? Pues que la hormona estimulante de la hipófisis y del ovario empieza a aumentar. Es la hormona de las sofocaciones, que sale disparada cuando intenta encontrar en el cuerpo respuesta de estrógenos y de progesterona que están disminuyendo. Esta hormona de las sofocaciones también se ve más o menos contrarestanda según el estado de otras hormonas, como la serotonina o la adrenalina, por nuestros nervios, en suma. Por lo tanto, si hay una disarmonía en nuestro entorno vital y nos ponemos más nerviosas, tendremos más sofocaciones que si nuestras circunstancias y relaciones son armónicas.

Otra cosa que pasa en la perimenopausia es que muchas mujeres empiezan a reproducir síntomas de sus hijas adolescentes porque tienen muchos estrógenos: se les hinchan las mamas, tienen nódulos mamaros, tienen más miomas uterinos, pero, a la vez, ya empiezan a dormir mal porque la hormona que empieza a disminuir a los 36, 37, 38 años es la progesterona natural; y esto que es la endocrinología natural ha sido poco estudiada por la medicina y por la ginecología y por la misma endocrinología en general, con lo cual, a las mujeres que empiezan a padecer insomnio se les empiezan a dar sedantes en lugar de darles progesterona natural que sería lo que les ayudaría a dormir mejor.

Resumiendo mucho: los estrógenos actúan estimulando el sistema adrenérgico, dopaminérgico y de serotonina, y la progesterona natural actúa sobre los receptores gaba y sobre las endorfinas. Y los cambios de humor y estado de ánimo durante el ciclo menstrual y durante la terapia hormonal tienen una base neuroendocrina. Lo digo porque nos dijeron: "Las mujeres que no se encuentran bien antes de la regla es que aborrecen la regla, no quieren ser mujeres". Y yo les dije: "¿No puede ser que tengan un desequilibrio hormonal?". Y me decían: "No". Bueno, pues ahora ya os puedo decir que sí, que tienen un desequilibrio hormonal y que podemos ayudar a resolverlo.

He hecho este preámbulo también para que no penséis que todas las hormonas son malas, que tenemos cosas buenas y cosas malas en nuestro organismo. El problema fue que no se ha investigado bien. Los anticonceptivos hormonales, por ejemplo, fueron estudiados sólo con cien mujeres de Jamaica y después se metieron en el mercado. La tercera generación de anticonceptivos hormonales, que es la que no entra por la Seguridad Social, contiene un 19 norderivado, que es un derivado de hormona masculina que se convierte en estrógeno en el cuerpo de la mujer, generando el doble de riesgo de trombosis que las generaciones anteriores, y esto también lo tienen que saber las chicas jóvenes (de hecho, el Ministerio de Sanidad envió a todas las farmacias un documento para que cuando compraran anticonceptivos de

tercera generación las chicas lo supieran y, por lo tanto, si iban de viaje, estaban muy quietas, etcétera, ya que podían hacer trombosis venosa y trombosis pulmonar).

¿Qué les pasa a las de 50 años y más? Pues que se acaba la menstruación, fantástico, primera buena noticia, no habrá menstruación ni riesgo de embarazo indeseado. Se incrementan algunas enfermedades pero no por la menopausia, sino por razón de la edad, hay más alteraciones en el tiroides, hay más deficiencia de vitamina D porque el riñón ya no la fabrica (ya no es suficiente con tomar el sol), y hay más acumulación química en el cuerpo, hay problemas económicos y de trabajo y se incrementa el cuidado de enfermos y de ancianos, hijos adolescentes..., y todo esto pasa a partir de los 50.

Y, en cambio, ¿qué nos han dicho de la menopausia? Bueno, pues nos han dicho de todo (seguro que en el coloquio me podréis contar más cosas), nos han dicho que tendríamos muchos más problemas de infartos y fracturas; nos han dicho que si no tomamos la terapia hormonal sustitutiva es que no nos cuidamos bastante; nos han dicho que es una auténtica enfermedad; nos han dicho que es un problema, que dejas de ser una mujer, algunas mujeres me han dicho que lo habían vivido como una castración, y hemos oído algunos insultos como "viejas" o "menopáusicas", como un nuevo rótulo para estigmatizar a las mujeres. Por lo tanto, no nos han dicho nada agradable. Pero nosotras sabemos que todo esto no es verdad. Tenemos que limpiarnos la mente de todo esto cada mañana, cuando nos lavamos los dientes, para que todo no nos influya el resto del día, porque en realidad ¿qué es la menopausia? Pues que el ovario deja de producir progesterona, deja de ovular y produce menos estrógenos, desaparece la menstruación. Es una etapa fisiológica, acaba la vida reproductiva (lo he puesto con un interrogante porque con las nuevas tecnologías esto no es verdad, se pueden tener hijos hasta los 64 años, otra cosa es lo que pensemos todas y todos los que estamos aquí de lo que esto significa para las vidas de los hijos y de las mujeres). Pero lo que sí es cierto es que es una etapa de reajuste biopsicológico porque el cuerpo se reajusta y la mente también, y el resultado, si se afronta como lo que es, una nueva etapa, al final es bastante bueno.

La terapia hormonal sustitutiva también se introdujo en el mercado como los anticonceptivos hormonales, a base de estudios observacionales, que quieren decir de poca evidencia, de sólo seis meses de duración; por ejemplo, sólo se evaluó si mejoraba las sofocaciones y la sequedad vaginal, pero no les preocupó si pasaban otras cosas. Luego vino el estudio Hers, en el año 98, que ya demostró que aumentaba los infartos y las trombosis. Y le siguieron otros, el Hers II y el Women's Health Initiative.

¿Qué síntomas son de menopausia específicamente? Específicamente sólo son las sofocaciones, la piel seca, si queréis, y la sequedad vaginal, y estos cambian mucho de una mujer a otra, y algunas ni siquiera los tienen. Los otros síntomas: el insomnio, la labilidad emocional, etcétera, pueden darse en muchas etapas de la vida de la mujer, precisamente, diez años antes si falla la progesterona, ya tendréis insomnio y habrá pequeños desequilibrios emocionales, por lo tanto, todo no depende de la menopausia. Los infartos sabemos que dependen del colesterol y del tiroides y el hipotiroidismo en las mujeres; y la obesidad (que también nos habían dicho que eran de la menopausia), tampoco, porque depende de la vida sedentaria y de lo que comemos y no gastamos.

¿Qué problemas hemos tenido con la terapia hormonal? Pues que en un primer tiempo nos dieron estrógenos, más derivados androgénicos que, como se suman en el cuerpo, aumentan el cáncer

de mama. Después, nos pusieron asociaciones de estrógenos con una progesterona que se llama medroxiprogesterona, en términos comerciales progevera, que, sumadas, también aumentan el efecto de los estrógenos y últimamente nos dijeron: "Como esto puede tener riesgo, les vamos a dar una hormona que se llama tivolona", el producto comercial se llama voltín, y en el cuerpo también acaba convirtiéndose en estrógeno y acaba produciendo más riesgo de cáncer de mama y de endometrio".

Lo siento por los sustos que pueda provocar, pero creo que es la información veraz y la tenéis que saber para luego decidir, porque lo de la decisión que decíamos, el derecho de las mujeres a conocer, decidir y ser protagonistas de su salud, requiere información.

Estos estudios, además de ser poco extensos en el tiempo, tienen otro sesgo, pues han escogido para participar a mujeres muy delgadas que hacían mucho ejercicio físico, que hacían dietas muy equilibradas, muy sanas para el corazón, es decir, que no eran una muestra representativa. Además, no se valoró la tasa de abandonos, pero en muchos estudios las mujeres abandonaban los tratamientos porque sangraban más, porque tenían dolor o porque tenían trastornos del humor, que en realidad reproducían el síndrome premenstrual.

Ahora, después de varios estudios largos, independientes y exhaustivos, sabemos que la terapia hormonal sustitutiva incrementa el cáncer de mama en 1,4-1,8, según dosis, que no hay evidencia a cuatro años de que mejore la calidad del hueso cortical, que incrementa las piedras de la vesícula biliar y el aumento de colesterol, que incrementa la obesidad de cintura y el tamaño de las mamas. No se ha investigado a lo grande aún el efecto hormonal de la progesterona natural en la menopausia, pero nosotros estamos trabajando con ella en Barcelona y nos está dando buenos resultados porque disminuye el insomnio y, en cambio, no aumenta el riesgo de cáncer de mama.

Hay un pequeño estudio que dice que los estrógenos, a partir de una crema en la piel y una progesterona también en crema en la piel, no aumenta el riesgo a cuatro años y, a más de cuatro años, un poquito, pero hace falta investigar más.

Después, la industria farmacéutica, como vio que había tantos problemas con las hormonas dijo: "Hormonas no, ahora vamos a decirles que van muy bien las isoflavonas de soja porque las asiáticas parece ser que tienen menos sofocaciones que las europeas", y aquí entra la última parte de mi intervención.

## TRATAMIENTO CON SOJA

Los fitoestrógenos o isoflavonas son productos que, introducidos en el cuerpo, tienen efecto de estrógeno débil y actúan en unos receptores como si fueran estrógenos y, en otros como si no lo fueran; pero esto también lo hacen otros vegetales, como la judía verde, el brócoli, los vegetales que aquí comemos habitualmente para cenar, cuando decimos "nos hacemos verdurita". Pues las verduras también tienen este efecto de fitoestrógeno. En Barcelona estudiamos, por ejemplo, la calidad de vida y los síntomas de mujeres del mundo rural y del mundo urbano, y vimos que las mujeres que aún tienen la costumbre de tomarse por la noche su verdurita tienen menos sofocaciones que las que no la toman.

Por lo tanto, hay un efecto de estrógeno débil que no necesariamente tiene que venir de productos especiales raros, o de pastillas.

Entonces, lo que se ha visto con los estrógenos o isoflavonas, como la soja que nos están metiendo por todas partes, es que no son inocuos y que, en pastillas, una dosis superior a 80 miligramos al día también puede producir cáncer de mama y de vejiga de orina. Hay que diferenciar muy bien entre pastillas y alimentos.

El problema, además, de los fitoestrógenos en pastillas es que no se pueden medir en sangre, por tanto, no se puede saber cuándo los estamos administrando en exceso. Hay unos ensayos clínicos que comparan mujeres que presentaban, por ejemplo, 35 sofocaciones a la semana, a unas se les administró 82 miligramos de soja de isoflavonas, a otras, 57 miligramos y a otras un placebo, durante doce semanas. El resultado fue que los tres grupos redujeron de forma igual las sofocaciones, tanto si tomaban más o menos isoflavonas, como si no las tomaban en absoluto, porque lo que te da tranquilidad te mejora las sofocaciones. Hacer yoga también las mejora, rezar, las mujeres que crean, también, y relajarse, es decir, todo lo que sea relajar el hipotálamo.

Además, los aspectos positivos de la soja se han sobreestimado. Concretamente, es el cereal con más alto contenido en ácido fítico, por lo tanto, bloquea la asimilación de minerales esenciales como el calcio, el magnesio, el hierro y el cinc, contiene inhibidores de las proteínas, aumenta, o puede aumentar, el riesgo de trombosis y retrasa el crecimiento. Y ¿quién es el primer exportador mundial de soja transgénica en este momento? Estados Unidos. Lo aporto como un dato más para la reflexión.

Y acabo ya. Os agradezco mucho la atención porque sé que he ido a saco, pero os tenía que poner en antecedentes. La terapia hormonal es un tema al que le doy treinta horas en la universidad, por tanto, aquí tenía que hacer un súper resumen. Pero es importante que tengáis la información, ya que la información y la docencia que llega a los profesionales está sesgada porque la suministra la industria farmacéutica; pero además, a las mujeres nos está llegando ahora una publicidad no veraz sobre la salud, en el caso de la soja, y esto creo que es un problema de salud pública.

Os tengo que decir, de todas maneras, que para el cuerpo humano es muy diferente comer productos, como yogures o verduras, o metérselo en la ensalada, porque el intestino humano es muy sabio y, una vez que le das más de ochenta miligramos de soja, no lo absorbe. En cambio, la pastilla la das entera y aquí está el problema. Os hablo de las pastillas más que de la alimentación, porque la que esté tomando ahora leche de soja o brotes de soja y los continúe tomando, no pasa nada, el problema es el suplemento en pastillas.

Y, por último, deciros que hay muchas enfermedades crónicas y carencias y disfunciones endocrinas que son de predominio femenino, pero que nos falta ciencia para diagnosticarlas y tratarlas debidamente. Muchas de ellas, por ejemplo, pueden dar dolor generalizado y dolor en puntos de inserción musculotendinosa que se confunden con la fibromialgia, pero no lo son. Son enfermedades muy frecuentes en el sexo femenino, como la artritis, el lupus, el síndrome seco, el hipotiroidismo o el déficit de hierro y os invito a todas las que queráis enteraros de más cosas a entrar en la página web de nuestra revista <http://mys.matriz.net>, que dirige Leonor Taboada, que no está aquí, pero está en espíritu a través de mi palabra. Nada más y muchas gracias.

## MEDICALIZACIÓN DEL PARTO. CESÁREA.

### Enriqueta Barranco Castillo

*Ginecóloga. Miembro del Instituto de Estudios de la Mujer. Universidad de Granada*

Las cesáreas, especialmente aquellas las programadas y no realizadas de urgencia, permiten a l@s obstetras ejercer sus habilidades quirúrgicas, se presentan como una posibilidad de disminuir las demandas por mala práctica y brindan la oportunidad de imponer un mayor control de las normas hospitalarias y de las horas de consulta<sup>1</sup>.

Parte de esta exposición se centrará en el papel que juega la prestación de servicios sanitarios en la salud de las mujeres gestantes, algo que ya quedado apuntado en otros momentos del ciclo vital femenino.

En el año 1970, cuando yo cursaba la asignatura de Obstetricia, nos preguntaron en un examen, ¿cuál es el porcentaje idóneo de cesáreas? Y la respuesta correcta era el 5%. Pero desde entonces, ha cambiado mucho el conocimiento científico en las Facultades de Medicina y en los hospitales, sin preguntarnos previamente: ¿Nos importa más la madre o el bebé? ¿Nos referimos a un parto en concreto o a los riesgos asociados con partos futuros -cuantas más cesáreas tenga la mujer más elevado será el riesgo de complicaciones en otros partos? ¿Hablamos de morbilidad materna -posibilidad de que padezca problemas de salud- a corto y largo plazo como consecuencia de la cesárea? ¿Consideramos el dolor post-parto como parte de esta ecuación?

Un factor decisivo ha sido la creciente preocupación porque se nos acuse de mal praxis y las demandas judiciales son una realidad, incluso por razones desvinculadas de la responsabilidad del obstetra. No es sorprendente que durante la toma de decisiones clínicas, algun@s obstetras hayan rebajado el umbral para decidir cuándo deben practicar una cesárea<sup>2</sup>.

Ante este panorama, cuando me plantearon esta ponencia tuve que discernir qué quería contar, pues no era nada fácil hablar de la cesárea, ni de la medicalización del parto. Primero expondré las conclusiones de los estudios de la medicina basada en la evidencia y después, presentaré las tendencias actuales en el hospital donde presto mis servicios y cuyos protocolos no se diferencian de los del resto de los hospitales públicos.

<sup>1</sup> Declerq, G, Norsigian, J. Don't blame mothers for c-section vogue. <http://www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/2710/context/archive> (visitada 19/5/2006)

<sup>2</sup> Why Is Cesarean Rate Higher than Ever, and Rising? Maternity Center Association (Childbirth Connection). What Every Pregnant Woman Needs to Know About Cesarean Section. New York: MCA, July 2004. <http://www.childbirthconnection.org/article.asp> (visitada 19/5/2006).

El ascenso imparable de la cesárea se inició en 1996, tras un período de tasas relativamente más bajas, debidas a las exigencias de los movimientos por la salud de las mujeres y a algunos cambios en los paradigmas obstétricos. Actualmente, la tasa mundial de cesáreas oscila entre el 14% de Holanda y el 35% de Italia; en España se hacen un 29% de cesáreas por término medio, cifra similar a la los Estados Unidos. Sin embargo, Brasil ronda el 90% y en Méjico el 63,5%. ¿Qué significan estas diferencias? La respuesta es que, incluso en los países en donde los seguros públicos son minoritarios y hay que pagar por la asistencia sanitaria que se recibe, sólo tienen posibilidad de tener un parto vaginal las mujeres sin recursos económicos, las que no cotizan ni por una mínima asistencia sanitaria; porque si tienen algún tipo seguro, por barato que sea, las someterán a una cesárea.

Ante tales tendencias podríamos pensar que hacer una cesárea es algo maravilloso, que nos libra de los peligros que se supone que entraña el parto vaginal. Esas expectativas no se ven cumplidas cuando revisamos la medicina basada en la evidencia, aunque bien es cierto que la información derivada de ella ni llega a los profesionales sanitarios, ni a las mujeres gestantes y a sus familiares.

En los Estados Unidos, el National Institute of Child Health and Human Development (NIH), en el mes de marzo de 2006, convocó en Bethesda, Maryland, a un panel de expertos para que analizaran la evidencia disponible sobre lo que denominaron Cesarean Delivery on Maternal Request (parto por cesárea a petición materna).

Para encontrar una justificación al creciente número de cesáreas que se practican en los Estados Unidos por indicaciones no médicas, el NIH encargó a expertos, imparciales e independientes, que revisaran 1.406 estudios disponibles y que evaluaran los siguientes aspectos: tendencia e incidencia de la cesárea, beneficios y perjuicios a corto y largo plazo para las madres y sus bebés, comparando las cesáreas a petición versus el parto vaginal, y las líneas que debía tomar la investigación sobre las cesáreas para el futuro.

Según los expertos, entre los factores decisivos para la elevación de la tasa de cesáreas, podríamos señalar que:

1. Algun@s profesionales ven más cómodo promover la cesárea en lugar de intentar medidas menos invasivas, lo que conlleva a:
  - practicar cesáreas presionados por la saturación de los hospitales.
  - si se trata de presentaciones de nalgas, no realizar versiones externas al final de la gestación.
2. Las presiones de la llamada medicina defensiva:
  - dada la forma en la que trabaja el sistema jurídico, l@s profesionales pueden presumir que practicando una cesárea se reduce el riesgo de ser demandad@s o de perder un pleito.

3. No ofrecer a las mujeres con una cesárea anterior la posibilidad de que elijan entre el parto vaginal o la repetición de la cesárea:
  - muchos hospitales y profesionales han adoptado protocolos para evitar el parto vaginal después de una cesárea, y las mujeres que opten por un parto vaginal no lo conseguirán por la rigidez de los mismos y el valor que se les atribuye.
4. Pérdida de habilidades o desagrado en ofrecer el parto vaginal a las mujeres en determinadas situaciones, como por ejemplo son:
  - el bebé en presentación de nalgas, en cuyo caso la gestante puede tener dificultades para encontrar un profesional con experiencia que quiera atenderle su parto.
  - una mujer que espere gemelos puede tener dificultades en encontrar un profesional experimentado y que acepte atender un parto vaginal de gemelos.
5. Infrautilización de los cuidados que refuerzan el progreso natural del parto y el nacimiento, por ejemplo:
  - apoyo continuado durante el trabajo de parto (a cargo de una persona entrenada o un compañero experimentado).
  - animar a las mujeres para que estén de pie y se muevan durante el parto (y no acostadas sobre sus espaldas, como es habitual, porque ésta es una posición que puede inhibir el trabajo de parto).
  - asegurarse que las mujeres, durante el trabajo de parto, estén descansadas y bien alimentadas, algo que no se cumple en muchos casos.
6. Efectos secundarios de la extendida utilización de las rutinas médicas, por ejemplo:
  - cuando l@s profesionales tratan de inducir el parto, la probabilidad de cesárea se eleva.
  - cuando se recurre a la monitorización electrónica fetal continuada, la probabilidad de cesárea también se incrementa.
7. La creciente percepción de que el parto por cesárea, y más si es planeada, es seguro:
  - aunque las cesáreas actualmente son más seguras que antes, la cirugía también conlleva una gran variedad de riesgos a corto y largo plazo, tanto para las madres como para los bebés.
  - a pesar de que las cesáreas planeadas ofrecen algunas ventajas sobre las no planeadas, la cirugía conlleva más riesgos que el parto vaginal<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Maternity Center Association (actualmente Childbirth Connection). What Every Pregnant Woman Needs to Know About Cesarean Section. New York: MCA, July 2004

Tras dos días de discusión, las conclusiones del panel de expertos fueron taxativas: ni en tasas de mortalidad, ni de infección, ni de hemorragias posparto y subsiguiente necesidad de transfusión de sangre, ni en las complicaciones que requieren la extirpación del útero puerperal, ni en la incidencia de accidentes tromboembólicos, ni en la aparición de complicaciones quirúrgicas, ni en la instauración y mantenimiento de la lactancia materna, hay diferencias demostrables si comparan las mujeres a las que se les practica una cesárea sin una potente indicación médica o, lo que en términos obstétricos conocemos con el nombre de cesárea electiva, cesárea innecesaria o cesárea a petición materna, con respecto al parto vaginal.

Tampoco se ha visto que haya diferencias en cuanto a la aparición de dolor posparto, ni siquiera que tenga consecuencias psicológicas o de otra índole que repercutan favorablemente sobre la salud de las mujeres. Hay que reseñar que la estancia hospitalaria es de más días tras la cesárea, con todo lo que esto conlleva desde el punto de vista emocional y económico.

Según la medicina basada en la evidencia, la cesárea no protege contra la aparición de incontinencia urinaria, incontinencia de heces o de gases, o prolapso de los órganos pélvicos; de tal manera que tampoco es un camino por el que se pueda justificar, aduciendo que las mujeres hoy día tenemos una vida muy activa y debemos protegernos de estos inconvenientes.

En contra de la extendida tendencia a considerar que todas las cesáreas son beneficiosas para los bebés, esto no parece cierto porque el bebé, durante el proceso del parto, se va preparando para encontrarse en el medio externo, sustancialmente diferente del medio intrauterino en el que ha vivido desde el momento de la implantación y esa preparación implica procesos hormonales complejos que, si no se producen después de haber dado comienzo el parto, los bebés tendrán más problemas al nacer. En Brasil, las unidades de recién nacidos están más saturadas que en otros países y es donde más bebés ingresan en unidades de cuidados intermedios e, incluso, en unidades de cuidados intensivos, debido a alteraciones pulmonares desencadenadas por no haber sentido necesidad de venir al mundo, que es lo que en realidad manifiestan los bebés cuando llega el final del embarazo de forma espontánea.

Entre las complicaciones de las cesáreas a largo plazo, señalaremos que en las mujeres a las que se le hace una primera cesárea la tasa de abortos en los embarazos subsiguientes es más elevada. Con frecuencia aparece endometriosis en la cicatriz de la cesárea o en la pared abdominal; algunas mujeres manifiestan dolores abdominales repetidos después de haber sufrido una cesárea; también aparecen con frecuencia embarazos extrauterinos, placentas previas, desprendimientos prematuros de placenta, roturas uterinas, etc<sup>4</sup>.

Nos encontramos ante una intervención de la que se está abusando de forma desmedida, sin haber tratado antes de mejorar las condiciones en las que transcurre el parto. Aquí entrarían en discusión los repetidos intentos por hacer que las mujeres den a luz sin dolor, la tan traída y llevada analgesia en el parto. Hace treinta años la mayoría de las parturientas pedían la inyección para el parto sin dolor, ahora solicitan reiteradamente la epidural.

<sup>4</sup> Cesarean Delivery on Maternal Request. Evidence Report (Publication N° 06-E009). <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/cesarreqtp.htm> (espacio consultado 19/05/2006).

Todavía el gold estándar de la analgesia en el parto es la epidural, aunque ya en algunos países del norte de Europa, se están ensayando otras alternativas menos intervencionistas. La analgesia epidural merma las energías de la mujer, obligándola a permanecer en cama, tumbada sobre su espalda y en una posición anti-fisiológica para el parto. El tener colocado un gotero en el antebrazo, sin permitirle que ingiera alimento u otros líquidos durante el parto, junto con la imposibilidad de movilización, tiene sus repercusiones sobre el bienestar del bebé intrauterino.

Los intentos de cambio tratan de conseguir que las mujeres sean un poco más críticas con las propuestas que desde el mundo científico se hacen: monitorización electrónica del parto intermitente y no continuada, como sucede en la actualidad, ya que la tasa de cesáreas se incrementa con la monitorización permanente sin que esto represente beneficios demostrables; que se desmedicalice el parto, que éste sea un proceso más acorde con la fisiología que requerida para que tenga éxito.

En la Figura 1 podemos observar que si nos limitamos a los embarazos con feto único, sin ninguna complicación, en los que se puede programar un parto por vía vaginal (PVP) o un parto-cesárea (PCP), el parto puede comenzar de manera espontánea o inducido, en ambos casos los acontecimientos durante la primera etapa del parto, hasta que se alcanzan los cinco centímetros de dilatación o los posteriores, requerirán una cesárea de urgencia, permitirán un parto vaginal espontáneo o con la aplicación de un vacuo o de un fórceps. En otras ocasiones, puede haber cesáreas que se programen por indicación médica, por motivos fetales o que se hagan a petición materna, sin ninguna indicación.

Cuando se planteó el tema para el panel de expertos, hablando de la indicación cesárea a petición materna, las organizaciones de mujeres norteamericanas se revelaron y advirtieron que ninguna cesárea es a petición materna, que todas están mediatizadas por la ciencia y por la actitud de la persona que la va a practicar o que la está indicando. Algunas indicaciones de cesárea por causa materna actualmente no admiten discusión (las preclamsias o las cicatrices uterinas previas con inminencia de rotura). En cuanto a la presentación de nalgas sería muchísimo más discutible, y la presencia de malformaciones fetales, en algunas ocasiones, hacen aconsejable la cesárea. Cuando se desprende la placenta o hay una alteración de la frecuencia cardiaca fetal o se prolapsa el cordón, habrá que sacar al feto porque sino morirá en el canal del parto. Salvando estas situaciones, en muchos más casos la indicación de la cesárea será más discutible (Figura 2).

Con una finalidad exclusivamente práctica vamos a tratar de describir lo que sucede en nuestro medio, presentando una revisión de las cesáreas realizadas entre enero de 1996 y diciembre de 2005, período en el que los partos vaginales han ido decreciendo, a la vez que se elevaban las cesáreas. Siempre nos referiremos a partos espontáneos y a cesáreas sin complicaciones, con fetos únicos y sanos (no tendremos en cuenta ni los mellizos, los trillizos y las presentaciones de nalgas). En la Figura 3 podemos observar que en torno al 2003, se cruza la tendencia descendente de partos con la ascendente de cesáreas.

FIG. 1: ACONTECIMIENTOS EN EL PARTO

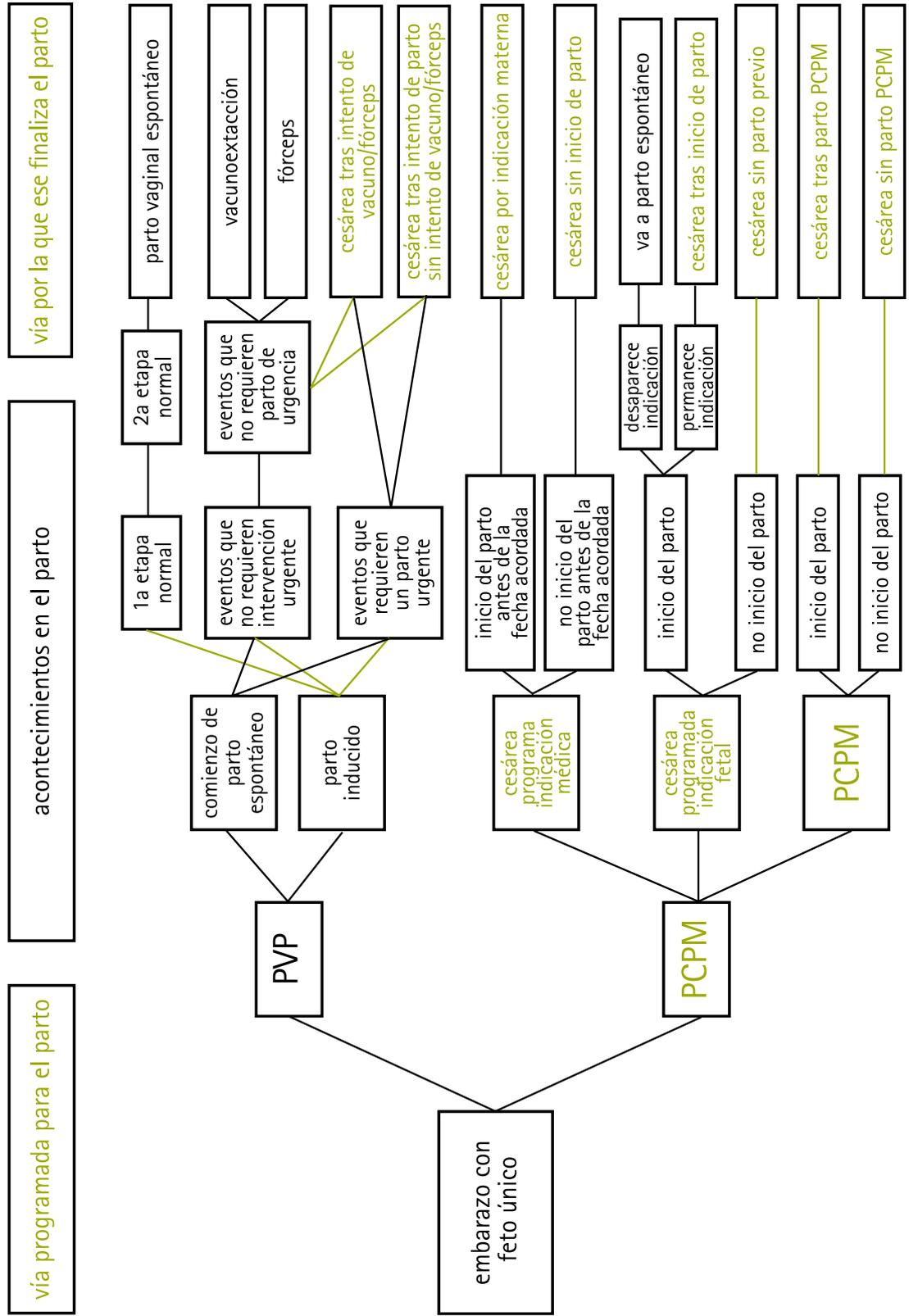


FIG. 2

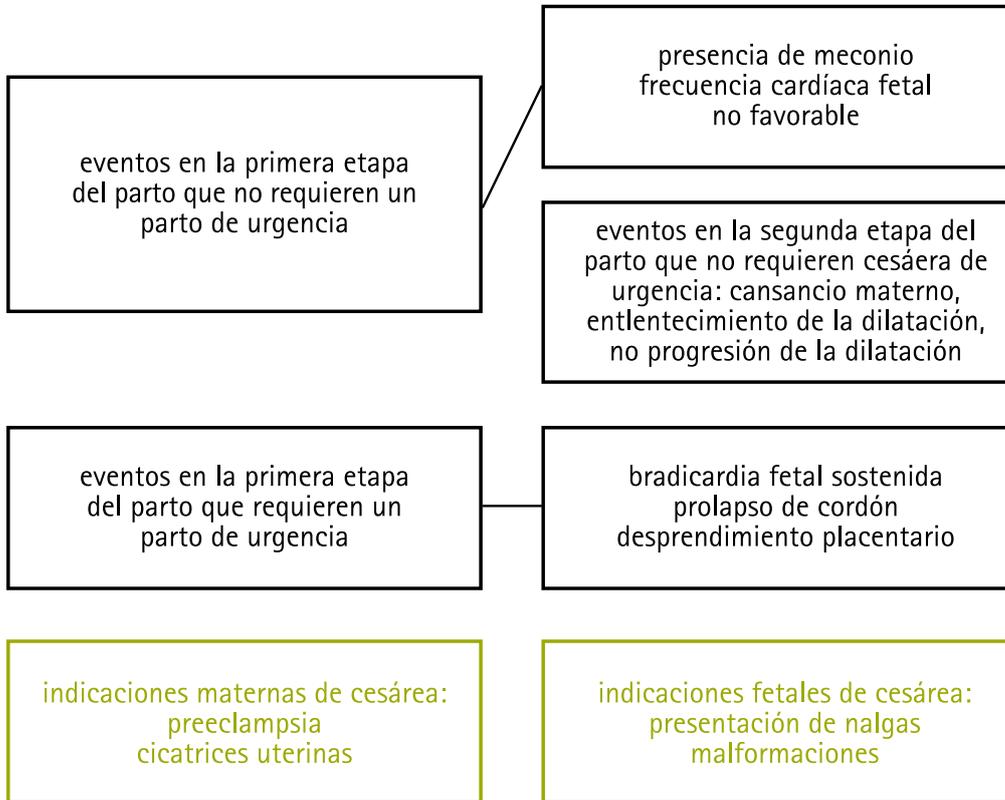
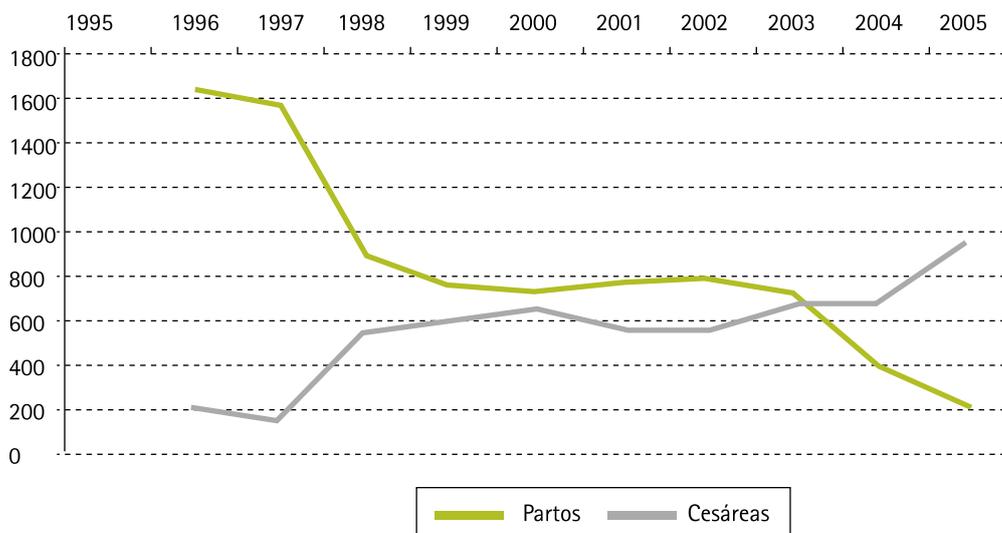


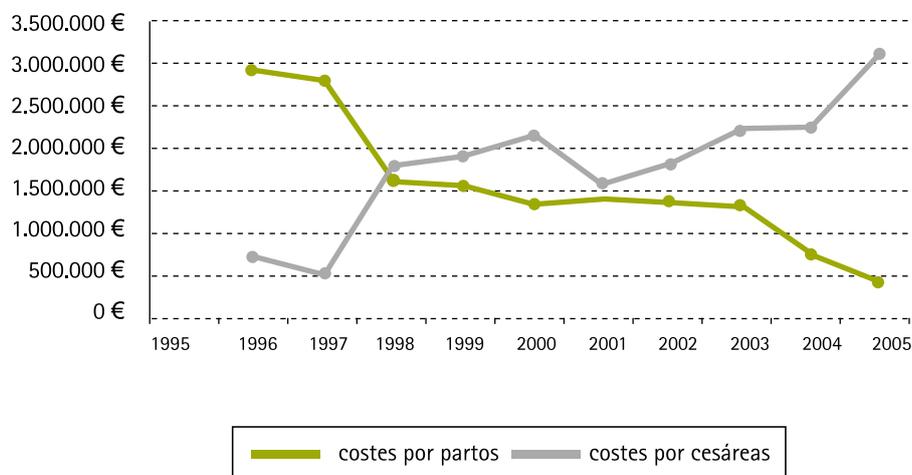
FIG. 3: TENDENCIAS DE LA CESÁREA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA



FUENTE: Encuesta Nacional de Salud (años 1987, 1993, 2001) Encuesta Andaluza de Salud (años 1999, 2003).

Evaluando lo que ha costado la atención a partos en mujeres sanas durante este período, en la [Figura 4](#) observamos cómo el parto, que es un proceso mucho más económico desde el punto de vista de atención sanitaria, evidentemente, está consumiendo muchos menos recursos y la inversión económica se está desviando hacia las cesáreas, que han costado una elevada cantidad de euros. La asignación económica es finita y el gasto en cesáreas crece desproporcionadamente, lo que tiene sus repercusiones sobre el Sistema Sanitario, cuyo gasto viene marcado por prácticas sanitarias que merecen ser reconsideradas. En la [Figura 4](#) representamos el coste económico de las cesáreas durante el período estudiado y lo comparamos con el de los partos.

**FIG. 4: COSTE EN EUROS DE LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA, SEGÚN GRD**



FUENTE: Cortesía de Girón F. Servicio de Documentación Clínica. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

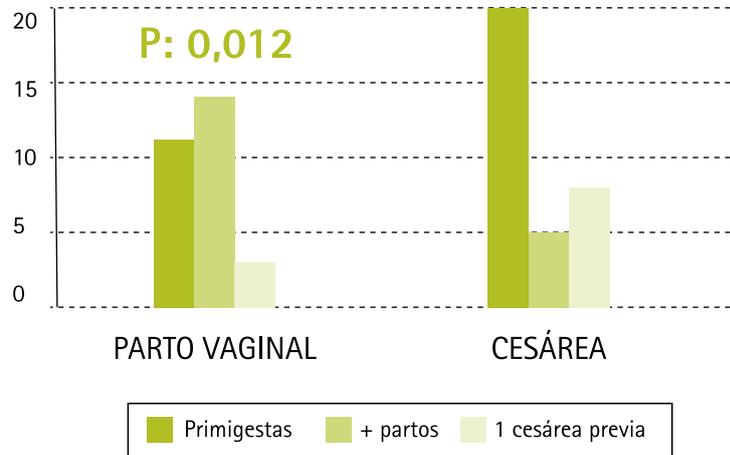
En una investigación propia, diseñada para tratar de observar la tendencia de cesáreas en el Servicio de Obstetricia del Hospital ya referido, entre el 1 y el 30 de abril de 2006, revisamos las condiciones en las que se indicó una cesárea y las de las mujeres que, inmediatamente, dieron a luz por vía vaginal. Se excluyeron las presentaciones de nalgas, las cesáreas iterativas, las mujeres que habían tenido dos o más cesáreas anteriores, los gemelos, la estenosis pélvica diagnosticada y cualquier enfermedad materna que constituyera una indicación de cesárea.

De las 61 mujeres que formaron parte del estudio, 33 terminaron en cesárea (54%) y 28 dieron a luz por vía vaginal. En algunas ocasiones hubo más de una cesárea seguida. Los datos los hemos tratado mediante un paquete estadístico SPSS, aplicando un contraste de hipótesis.

La edad media de las mujeres es de 31 años, todas estaban en la semana de gestación 39, casi el 51% iban a parir su primer hij@, y algunas podían tener ya una cesárea previa, aspecto que no contraindica el parto vaginal en este Servicio.

En nuestra muestra, las probabilidades de que una gestación normal finalice en cesárea son mayores para las primíparas. Como apreciamos en la [Figura 5](#), las diferencias son estadísticamente significativas. Esto quiere decir que quien ingresó en este Servicio para parir su primer bebé tuvo un 50% de probabilidades de terminar en el quirófano.

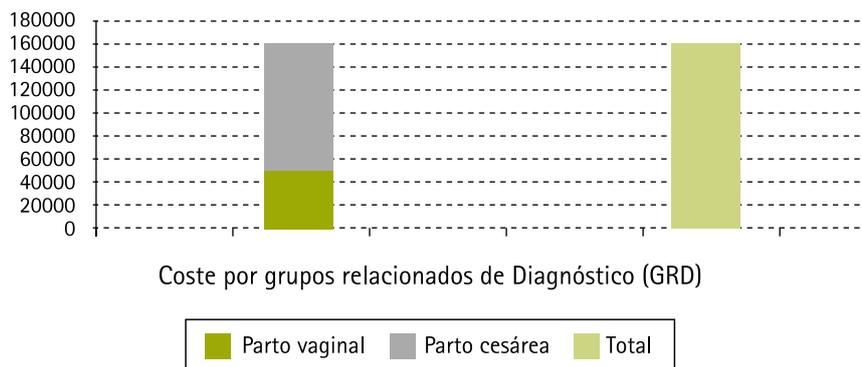
**FIG. 5: PROBABILIDADES DE QUE UNA MUJER TERMINE TENIENDO UNA CESÁREA**



Para cuantificar el gasto sanitario hemos recurrido a los grupos relacionados de diagnóstico, los GRD, un sistema por el cual el sistema sanitario público ha evaluado lo que cuesta un acto médico. El parto y la cesárea entran en el grupo 14, el 373 es el parto vaginal normal, el 372 es el parto vaginal con alguna complicación; en él también se incluye la cesárea anterior. Los GRDs 371 son los partos cesárea no complicados y el GRD 370 es el parto cesárea con complicaciones.

En la Figura 6 mostramos cómo la cesárea ha consumido una gran cantidad de recursos -115.000 euros en un mes- y se trataba de cesáreas en embarazo único, en mujeres sanas, sin ningún otro problema.

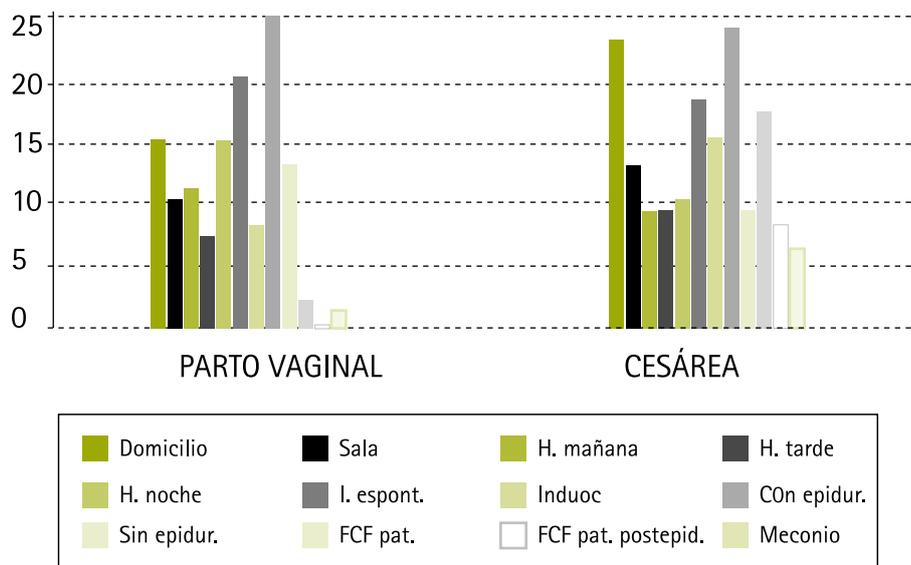
**FIG. 6: COSTE EN EUROS DE LAS CESÁREAS REALIZADAS EN UN MES/PARTOS VAGINALES INMEDIATAMENTE POSTERIORES**



Según podemos ver en la Figura 7, en la que reflejamos las condiciones en las que transcurrió el parto en las mujeres que terminaron en una cesárea, comparadas con las que tuvieron parto vaginal, no hubo diferencias ni en cuanto al tipo de ingreso en el Hospital, ni el horario en el que se produjo el parto, ni en el mecanismo por el que se inició el parto - inducido o espontáneo -, si habían recibido analgésicos

vía epidural y otras circunstancias. El único factor determinante fue la aparición de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, teniendo en cuenta que eran mujeres permanentemente monitorizadas.

FIG. 7: CARACTERÍSTICAS DEL PARTO SEGÚN DIFERENTES VARIABLES



De las 33 mujeres a las que se les indicó cesárea, en 17 casos fue por parto detenido; por fracaso de inducción (2 casos); por sospecha de pérdida de bienestar fetal (10 casos); por desproporción cefalopélvica relativa o malposición fetal (2 casos). En un caso se presentó un desprendimiento prematuro de placenta y ésta es una auténtica indicación de cesárea urgente; y en otro caso, se estimó que el bebé, al ser demasiado grande, no iba a poder nacer por vagina.

En resumen, el análisis de esta pequeña muestra dejó patente que el mayor riesgo de que se realizara una cesárea en el período estudiado estribaba en no tener partos anteriores, y la diferencia fue estadísticamente significativa ( $p=0.012$ ). Una cesárea previa es un factor de riesgo para otra cesárea. No fueron factores de riesgo la forma cómo se inició el parto o la administración de analgesia epidural. La presencia de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal es un factor de riesgo para la cesárea ( $p=0.0005$ ), si se compara con el parto vaginal.

La discusión de los resultados de esta pequeña muestra puede centrarse en varios puntos. El primero sería el concepto de parto detenido. ¿Cómo se pueden detener tantos partos ahora? ¿Cómo pueden fracasar tantas inducciones?

En segundo lugar está el bienestar fetal ¿Cómo puede haber sospechas de pérdida del bienestar fetal? El feto o está bien o no lo está. Pero ¿por qué hemos tenido que introducir este término en la clasificación diagnóstica? Porque después, si vamos a los tribunales por cualquier tipo de reclamación y ante un resultado que no es el esperado, y antes hemos anotado que había pérdida del bienestar fetal estamos perdidos, con lo cual sólo figurará que había sospecha.

La cesárea a petición materna o la cesárea sin una indicación médica precisa es un tema controvertido y su práctica tiene un alto coste económico. Intentamos que las mujeres no sean conscientes de las incertidumbres que se ciernen sobre su futuro o el del recién nacido, e, incluso, sobre su porvenir reproductivo. Se estima que en una de cada ocho cesáreas podría discutirse la indicación y que el uso de las intervenciones quirúrgicas debería estar siempre basado en la evidencia científica. El respeto a la autonomía de las mujeres depende de cómo se les suministre la información, porque muchas veces se argumenta que la mujer la pidió, sin ser conscientes de que fuimos incapaces de preguntarle y de aclararle todas las dudas que nos planteó en relación a la práctica de la operación.

Es necesario llegar a un consenso entre la ciudadanía, el poder científico y el poder judicial, porque muchas veces los abogados y las abogadas están detrás de cada resultado, no absolutamente satisfactorio, que se produce al final del embarazo. La alianza entre mujeres bien informadas, profesionales sensatos y una práctica obstétrica mejorada será la única vía que podrá poner freno a la situación en la que actualmente nos encontramos.

Deseamos dejar abierto el debate recordando unas palabras que escribió Adrienne Rich<sup>5</sup> hace más de veinte años: "La maternidad - silenciada en las historias de conquista y vasallaje, guerras y tratados, exploraciones e imperialismo - tiene una historia, tiene una ideología, es más fundamental que el tribalismo o el nacionalismo. Mi sufrimiento como madre, individual y, aparentemente, íntimo de las madres que me rodean y de las que vivieron antes que yo, cualquiera sea su clase y el color de su piel, el poder reproductivo de la mujer, regulado por los hombres en cada sistema totalitario y en cada revolución socialista, así como el control legal y técnico por parte de los hombres de la anticoncepción, la fertilidad, el aborto, la obstetricia, la ginecología, los experimentos reproductivos extrauterinos... Todos esos elementos son esenciales para el sistema patriarcal, así como lo es la condición negativa o sospechosa de las mujeres que no son madres".

Agradecimientos. Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de Gema M. Ruiz Redondo y Ana M. Fernández Alonso, quienes se encargaron de recoger los datos sobre cesáreas recientes y la de Fernando Girón Irueste, Facultativo de la Unidad de Documentación Clínica, quien hizo la búsqueda retrospectiva.

<sup>5</sup> Rich, A. Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Valencia: Ediciones Cátedra e Instituto de la Mujer, 1986, pp. 72-73.



# 06

*mesa redonda*

## SESGO DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN

---

*SESGO DE GÉNERO EN LOS ESTUDIOS SOBRE MEDICAMENTOS EN LAS MUJERES*

**ISABEL RUIZ PÉREZ**

---

*IMPACTO DEL TRABAJO "REPRODUCTIVO" SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES*

**M<sup>a</sup> DEL MAR GARCÍA CALVENTE**

---

*LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LAS MUJERES.  
DE LA ENFERMEDAD A LA SUBORDINACIÓN*

**ANA TÁVORA RIVERO**



## SESGO DE GÉNERO EN LOS ESTUDIOS CON MEDICAMENTOS EN LAS MUJERES.

### Isabel Ruiz Pérez

*Médica. Directora de Investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).*

*Coordinadora Científica de la Red de Investigación en Salud y Género del Instituto Carlos III.*

Tradicionalmente la ciencia biomédica ha sido y, probablemente, sigue siendo androcéntrica y ha partido de una base de que estudiando al varón, al hombre en su fisiología, enfermedades y tratamientos adecuados ya se había estudiado a la mujer. Sin embargo, numerosos trabajos científicos han puesto de manifiesto cómo las condiciones laborales, los diferentes factores de riesgos psicosociales y la violencia de género condicionan diferencias en el enfermar entre hombres y mujeres.

Así es en los años 90, cuando las asociaciones médicas aprecian que las necesidades de salud de las mujeres van más allá de la salud reproductiva. Se afirma que la calidad de la atención sanitaria recibida por las mujeres está condicionada por el desconocimiento científico sobre la historia natural de ciertas enfermedades distintas de las de los hombres, y por diferentes tipos de enfermedades respecto a las padecidas por ellos. Como resultado requieren prevención, tratamiento y atención sanitaria diferente.

La investigación clínica y las pruebas clínicas para los medicamentos nuevos han sido muy criticadas en el último decenio por su falta general de perspectiva de género. En general, las metodologías convencionales de investigación en salud han tenido que encarar la dificultad de responder a las preguntas de la equidad en la salud en general, pero, además, diversos sesgos les impiden explorar plenamente el género y las desigualdades de salud en particular.

¿Cómo se define el sesgo de género? Se define como la diferencia en el tratamiento de ambos sexos, con un mismo diagnóstico clínico que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud. Como afirma una compañera, María Teresa Ruiz, esta definición estricta no incluye el origen del sesgo; por eso, ella ofrece otra definición complementaria que planteen que el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres, el cual puede generar una conducta desigual en la investigación clínica y en los servicios sanitarios y es discriminatoria de un sexo respecto al otro.

Por ejemplo, durante décadas se consideró que las mujeres en fase posmenopáusica, con niveles de colesterol elevado, hablamos de por encima de 200, tenían un elevado riesgo de enfermedad cardíaca y, por lo tanto, se debían disminuir estos niveles. Esta recomendación estaba basada en estudios realizados

en los hombres, en quienes el colesterol a este nivel se consideraba como un factor de riesgo. Sin embargo, posteriormente, se demostró que las mujeres con niveles de colesterol superiores, hablamos de 295 aproximadamente, tenían el mismo riesgo o, incluso riesgo menor, de ataques cardíacos que aquellos hombres que tenían niveles de 204.

En resumen, generalmente se ha venido considerando que el hombre joven y blanco era la norma y, por lo tanto, la noción humano igual a hombre ha llevado a una ausencia de investigación sobre la fisiología de las mujeres y, por tanto, a que se haya tenido un insuficiente conocimiento acerca del cuerpo de la mujer, sano o enfermo.

Como veremos después, se ha mantenido la ausencia de mujeres en los ensayos clínicos, por lo que las drogas usadas en mujeres no han sido previamente probadas en ellas. Esto también ha llevado a una discriminación económica, puesto que en las mujeres se han usado drogas más baratas y tratamientos menos agresivos. En resumen, con este enfoque, los cuidados de salud que han imperado no son óptimos para las mujeres.

Como decía, uno de los ejemplos más habituales del sesgo de género en relación con los medicamentos ha sido la exclusión sistemática de las mujeres de los ensayos clínicos donde estos se ponen a prueba. Las razones aducidas para esta exclusión son que el ciclo menstrual, los anticonceptivos o la terapia hormonal sustitutiva que pueden estar tomando las mujeres, son potenciales variables de confusión en estos estudios. Otras razones son que los tratamientos experimentales pueden afectar la fecundidad de la mujer o exponer al feto a riesgos desconocidos.

¿Cuál es el problema? El problema es que se generalizan a las mujeres el uso de fármacos que no son probados en nosotras. Si no se conoce si hay variaciones en la respuesta en el tratamiento según el ciclo menstrual, o según la fase climatórica en que se encuentre la mujer, o si la terapia hormonal sustitutiva puede afectar la respuesta de los fármacos, no es posible extrapolar los resultados de ensayos realizados en hombre a mujeres. Y, como consecuencia de esto, muchos fármacos presentan más efectos indeseables en las mujeres que en los hombres.

Un ejemplo reciente de esto es la aspirina. Desde hace mucho tiempo se sabe que el producto, el ácido acetilsalicílico es eficaz en ambos sexos en el tratamiento del infarto de miocardio y en la prevención de un segundo infarto, pero su uso en mujeres sanas para prevenir problemas coronarios se basaba, únicamente, en la evidencia de trabajos realizados mayoritariamente en varones.

Una investigación reciente que ha durado diez años y se ha llevado a cabo en más de 40.000 participantes, ha puesto de manifiesto (un hecho a veces olvidado por la comunidad médica es que la salud tiene género) que en mujeres sin patología cardíaca previa la aspirina disminuye el riesgo de accidente cerebrovascular, pero no tiene efecto ninguno en el riesgo de sufrir un infarto cardíaco o de morir por causas cardiovasculares, como se ha mantenido hasta hace poco tiempo. Pero, además, los efectos de este producto centenario se han venido modificando con respecto a la edad; es decir, a medida que las consumidoras cumplen años. Y es a partir de los 65 años o más cuando el fármaco logra una disminución del 26% en las probabilidades de padecer un evento cardiovascular de cualquier tipo, un infarto o un ictus sistémico.

Sin embargo, la aspirina no es el único producto que cuida de forma distinta los corazones, ya sean de hombres o de mujeres. Existen otros muchos medicamentos sexistas destinados también a tratar las patologías cardiovasculares que han ido poco a poco desenmascarándose en los estudios.

Por ejemplo, los antiarrítmicos cardiacos tienen muchos más efectos secundarios en las mujeres que en los hombres, o los fármacos contra el colesterol también causan más problemas en las mujeres que en los hombres.

Un ejemplo claro de cómo la variable género no se contempla en los ensayos sobre fármacos son los diferentes estudios que se han realizado sobre unos determinados antiinflamatorios que son los codox. Pese a que las mujeres son las mayores consumidoras de estos productos, los trabajos no han estudiado variables como el hecho de su posible interacción con los anticonceptivos.

En una revisión publicada en la revista *Medicina Clínica* sobre los ensayos clínicos con un fármaco concreto, el refecosit, los resultados son los que veis: el 80% de estos estudios no presentan resultados de eficacia diferentes entre los géneros; el 78% no realiza un análisis estratificado según el sexo; sólo el 8% considera en sus resultados las variaciones hormonales; en la mayoría se incumplían las recomendaciones que da la FDA para tratar los anticonceptivos en los ensayos clínicos; y tampoco se especificaba cómo podían interferir en su efecto los tratamientos hormonales sustitutivos que estaban tomando aquellas mujeres.

El resultado es que en el año 2004 se suspendió la comercialización de estos fármacos debido a que producían un incremento importante de problemas cardiovasculares, fundamentalmente en mujeres.

La lista de productos en los cuales se produce un sesgo de género, se amplía con los antirretrovirales, con los antipsicóticos o incluso con los antibióticos. Pero el sesgo de género no se circunscribe sólo a los ensayos clínicos. Otro ejemplo sería la prescripción diferencial, según el sexo, de fármacos.

En relación con la infección por VIH, se ha descrito un uso diferencial de prescripción de antirretrovirales o de tratamiento profiláctico para la neumonía por *pneumocistis carini*, mucho menos frecuentes ambos tratamientos en mujeres que en hombres.

Hace algunos años en un estudio prospectivo que realizamos en Alicante, en una cohorte de usuarios de drogas por vía intravenosa reclutados durante diez años, quisimos determinar las características del uso de los servicios de salud según el género. El resultado fundamental es que, tras ajustar por determinadas variables que podían modificarnos los resultados como pueden ser la edad, el estado civil, el número de visitas o los niveles de CD4 de carga viral, los resultados mostraron que los hombres recibían más tratamiento profiláctico para la neumonía y para la tuberculosis que las mujeres y, en menor medida, también recibían menos tratamiento antirretroviral. Y esto era especialmente significativo después de que iniciaron un tratamiento específico de lo que se llama la terapia de alta intensidad, que es el tratamiento que se está dando en este momento.

El hecho de que las mujeres tengan menor posibilidad de recibir tratamiento profiláctico que los hombres ya ha sido puesto de manifiesto en otros estudios, y no concuerda para nada con el hecho de que en otras patologías las mujeres, generalmente, tienen una más elevada tasa de prescripción de fármaco que los hombres.

En este campo de la infección por VIH esta diferencia se suele explicar por el hecho de la menor adherencia al tratamiento antirretroviral de las mujeres, aunque esto no es lo que se observó en este estudio.

Como decía, esto es especialmente significativo después de disponer de esa terapia antiviral de alta intensidad, porque antes de disponer de ella, el uso del tratamiento antirretroviral se asociaba, fundamentalmente, a indicadores clínicos y conductuales. Pero, tras empezar a comercializarse en nuestro país, la targa dada que estos son regímenes muy complejos, con una gran cantidad de pastillas al día, con un elevado coste económico y, por lo tanto, se necesitaba una elevada adherencia para conseguir la efectividad del tratamiento; nuevos factores se asociaron a su uso, como factores clínicos y psicosociales del paciente, pero también factores relacionados con el médico y con el medio sanitario, y parecía claro, en muchos estudios, que la creencia que tenía el médico sobre la capacidad para ser adherente del paciente era el mayor determinante de la prescripción, a pesar de la baja capacidad predictiva de esta creencia. En este trabajo, el grado de adherencia entre hombres y mujeres era similar, pero como vemos no lo es la prescripción.

Está claro que el hombre ha sido visto, en general, como un humano, un ser en su totalidad; mientras que la mujer ha sido vista, generalmente, como un ser fundamentalmente sexuado y de ahí la obsesión con las hormonas sexuales femeninas.

Otro ejemplo claro de sesgo sería el tema de la prescripción de la terapia hormonal sustitutiva. Como sabéis, esta terapia ha venido siendo la respuesta farmacológica a la necesidad de aliviar los síntomas específicos asociados a la disminución de los estrógenos que se producen en el climaterio. Sin embargo, los resultados de varios estudios recientemente publicados no sólo cuestionan el papel preventivo de esta terapia, sino que, además, la asocian a patologías como el cáncer de mama, la enfermedad coronaria, el ictus y el embolismo pulmonar, lo que llevó a suspender en el año 2002 uno de los ensayos clínicos más importantes en este campo.

En España no se conoce con exactitud la población usuaria de esta terapia, ya que son muy escasos los estudios sobre la frecuencia de prescripción y los resultados que vemos son muy dispares. Hay datos de ventas del 91 y del 92, que estimaban que la frecuencia de prescripción era inferior al 1%, mientras que en un estudio llevado a cabo en 1995 la frecuencia de uso alcanzó el 40%.

En el año 2002, en Granada, realizamos un estudio poblacional para ver la frecuencia de prescripción de este tratamiento y los factores asociados, así como la información que tenían las mujeres sobre esta terapia. Como veis, la frecuencia de prescripción de terapia hormonal sustitutiva fue alrededor del 23%, ligeramente inferior a otros países de nuestro entorno, y los factores que mejor explicaban esta prescripción fueron: tener la menopausia, referir síntomas pero de carácter psicológico, acudir al ginecólogo y que éste ejerciera en la sanidad privada.

Además, el presentar una menopausia sintomática y, como sabéis, no todas las menopausias lo son por definición, también se relaciona con la probabilidad de recibir este tratamiento, pero sólo porque estas mujeres acuden más al ginecólogo. Es decir entre las que acuden al ginecólogo, y privado fundamentalmente, estas mujeres tienen la misma probabilidad de recibir tratamiento hormonal sustitutivo tanto si presentan síntomas como si no los presentan.

Como hemos dicho antes, esta terapia se ha venido defendiendo desde la literatura, se ha venido recomendando con carácter preventivo de otras patologías como algunas patologías cardiovasculares, demencia u osteoporosis. En este estudio, casi al 54% de las mujeres sin síntomas se les prescribe este tratamiento, lo que indica una actitud claramente preventiva, a pesar de que la evidencia disponible hoy en día no justifica esta actuación.

En este trabajo llama también, o llamó también la atención, el hecho de que los profesionales sanitarios informaran casi en el 50% de los casos sobre los beneficios que esta terapia podía tener para la salud de las mujeres, pero sólo en un 28% informaban de los posibles riesgos que puede conllevar.

Para finalizar, otro ejemplo de sesgo de género es la falta de información que existe en determinadas enfermedades crónicas que afectan mayoritariamente a mujeres, por ejemplo, el reumatismo, el síndrome de fatiga crónica o la cada día más nombrada fibromialgia.

Como sabéis, en este último caso, la enfermedad afecta muy poco a los hombres, con lo cual, los estudios en los que haya muestras de hombres son enormemente escasos. Por eso, en relación con la fibromialgia, podemos comparar poco lo que ocurre entre hombres y mujeres.

En estudios hechos fuera de nuestro país, unos indican que sí hay diferencias en la presentación y severidad de algunos síntomas con respecto a las mujeres y que, además, los hombres con fibromialgia refieren peor calidad de vida que las mujeres. Pero insisto en que los estudios son muy variables ya que en otros indican resultados contrarios, es decir, que son las mujeres las que refieren más síntomas y mayor morbilidad.

En el año 2004 quisimos comparar las características clínicas, psicodemográficas y psicosociales de hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgias, asistentes a una consulta de un servicio de reumatología en un hospital, y algunos de los resultados nos pueden servir para reflexionar. Como veis, el hombre con diagnóstico de fibromialgia está de baja laboral con mayor frecuencia que las mujeres con el mismo diagnóstico. Cuando el hombre está de baja laboral, el tipo de baja que recibe mayoritariamente es la incapacidad permanente, mientras que la mujer lo que recibe es una incapacidad temporal. El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, que, como veis, es exageradamente elevado, es superior en mujeres que en hombres y, en cambio, el número de especialistas consultados antes del diagnóstico es superior en hombres que en mujeres.

Pero, además, en cuanto al tratamiento farmacológico, el 94% de los hombres tenían prescrito un tratamiento con fármacos, mientras que éste se reducía al 78% en mujeres. Al porcentaje de mujeres que resta lo que se le prescribía eran medicinas alternativas, y la mayor diferencia está en que el tratamiento de elección de la fibromialgia, en este momento, es una combinación de un analgésico concreto con un fármaco que se denomina gaba. Es el tratamiento de elección y este tratamiento se le prescribía al 50% de los hombres que recibían el diagnóstico y solamente al 6% de las mujeres que también lo recibían.

En resumen, estos son algunos de los ejemplos que puedo aportar sobre el sesgo de género en relación con los medicamentos. Como vemos, queda mucho por hacer para eliminar el sesgo de género,

intencional o no, en la investigación clínica, en la asistencia y en campos muy diferentes que afectan a la salud de la mujer.

## REFERENCIAS

- Ridker P, et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *NEJM*. 2005
- Cascales S, et al. Ensayos clínicos con rofecoxib: análisis desde la perspectiva de género. *Med Clin*. 2003.
- Guideline for the Study and Evaluation of Gender Differences in the Clinical Evaluation Drugs. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. *Federal Register* 1993; 58:39409-11
- García de la Hera M, Ruiz Pérez I et al. Utilización de servicios sanitarios según el sexo en una cohorte de usuarios de drogas por vía parenteral infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)* 2003;120:489-93
- Ruiz I, Bermejo MJ . Conocimientos de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva. *Gac Sanit*. 2004;18:32-7.
- Ubago MC, Ruiz Pérez, et al. Características clínicas y psicosociales de pacientes con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:683-695.
- Ruiz Pérez I, M<sup>a</sup> Carmen Ubago. Fibromialgia. ¿Un problema real o imaginario? *Meridiam (Instituto Andaluz de la Mujer)* 2004; 34:37-41.
- Bermejo Pérez MJ, Ruiz Pérez I. Physicians and the prescription of hormone replacement therapy in Spain. *Health Police* 73 (2005) 58-65

## IMPACTO DEL TRABAJO "REPRODUCTIVO" SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES.

### M<sup>a</sup> del Mar García Calvente

*Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública.*

*Investigadora de la Red de Investigación en Salud y Género del Instituto Carlos III.*

*Miembro del Grupo Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.*

Muchas gracias por esta oportunidad de participar en este encuentro sobre Salud y Género. En esta ponencia voy a hablar del impacto del trabajo reproductivo sobre la salud de las mujeres, y me gustaría centrarme fundamentalmente en realizar esta aproximación desde el análisis de género de lo que se llama *cuidado informal de salud*.

Voy a comenzar recordando que las desigualdades de género surgen de las construcciones socioculturales e históricas que transforman las diferencias sexuales en discriminaciones. Estas discriminaciones se expresan en la división sexual del trabajo y en un acceso diferencial y jerarquizado a recursos materiales y simbólicos, así como al poder en sus distintas expresiones. Por lo tanto, la equidad de género se refiere a la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres, y de eso voy a tratar en esta ponencia.

Sabemos que el género es un concepto relacional, su objeto de interés no es la mujer o el hombre, sino las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres en torno a la distribución del poder. El género afecta a todas las esferas de la vida, las relaciones de género son personales y también son políticas, y atraviesan todas las formas de organización social. Por lo tanto, el análisis de género del cuidado informal que voy a intentar hacer, se centra en las características del cuidado informal como un asunto personal, pero también político, es decir, un asunto de todos.

En primer lugar, para hacer un análisis de género del cuidado informal tendremos que ponernos de acuerdo en qué entendemos por cuidar. Esta definición, ya de mediados de los 80, denota que el cuidado informal es "aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas que no recibe retribución económica por ella".

Sin embargo, este concepto centra el cuidado informal en su relación con atención a la dependencia, y esta relación con la dependencia está recibiendo últimamente diversas críticas desde el feminismo.

En primer lugar, porque el cuidado se devalúa socialmente si solamente lo asociamos a una situación indeseable, una situación de insuficiencia como puede ser entendida la dependencia en sus distintas formas. En segundo lugar, porque esta definición se basa en una concepción dual, es el cuidador o la cuidadora la que presta unos servicios a la persona dependiente; sin embargo, el cuidado tiene una dimensión relacional y, por lo tanto, una relación de interdependencia. Y en tercer lugar, y para mí es la más importante, porque asociar el cuidado informal solamente a situaciones de dependencia oculta la verdadera dimensión del cuidado informal. Todos, en algún momento de nuestras vidas, asumimos el papel de receptores de cuidados, a todos y a todas nos han cuidado, y prácticamente todos, y especialmente todas, asumimos o asumiremos también el papel de cuidadoras. Tomando la frase de Soledad Murillo: "el cuidado informal de las mujeres no solamente se centra en las personas dependientes sino también en las independientes".

Aunque el trabajo de cuidar es un trabajo de mujeres, existen considerables variaciones en la definición de cuidar. "Nuestras abuelas -dice Pat Armstrong- no lavaban catéteres, ni insertaban agujas, ni ajustaban mascarillas de oxígeno", como parte de los cuidados que hacían en el hogar; es decir, el trabajo de cuidar se está convirtiendo en un asunto mucho más complejo, mucho más especializado a medida que la tecnología, que previamente era propia de las instituciones sanitarias, se está desplazando cada vez más al ámbito del hogar.

Por lo tanto, el cuidado no puede ser entendido solamente como un trabajo, también es un proceso en el cual las personas que cuidan identifican necesidades, eligen estrategias, asumen responsabilidades, realizan tareas concretas y se relacionan con la persona a la que cuidan. Es un trabajo, qué duda cabe, pero, sin duda, no es solamente un trabajo físico, sino también un trabajo emocional, una actividad que acarrea costes. También es una ética, es decir, es una forma de pensar que va más allá de la realización de actividades concretas, que tiene unos valores particulares de responsabilidad, de competencia, de interés, de integralidad, y que está fuertemente relacionada con la identidad moral de género y su construcción.

De esta forma, el cuidado informal es visto y es estudiado como un fenómeno netamente femenino por varias razones. Se realiza de *puertas adentro*, parafraseando el título de una de las primeras publicaciones en España sobre cuidado informal de María Ángeles Durán. Se trata, en general, de *asuntos de familia*, es una actividad que *no tiene precio* en el mercado porque no se remunera y, por tanto, es una actividad que se minusvalora a los ojos del cuerpo social. Finalmente, está asociada a un rol que en nuestra sociedad es considerado como específicamente femenino, y, por lo tanto, cuidar es *cosa de mujeres*. Como podemos ver, estas conceptualizaciones están fuertemente marcadas por el sistema de género.

El cuidado puede ser entendido como un *trabajo de mujeres*, qué duda cabe que lo es, pero solamente en un contexto de desigualdad en las relaciones, en las estructuras y en los procesos que ayudan a crear a las mujeres como cuidadoras y a infravalorar el trabajo de cuidar.

Una de las primeras aproximaciones para hacer un análisis de género del cuidado informal es preguntarse quién cuida a las personas que lo necesitan. En esta gráfica presento algunos de los resultados del estudio que realizamos en 3.000 hogares de Andalucía. En este estudio se preguntaba a las personas

que vivían en ese hogar sobre quiénes tenían necesidad de cuidados, por varios motivos, y quiénes los cuidaban. El 66% de estas personas recibían estos cuidados de su familia, el 30% se cuidaban por su cuenta solos o solas, y un total de un 3% recibían cuidados en diversas combinaciones de contribución de la familia con ayuda contratada o con ayuda de los servicios formales.

Pero estos datos de Andalucía no son esencialmente diferentes a los que vemos en otros estudios que se han realizado en el ámbito español: del 80 al 88% de las personas mayores, el 83% de los enfermos que no tienen patologías muy graves, el 70% de las personas con discapacidad física o el 50% de las personas con deficiencias de tipo psíquico, son cuidados por su familia (según datos extraídos de distintas fuentes).

Estamos hablando de lo que se ha llamado un *sistema oculto de atención a la salud* en el que la parte visible del cuidado de salud sería la provista por los sistemas formales, por los servicios sanitarios fundamentalmente; y una gran parte invisible, la parte de abajo del iceberg, sería la prestada por este llamado sistema informal.

¿Por qué la preocupación por el sistema informal? Por un lado, porque se está produciendo un creciente aumento de la demanda de cuidados en el ámbito informal, por el envejecimiento de la población y otras causas; pero, por otro lado, porque las reformas de los sistemas sanitarios están produciendo un desplazamiento cada vez mayor de los cuidados que se prestan en las instituciones sanitarias hacia los cuidados que se prestan en el ámbito del hogar, en el ámbito de las familias.

Sin embargo, dentro del ámbito de la familia, del hogar, también están produciéndose transformaciones que plantean la cuestión de la progresiva disminución de disponibilidad de cuidadoras y cuidadores en el ámbito informal. Estas tendencias dibujan un equilibrio que está continuamente en movimiento. Nada de lo que pasa en el ámbito de los hogares, es decir, del sistema informal, está aislado de lo que pasa en los servicios sanitarios o en los servicios de atención social y viceversa. Estamos hablando de que la mayoría de los cuidados de las personas que lo necesitan se producen o se prestan por parte de la familia, pero ¿cómo se comparte este cuidado dentro de los miembros de la red informal?, ¿quién es esa familia que cuida?

Aquí veis algunos datos de la Encuesta de Salud de Andalucía en la que se preguntaba al entrevistado o a la entrevistada sobre quién cuida, quién se ocupa habitualmente en ese hogar de las personas que tienen, en este caso, trastornos crónicos o discapacidad. Y aquí se muestran las respuestas que dieron diferenciadas, según si el entrevistado era varón o mujer. La respuesta de "yo solo / sola" la daban un 30% de mujeres, frente a un 8% de hombres. Sin embargo, la respuesta "cuida mi pareja" la daba un 9% de hombres, frente a un 0% de mujeres. Y cuando se preguntaba la opción de "mi pareja y yo" la contestaban un 12% de hombres, frente a un 7% de mujeres. Bien es verdad que no se preguntaba al mismo hombre y a la misma mujer en el hogar porque eran individuos diferentes, pero esto da una idea de un índice de desigualdad en el reparto de las tareas de cuidado dentro de lo que llamamos la familia cuidadora. Y esta desigualdad de género en el reparto intrafamiliar del cuidado no se ve afectado, fundamentalmente, por variables como, por ejemplo, el nivel educativo de las mujeres y de los hombres entrevistados. Las personas que participan en los cuidados son mayoritariamente mujeres, sean éstas de nivel de estudios universitarios, secundarios, primarios o sin estudios.

Específicamente, las personas que participan en el cuidado dentro del hogar tienen un rostro mucho más definido que el resto de las personas que aparecen en la imagen, que es el rostro de lo que se ha llamado la *cuidadora principal*. Ésta es la persona de la red de apoyo que asume la responsabilidad de cuidar, en palabras de las mismas cuidadoras de "hacerse cargo de", "yo soy la que me hago cargo", y suele ser también - aunque no siempre coincide- la persona que dedica más tiempo a las tareas de cuidados. Esto supone no solamente una realización de tareas concretas, sino una disponibilidad permanente para asumir el cuidado, la vigilancia y el acompañamiento de las personas a las que cuidan. Por lo tanto, podemos decir con Pilar Rodríguez que "cuidar se conjuga en femenino" (el 93% de las cuidadoras principales de nuestro estudio fueron mujeres), "y singular" (el 56% de ellas respondían que cuidaban solas y que asumían solas esta responsabilidad).

En los diversos estudios que se han realizado en la última década en nuestro país sobre cuidados informales se dibuja perfectamente un perfil típico de persona que asume el papel de cuidadora principal. Son mujeres (entre el 80% y el 93% de las cuidadoras principales, según los estudios) de la familia que conviven con la persona a la que cuidan, de todas las edades, pero típicamente en la edad media de la vida. Tengo que decir aquí que realmente se ha prestado mucha más atención al cuidado de las personas mayores, precisamente porque ha sido un problema puesto en la palestra por el envejecimiento y que, probablemente por eso, salga el perfil de mujeres entre los 45 y 69 años, lo cual no quiere decir que las mujeres más jóvenes o más mayores no sean cuidadoras principales. Sin actividad laboral retribuida, la mayoría responden a la pregunta de situación laboral diciendo "soy ama de casa", (ese término que todavía se sigue utilizando en las encuestas), de nivel educativo bajo, sin estudios o sólo primarios en la mayoría de los casos.

Sin embargo, la desigualdad de género en el cuidado informal no solamente afecta a la distribución de responsabilidades de cuidar entre hombres y mujeres dentro de la familia, sino que también se evidencian desigualdades de género en el trabajo de cuidar. Por ejemplo, los tipos de cuidados prestados por mujeres y hombres cuidadores son diferentes. Las mujeres prestan con más frecuencia cuidados de atención personal, ayudas, por ejemplo, a la actividad de la vida diaria, como puedan ser la higiene, el vestido, la alimentación y cuidados de vigilancia y acompañamiento de la persona a la que cuidan, que son los cuidados que, sin duda, requieren una mayor disponibilidad, una mayor hipoteca, digámoslo así, del tiempo propio de las mujeres cuidadoras.

Pero también hay diferencias entre mujeres y hombres cuidadores en el tiempo que dedican a cuidar. En la gráfica se muestra el tiempo que declaraban que se dedicaban a cuidar hombres y mujeres cuidadores y cuidadoras en días laborables, de lunes a viernes. Más de 20 horas, (ellas lo expresaban así, "todo el día"), respondieron un 32% de las mujeres, frente a un 22% de los hombres, ambos identificados como cuidadores principales. Y, sin embargo, menos de 3 horas, un 23% de los hombres frente a un 8,7% de las mujeres.

Las desigualdades de género en el cuidado informal atraviesan también a lo que llamamos "el coste o el impacto de cuidar", que también es desigual para hombres y mujeres que asumen la tarea de los cuidados. En la gráfica se expresa el porcentaje de personas cuidadoras que declaraban que el hecho de cuidar había tenido un impacto importante en estas distintas áreas de su vida. Las columnas más altas

son aquellas que se refieren al impacto económico y en relación con el tiempo para una misma, en la situación laboral o en la compatibilización del cuidado con otras responsabilidades.

Tengo que decir que realmente habría que matizar el concepto de "tiempo para una misma", porque en la investigación cualitativa que realizamos antes de hacer la encuesta, realmente, el tiempo para una misma que expresaban las mujeres era tiempo para *sentarse tranquilamente a coser, poder planchar, poder repasar la ropa*, es decir, éste es el concepto de "tiempo para una misma" que pueden estar reflejando este tipo de encuestas.

Respecto al impacto, voy a seleccionar solamente dos áreas para analizarlas con más detalle: el impacto en la vida laboral y el impacto en la salud. Con referencia al impacto de cuidar sobre la vida laboral, entre un 20% y un 25% de las cuidadoras no pueden plantearse acceder a un empleo, más de un 12% han tenido que abandonar su empleo definitivamente y otro 10% adicional lo ha abandonado de manera temporal, que en muchos casos termina siendo definitivo. Al 18% el hecho de tener que cuidar le ha limitado las posibilidades de progreso y desarrollo profesional, y hasta un 12% ha tenido que reducir su jornada laboral. Podríamos decir, por tanto, que hacerse cargo de las personas de la familia que lo necesitan supone un alto coste de oportunidad para las cuidadoras, que tienen que elegir entre el trabajo llamado productivo, aquel por el que se nos paga, y el trabajo reproductivo, aquel que hacemos sin remuneración. Ser cuidadora ha supuesto la exclusión definitiva del mercado laboral a un 35% de las personas que asumen este papel y, si tenemos en cuenta las exclusiones temporales, esta proporción se eleva hasta un 46%.

Respecto al impacto de cuidar sobre la salud, un 20% de las personas que cuidaban declararon que el cuidado había tenido un impacto negativo sobre su salud. Podemos analizar este impacto haciendo un breve resumen de las características de la situación de cuidar. Por un lado, hemos visto que se trata de tareas altamente demandantes; por otro lado, las personas que cuidan asumen una multiplicidad de roles, no solamente cuidan, sino que, en palabras de las propias cuidadoras, "yo soy la madre" o "soy la hija", "pero soy también ama de casa, enfermera, psicóloga". Muchas de ellas además, compatibilizan la responsabilidad de cuidar con otras responsabilidades profesionales remuneradas.

El trabajo de cuidar tiene las características típicas del trabajo de las mujeres, de jornada interminable. No se puede medir con un horario que empieza y termina, es un trabajo que no tiene fin, de lunes a domingo, todos los días del año. Lo que en la literatura anglosajona llama 24-7-365: 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año. La disponibilidad de ayuda vemos que en muchos casos es muy escasa y, además, esta situación se ve agravada por la aparición de situaciones críticas, como puede ser el ingreso en un hospital de las personas que cuidan.

En este contexto podemos preguntarnos: ¿ser cuidadora supone un riesgo para la salud? La investigación citada anteriormente sobre el cuidado informal en Andalucía nos muestra diversos indicadores de salud referidos a la muestra de 1.000 personas cuidadoras que entrevistamos en este estudio. El 35% de las personas que cuidaban percibían su salud como regular, mala o muy mala; un 24% dice "estar poco o nada satisfecho con la vida que lleva"; el 21% padece alguna limitación o discapacidad; el 63% padece algún problema crónico de tipo físico; y un 30% había consultado al médico en las últimas dos semanas.

En este cuadro muy sencillo de los indicadores de salud de las personas que cuidan podemos darnos cuenta de otro fenómeno que los estudios han obviado con mucha frecuencia, y es que las propias personas que cuidan son, asimismo, personas que padecen problemas de salud, muchas de ellas de tipo crónico y discapacitante. A veces, la persona que cuida es la que tiene "menos problemas de salud", por así decirlo, pero esto no significa que sean personas sanas o con buen estado de salud.

Además, determinados grupos de cuidadoras presentan un mayor riesgo de tener mala salud que otras. Por ejemplo, es típico una peor salud percibida en las cuidadoras que están en la edad media de la vida (lo que se ha dado en llamar "la generación sándwich"), las de clase social menos privilegiada, las que no tienen trabajo remunerado, las que cuidan a varias personas y las que enfrentan situaciones de alta demanda de cuidados. Estas personas constituyen grupos de especial riesgo para tener mala salud dentro de las cuidadoras.

Hay un factor que actúa como protector frente a esta mala salud, y ese factor es el apoyo social. El apoyo social percibido por parte de las personas que cuidan actúa de manera clara como protector, ya que disminuye el impacto negativo que cuidar tiene sobre la percepción de salud de las personas que cuidan.

Hasta aquí hemos mirado el cuidado informal desde el punto de vista de las desigualdades de género, analizando qué pasa con el cuidado dentro del ámbito familiar y cómo se reparte entre hombres y mujeres la carga y el coste de cuidar. Pero hay otra manera de enfocar la desigualdad de género en el cuidado: la desigualdad del reparto de responsabilidades entre las personas que cuidan en el ámbito informal y el estado. Y es que el desigual reparto de cargas de cuidado entre familia o sistema informal y estado afecta, especialmente y en mayor medida, a las mujeres.

Según los datos del *Libro Blanco de la Dependencia*, en el que se citan resultados de algunas de las encuestas que se han hecho en España sobre cuidados de personas mayores y personas con discapacidad fundamentalmente, se pregunta al cuidador o a la cuidadora si recibe ayuda formal para colaborar en los cuidados. El 83% de las personas entrevistadas dicen que no reciben ayuda formal para colaborar en los cuidados.

Desde los servicios formales (incluyo los servicios sociales y los servicios sanitarios, los servicios en general de cuidado y bienestar), podemos conceptualizar a la persona que cuida de diversas maneras. Un modelo bastante frecuente, pero no el único, de entender el cuidado informal desde la perspectiva de los y las profesionales es entender a la cuidadora informal como recurso, como un recurso de apoyo para cuidar, de hecho, en algunas publicaciones se habla "del recurso informal".

En este modelo, los servicios formales estarían destinados fundamentalmente a atender las necesidades de la persona dependiente y contarían con el cuidador o la cuidadora informal como un recurso de apoyo. En este modelo, el objetivo de los servicios formales no es el bienestar de la cuidadora, sino el bienestar de la persona a la que cuida. Por tanto, el objetivo respecto a los cuidados será mantener, estimular y acrecentar, en la medida de lo posible, el cuidado informal y ése es el propósito de las intervenciones propuestas desde este modelo.

Podemos citar aquí, como ejemplo, los tipos de intervenciones sobre cómo evitar lo que se llama *la claudicación del cuidador*, es decir, cómo evitar que las personas que cuidan dejen de cuidar, cómo mantener el bienestar de las personas que cuidan para que puedan seguir cuidando.

Sin embargo, hay otras maneras de ver las cosas. En el modelo de la cuidadora como cliente, las intervenciones desde los servicios sanitarios y sociales no irían solamente dirigidos a la persona dependiente; sino que también tendrían que tener en cuenta el cuidado de las personas que cuidan, como un objetivo en sí mismo importante de los servicios. Este modelo reconoce las necesidades de cuidados de bienestar que tiene la persona que cuida, y no solamente como un instrumento o un recurso para cuidar, sino como beneficiaria de pleno derecho de estos cuidados. Hemos visto antes, por los indicadores de salud que os había mostrado, que muchas de las cuidadoras se convierten, por serlo, en verdaderas pacientes, y requieren servicios sanitarios y servicios sociales por el hecho de cuidar.

En este modelo de la cuidadora como cliente sí que tendríamos en cuenta el bienestar de la cuidadora en sí mismo y, además, reconoceríamos de alguna manera que hay situaciones en las que existe un conflicto entre el bienestar de la persona a la que se cuida y el bienestar de la persona que cuida. Este reconocimiento es necesario para tener en cuenta que hay que abordar el problema de las desigualdades de género en el cuidado. Si no asumimos que existe o puede existir este conflicto, tendremos dificultades para plantear intervenciones dirigidas a disminuir esta desigualdad.

Por lo tanto, podemos plantear que en el propósito de cuidar a las personas que cuidan, puede haber tres niveles de apoyo:

- 1) las políticas públicas a favor de las personas cuidadoras, lo que podríamos llamar el nivel de "cuidadora como ciudadana";
- 2) los servicios de apoyo a las personas cuidadoras. En este nivel la cuidadora debería aparecer claramente "como cliente" de los servicios, como persona que demanda, que tiene necesidades y que tiene derecho de recibir determinados tipos de servicios de apoyo a ellas mismas;
- 3) el nivel más cercano que serían las prácticas profesionales de apoyo a las personas que cuidan, en este caso, hablaríamos de la "cuidadora como usuaria" de los servicios.

Desde la perspectiva de la cuidadora como ciudadana cabe preguntarse: ¿dónde se sitúa el locus o la responsabilidad de cuidar?, ¿cómo se ha de distribuir esa responsabilidad entre el ámbito de lo privado, es decir, la familia, y el ámbito de lo público, es decir, el Estado?, ¿y entre los miembros de la red familiar y social?; y en la propia familia ¿cómo se puede abordar el problema de la equidad de los cuidados? Finalmente, ¿cuál es el impacto de las políticas de apoyo a personas dependientes y cuidadoras sobre la situación de desigualdad de género existente? "Lo importante -dice Armstrong- no es solamente establecer políticas de apoyo a cuidadoras. Todo lo que se hace desde el Estado tiene consecuencias negativas y beneficios que no se distribuyen igualitariamente; por tanto, hay que examinar cómo las políticas y acciones de apoyo afectan a las mujeres y a los hombres y a qué grupos pueden afectar más".

Para terminar voy a hacer algunos comentarios respecto a cómo la investigación sobre los cuidados puede ser o no sensible al género. Algunos de los sesgos de género que se reconocen en la literatura son

sesgos que podemos asumir como frecuentes en la investigación de cuidados informales. Por ejemplo, el llamado sesgo de androcentrismo, en el que los varones son tomados como norma frente a la cual las mujeres son valoradas. La invisibilización o la minusvaloración del cuidado informal en la investigación en salud es un buen ejemplo de ello. El cuidado informal es un asunto de mujeres, por lo tanto, no responde a la norma estándar de un problema de investigación relevante para ser abordado.

Otro tipo de sesgo sería la infrarepresentación o exclusión, en este caso, de los varones en áreas tradicionalmente femeninas. Un ejemplo de esto es el "olvido" de la investigación sobre hombres cuidadores. Sabemos muy poco de la situación, de las características, de las cargas, de cómo lo viven, del impacto sobre su salud, de los hombres que cuidan.

También existe un sesgo en la aceptación de la dominación masculina como normal; esto se da, por ejemplo, cuando los estudios asumen en su marco teórico que las mujeres *deben* seguir cuidando, cuando, en realidad, lo que hay que hacer es apoyarlas para evitar la "claudicación del cuidador".

Otro tipo de sesgo es el que se llama "de culpabilización de las víctimas", y como ejemplo cito el llamado "síndrome del cuidador", y lo pongo en masculino porque se utiliza en masculino, a pesar de que la introducción comienza diciendo que "la mayoría de las cuidadoras principales son mujeres". El llamado "síndrome del cuidador" es, desde mi punto de vista, una manera más, de las múltiples que tiene la investigación en salud, de etiquetar el malestar de las mujeres. Hablamos de síndrome del cuidador y etiquetamos así el malestar que presentan las mujeres que cuidan que, como sabemos, se enfrentan a una situación de sobrecarga, de conflicto de intereses, de desigualdad. Al llamarle síndrome del cuidador, lo diagnosticamos como una enfermedad y lo tratamos con fármacos, con esa manera que tenemos los profesionales de la salud de responder a las necesidades de la gente desde el llamado "modelo biomédico".

También tenemos buenos ejemplos del sesgo llamado de insensibilidad de género, o de neutralidad o ceguera al género. Éste es el caso del sesgo de "familismo", en el que se toma a la familia o al hogar como unidad mínima de análisis, ignorando las desigualdades internas que se producen en su interior. En la investigación sobre cuidado informal este sesgo es muy frecuente, y hablamos de "familia cuidadora" cuando realmente estamos hablando de "mujeres cuidadoras", ocultando así la situación de profunda desigualdad de género al interior de la familia.

El sesgo de descontextualización consiste en ignorar que situaciones aparentemente similares tienen efectos diferentes en hombres y en mujeres. Por ejemplo, las investigaciones sobre cuidado informal han ignorado de manera bastante frecuente y sistemática que el impacto de cuidar es diferente en mujeres que en hombres.

Y, finalmente, el sesgo llamado de dobles estándares. Por ejemplo, cuando se supone que el coste de oportunidad que asumen las mujeres para cuidar es menor que si lo hicieran los hombres, es decir, que una mujer por cuidar tenga que abandonar el mercado laboral tiene menos coste social que si lo hace un hombre. O, por ejemplo, considerar que el cuidado de las personas dependientes es un cuidado intrínsecamente femenino. Es lo que se llama reificación de los estereotipos de género: las mujeres estamos más "capacitadas naturalmente" para cuidar.

La investigación sensible al género en cuidados informales se debería basar en estudios que recogen datos sobre personas cuidadoras y beneficiarias del cuidado, desagregados por sexo, como requisito mínimo, ya sean los estudios de mujeres y hombres, o sean sólo de mujeres o sólo de hombres, y que extraen conclusiones sobre diferencias, similitudes y experiencias específicas de género.

Me gustaría finalizar con un texto de Amartya Sen, Premio Nobel de Economía, que habla de la desigualdad de género en el mundo en estos términos: "Más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, es necesario analizar el contraste entre los esfuerzos y los sacrificios hechos por mujeres y hombres, y las compensaciones y los beneficios que unas y otros obtienen. Establecer este contraste es importante para una mejor comprensión de la injusticia de género en el mundo contemporáneo, la naturaleza altamente demandante de los esfuerzos y las contribuciones de las mujeres sin recompensas proporcionales es un tema particularmente importante de identificar y explorar". Muchas gracias.

## REFERENCIAS

- Armstrong P, Armstrong H. Thinking it through: Women, work and caring in the New Millennium. Documento electrónico 2001. Disponible en: <http://www.medicine.da.ca/mcewh>.
- Consejo de Ministros. Proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, aprobado en Consejo de Ministros de 21 de abril de 2006.
- Eichler M. Nonsexist research methods. A practical guide. New York: Routledge, 1991.
- García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: EASP, 1999.
- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit 2004, 18 (suppl.1): 132-139.
- García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G. El impacto de cuidar sobre la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit 2004, 18 (supl. 2): 83-92.
- IMSERSO. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.
- Morris M. Gender-sensitive home and community care and caregiving research: A synthesis paper. Final report. National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, Health Canada. Documento electrónico 2001. Disponible en: <http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/publications>
- Sen A. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza; 1995.
- Twigg J. Carers in the service system. En Twigg J y Atkin K (ed): Carers perceived: policy and practice in informal care. Buckingham: Open University Press; 1994. p.11-30.

- Van Ewijk H, Hens H, Lammersen G. Mapping of care services and the care workforce. Consolidated report. En: Moss P (editor). Care work in Europe. Current understandings and future directions. Documento electrónico. Disponible en: <http://144.82.35.228/carework/uk/reports>.

## LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LAS MUJERES. DE LA ENFERMEDAD A LA SUBORDINACIÓN.

**Ana Távora Rivero**

*Psiquiatra. Coordinadora del Equipo de Salud Mental de Santa Fe. Granada.*

### ■ RESUMEN

El sentido de mi intervención es poder aportar algunas claves, desde la perspectiva psicosocial y el análisis de género, para ayudar a que nuestros trabajos de investigación reúnan algunos de los requisitos que, para mí, serían imprescindibles cuando nos planteamos abordar los problemas de salud mental de las mujeres desde una perspectiva relacional.

Estos aspectos a los que voy a referirme, se centran en los estudios sobre la subjetividad de las mujeres, entendiendo que la incorporación de esta visión completa la aportada por otros trabajos que muestran como causa de los problemas de salud mental la situación más desfavorable de las mujeres en sus condiciones de vida<sup>1 2 3</sup>. Apuesto así por un tipo de investigación, donde la observación se centra en el análisis de las interacciones entre lo social y lo individual, y las diferentes formas de como el contexto social nos constituye internamente y construye nuestras identidades.

Al remitirme a aspectos del mundo interno no quiero decir que me sitúe necesariamente en el campo de las investigaciones cualitativas sino que, para mí, lo importante es incluir esta dimensión y no tanto el tipo de instrumentos que utilizemos.

En primer lugar, me gustaría definir la hipótesis de partida: el sufrimiento y el malestar de las mujeres estarían relacionados, en mayor o menor medida, con el grado de conflicto intrapsíquico entre el deseo de ser libre y el de no serlo. Esta hipótesis, parte de los planteamientos que la psicología social hace sobre la noción de enfermedad y sobre el paciente como portavoz, y desde el concepto de subordinación que aportan los estudios de género. Enrique Pichon-Riviere define que el paciente enferma porque sufre más de lo que puede tolerar y que con su enfermedad enuncia algo que tiene significación grupal. Los estudios de género entendidos "como un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y desfavorable a las mujeres con respecto a los hombres"<sup>4</sup> relacionan el malestar y los problemas de salud mental de las mujeres como consecuencia de los efectos de dichas situaciones de desigualdad.

En ese sentido, se convierten en objeto de investigación las características de dichas relaciones sociales jerárquicas que mantienen y potencian la subordinación y los mecanismos más íntimos, intrapsíquicos, que modulan el mundo interno de las propias mujeres para mantener este tipo de relaciones. Encontrándonos en una situación claramente paradójica donde a la vez que muchas mujeres, y especialmente las que padecen un problema de salud mental, enferman en gran medida por las consecuencias de estar ubicadas en un lugar de dominación, a su vez presentan fuertes resistencias para abandonar este lugar. Como nos recuerda A. Hernando<sup>5</sup> "además de la modificación de las condiciones externas en las

que debemos desenvolvernos las mujeres, es necesaria también la transformación de otra serie de condiciones sin las cuales no podremos hacer efectivo el acceso a tales posiciones de igualdad: las que definen la subjetividad femenina, el modo en que las mujeres internalizamos, actuamos y reproducimos un conjunto de valores y actitudes a través de las cuales nosotras mismas contribuimos a perpetuar esa situación de desigualdad respecto a los hombres".

Esta situación de tensión entre atender los mandatos de género y no atenderlos tiene su expresión en el conflicto intrapsíquico. Con el mismo nos referimos a la lucha entre valores o deseos opuestos, de forma que las mujeres en mayor o menor medida, y atendiendo a los diferentes contextos donde están incluidas, tienen incorporado un ideal del yo coincidente con los valores hegemónicos, especialmente en lo referido al poder de los afectos. Junto a este deseo, aparecen otros relacionados con el anhelo de ser sujetos individualizados, con capacidades para gestionar su propia vida y donde el amor y los afectos no ocuparían un lugar tan central.

Estos conflictos, que en el caso de las mujeres con problemas de salud mental permanecerían inconscientes, son los que se expresarían a través de los síntomas clínicos y facilitarían la aparición de los trastornos de salud mental. Como refieren diferentes autoras, para estas mujeres, la enfermedad se convierte en una forma posible de decir que no a los imperativos, permitiendo, como nos refiere C. Sáez de Buenaventura<sup>6</sup>, la aparición de "una huelga" en el desempeño de estos roles alienantes.

Pero esta hipótesis, que surge del trabajo asistencial de diferentes profesionales con mujeres que padecen un problema psíquico, y que relaciona la presencia del conflicto intrapsíquico con aparición de los trastornos de salud, está en la actualidad pendiente del trabajo de los investigadores de forma que solo podemos plantearla como propuesta para que pueda ser incluida en futuros proyectos.

Surge así un primer interrogante: ¿por qué es necesario la incorporación de estos conceptos en las investigaciones sobre los problemas de salud mental en las mujeres? En primer lugar, por la importancia del problema. El estudio de la OMS, proyecto ESEMeD<sup>1</sup>, confirma que uno de cada cuatro europeos sufre un trastorno mental en algún momento de su vida, siendo las mujeres las más afectadas (hasta el doble de prevalencia en trastornos del estado de ánimo). Igualmente, los datos sobre la prevalencia psiquiátrica encontrada en España y recogidos por de I. Montero<sup>2</sup>, para la globalidad de los trastornos está entre el 18,7 y el 36,1%. Este exceso se debe a la presencia más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos. "Cabe señalar que un único trastorno mental, como la depresión, la patología psiquiátrica más prevalente entre las mujeres, aparece como la segunda causa asociada a más años de vida ajustados por discapacidad en la estimación para el año 2020".

En segundo lugar, por las diferencias encontradas en las maneras de enfermar. J. Angst<sup>7</sup> compara 78.458 sujetos de seis países europeos y analiza las diferencias entre 38.434 hombres y 40.024 mujeres, y entre 563 hombres y 1.321 mujeres tratadas por un cuadro depresivo. Los hombres atribuyen como causas de su depresión los problemas en el trabajo y el desempleo, mientras que en las mujeres se relaciona con los problemas en su relación de pareja y la muerte de algún familiar. Los hombres refieren menos número de síntomas que las mujeres y síntomas distintos: acting out, bajo control de impulsos, conducta antisocial, abuso de sustancias, etc. Los hombres deprimidos declaran significativamente menos síntomas de depresión que las mujeres y no podemos olvidar que los estudios establecen una relación entre mayor nivel de depresión con mayor número de síntomas, siendo más importantes los criterios cuantitativos que la intensidad de la sintomatología.

En tercer lugar, porque con las hipótesis que contamos en la actualidad, biológica y/o psicosocial, no podemos explicarnos suficientemente las diferencias ni en la frecuencia, ni en las atribuciones, ni en los modos de enfermar, ni en las maneras de buscar ayuda. En la mayoría de los trabajos publicados, los datos que recogen los investigadores son principalmente clínicos y con este tipo de información no se pueden explicar las divergencias. Según un metaanálisis<sup>8</sup> para estudiar las diferencias entre hombres y mujeres, que presentaban diferentes tipos de depresión, y según los estudios revisados encuentran diferencias según el sexo en unos casos y en otros no. Los autores no saben por qué estas divergencias en los resultados, y cuando intentan explicarlas siguen refiriéndose exclusivamente a criterios clínicos. Incluso cuando los

estudios se refieren a la importancia de los factores psicosociales<sup>9</sup> los autores concluyen que el factor predictor más importante para padecer un problema de salud mental es ser mujer, y que las ventajas y desventajas de otros factores asociados como el estado civil, el empleo, el número de hijos y la clase social influyen igualmente en hombres y mujeres. Llegando incluso a plantear que la baja autoestima no es un factor predictivo para la depresión.

En cuarto lugar, por el tipo de atención diferente que reciben hombres y mujeres diagnosticados de un problema de salud mental por los profesionales sanitarios. Destacando una mayor frecuencia en el diagnóstico de cuadros depresivos y en la prescripción de psicofármacos en el caso de las mujeres<sup>10</sup> y una menor frecuencia en el diagnóstico de trastornos mentales severos, como la esquizofrenia<sup>11</sup>.

Y por último, como cita Michael Rutter<sup>12</sup>, la necesidad de conocer los procesos implícitos para explicar estas diferencias, planteando estudios sistemáticos con diferentes estrategias de investigación a las que se utilizan en los estudios ordinarios.

La inclusión de la noción de conflicto dentro de las hipótesis de investigación nos permitiría establecer relaciones entre las condiciones sociales y los aspectos referidos al mundo interno, imprescindibles para comprender el sentido de la enfermedad en la vida de las mujeres. Solo desde ahí entiendo que es posible profundizar en las relaciones entre subordinación y enfermedad, aclarando los mecanismos explícitos e implícitos que nos ayuden a visibilizar cómo la dominación, interna y externa, se constituye como causa etiológica del malestar.

## ■ PONENCIA

El sentido de mi intervención es poder aclarar determinadas cosas que entiendo que son claves para comprender mi planteamiento, de cómo pasar de mirar a la enfermedad sólo como consecuencia de un problema clínico, y poder pensar en la enfermedad también como la expresión de lo que da lugar las relaciones de subordinación.

Lo que sí me gustaría aclarar primero es qué gafas me pongo para poder hablar de este tema, es decir, desde qué lugar teórico voy a abordar qué está pasando o qué está pasando, por lo menos, con parte de la investigación en los problemas de salud mental de las mujeres. Entonces, las gafas que yo me pongo tienen que ver con el esquema de referencia del que parto, y el esquema de referencia tendría dos pilares fundamentales; por un lado, el pilar que tiene que ver con la psicología social. ¿Y qué significa tener unas gafas donde el pilar es la psicología social? Que pienso en la enfermedad desde una perspectiva fundamentalmente relacional. ¿Qué significa eso? Que enfermamos porque nos va mal en la vida.

Eso viene de todo lo que plantean dentro de la psicología social, sobre todo los que fundan la escuela de psiquiatría y psicología social y de la concepción operativa donde Pichón Riviere decía que enfermamos porque sufrimos más de lo que podemos soportar, y que ese sufrimiento estaría relacionado con la manera que tenemos de vincularnos con los otros. Es decir, que entiendo que para poder pensar en la investigación de los problemas de salud mental desde una perspectiva que incluya lo relacional, hay que partir de una hipótesis sobre la enfermedad donde podamos entender que existen relaciones entre las maneras en cómo nos ponemos malos y las maneras en cómo nos relacionamos; y eso es lo que voy a intentar ejemplificar un poco a lo largo de mi intervención.

Y, después, el segundo pilar de mi esquema de referencia es la perspectiva de género. ¿Qué significa eso? Pues que la manera como nos relacionamos, además de tener en cuenta determinados aspectos

que vamos a ver posteriormente, también va a estar influida por el lugar de ubicación que tengamos dentro del contexto externo. Es decir, que si desde la perspectiva de género partimos de la hipótesis de que las mujeres estamos ubicadas en un lugar de subordinación y los hombres están ubicados en un lugar hegemónico, también la enfermedad va a ser consecuencia de cómo aprendemos a relacionarnos por estar en ese lugar de subordinación.

Esto que podemos tener bastante claro cuando partimos de ese esquema teórico, se hace especialmente complicado cuando pensamos cómo los investigadores lo incorporan como elemento para observar la realidad. Es decir, que si antes yo os comentaba con las gafas que miro, tiene que ver con las gafas de que lo que nos enferman son las relaciones y, en concreto, las relaciones de subordinación. Ahora lo que vamos a observar es lo que pasa en el día a día de la consulta. Y ¿qué es lo que pasa? Que las mujeres enferman más de determinados problemas de salud, sobre todo, los problemas depresivos y de ansiedad, consultan más a los dispositivos y, además, son tratadas de maneras diferentes. Luego, lo que tenemos es un modelo teórico para poder observar la realidad del día a día.

¿Por qué es necesario incluir una perspectiva relacional para poder entender qué les está pasando a las mujeres? Pues porque no tenemos una respuesta lo suficientemente explicativa; es decir, que cuando nosotros revisamos algunos de los estudios más significativos que muestran las diferencias que hay entre las maneras de enfermar de los hombres y las mujeres y el tipo de enfermedad, el tipo de problema de salud que tienen los hombres y las mujeres, las conclusiones a las que se llega no son explicativas de por qué existen esas diferencias. De esta forma, si con los modelos teóricos que tenemos, que fundamentalmente son los que aportan los estudios desde la epidemiología, y los estudios clínicos, no tenemos datos suficientes que nos permitan construir hipótesis explicativas, y eso es recogido por los mismos autores de las publicaciones; es decir, no terminamos de entender por qué las mujeres enferman más de determinados problemas de salud, por qué consultan más y por qué atribuyen sus problemas de salud a cosas diferentes. Necesitamos buscar nuevos modelos teóricos que, a su vez, nos ayuden a tener nuevas explicaciones; de forma que, por lo menos, la revisión que yo he hecho, tanto de estudios de ensayos clínicos, de metaanálisis, de revisiones, como de otros estudios que provienen más del campo de la epidemiología y de la salud pública, la mayoría de los autores están de acuerdo en que es necesario incluir la dimensión de lo implícito para poder comprender qué está pasando, para poder comprender por qué enferman las mujeres.

Al incluir la noción de lo implícito, al querer incluir otros aspectos teóricos que nos ayuden a ponernos otras gafas más completas para ver qué les pasa a las mujeres, diríamos que se hace útil o es útil lo que aportan los estudios sobre la subjetividad. ¿Qué es lo que aportan los estudios sobre la subjetividad? Pues, principalmente, la idea de conflicto intrapsíquico. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de conflicto intrapsíquico desde la perspectiva de los estudios de la subjetividad? Que las mujeres, no todas de la misma manera ni con la misma intensidad, nos encontramos en una situación de tensión importante entre atender en la construcción de nuestra identidad a los imperativos o a los mandatos de género, principalmente, ser buena en el sentido de construirte desde el cuidado a los otros, inhibir la agresividad y eso se referiría, sobre todo, a las dificultades con el tema del poder; y controlar la sexualidad en la línea que plantea Foucault del cuerpo sexuado como un cuerpo subversivo; de forma

que la noción de conflicto nos remite a que una parte de lo que eres tú se construye queriendo atender a esos imperativos: controlo la agresividad, controlo la sexualidad y soy buena, y otra parte no.

Esa lucha interna entre *una parte de mí quiere eso y otra parte de mí quiere justo lo opuesto*, generaría altos niveles de tensión que se expresarían a través de los síntomas. Esta situación, producto del conflicto intrapsíquico entre mis deseos opuestos y contradictorios, estaría presentes de manera más o menos estable en las relaciones entre el mundo interno y mundo externo. Por ejemplo, la mayoría de las mujeres cuando acuden a la consulta, inicialmente cuando vienen al equipo no tienen ninguna duda de que si tienen que elegir entre irse a la playa o quedarse cuidando a la nieta elegirían quedarse cuidando a la nieta. Sin embargo, cuando vamos trabajando con ellas llega un momento en que las mujeres, o muchas mujeres, se dan cuenta de que desean las dos cosas, irse a la playa y quedarse cuidando a la nieta.

Desde ahí el trabajo que hacemos con ellas en la consulta es que puedan ser conscientes de que todo esto permanecía oculto; es decir, las mujeres llegan y lo que plantean es: "me encuentro mal", "estoy intranquila", "tengo ansiedad", "no duermo bien". Poco a poco, a lo largo del proceso de trabajo con ellas, van pudiendo conectar que ese "me encuentro mal", "tengo ansiedad", "no duermo bien" tiene que ver con que en su vida no están básicamente satisfechas, y esa no satisfacción tendría que ver con que sus deseos no están relacionados tanto con lo que les gustaría, sino con lo que debería gustarles; de forma que, a lo largo de esos procesos, las mujeres se van dando cuenta, no todas las mujeres de la misma manera y no en todas las mujeres funciona esto igual, sino que habría que pensar en lo que son también las características de cada una, se van dando cuenta cómo parte de su síntoma está relacionado con esa confusión que tienen en el desear. Así, poco a poco, van descubriendo las diferentes partes del conflicto, "quiero esto y quiero lo otro" y en la medida en que lo van descubriendo, pueden encontrar claves nuevas para resolver o manejar mejor el conflicto, de forma que una puede decir: "yo sé que si me voy a la playa me voy a sentir culpable porque voy a pensar que no he hecho lo que debería hacer, que es quedarme con mi nieta; pero sé que si me quedo con mi nieta me voy a sentir fatal y enfadada porque pienso que mientras yo estoy con mi nieta mi hija está en la playa y eso me da coraje y me hace sentir mal".

Estos conflictos que en este caso, yo creo que el ejemplo lo aclara, en la mayoría de las ocasiones, como os decía antes, permanecen implícito no sólo para las mujeres que te dicen: "yo tengo síntomas pero no me pasa nada", sino también para los profesionales que entienden que los síntomas no tienen nada que ver con estas cosas y, cómo no, para los investigadores que no incluyen cómo, si las mujeres se sienten peor o mejor podrá tener que ver como hipótesis para incluir, esa tensión de que hagas lo que hagas no te sientes tranquila contigo misma.

Como os decía, es a través de los síntomas donde las mujeres expresarían esto, donde los profesionales encontrarían la coartada perfecta para no ir más allá de los síntomas y donde los investigadores al no contar con estos instrumentos que, como os decía, provienen, sobre todo, de lo que tiene que ver con la relación entre mundo interno y mundo externo, no cuentan con las claves para poder incluir esto como elemento para expresar qué está pasando.

En definitiva, esta situación de conflicto, por un lado quiero atender a lo que debo y, por otro, quiero otras cosas que pueden ser opuestas justo a lo que debería desear, como plantea Almudena Hernando, dificulta de manera significativa el proceso de individualización; y al tener dificultado ese proceso de individualización las mujeres sienten que no pueden ser sujetos protagonistas de su vida, porque lo que van deseando en el fondo no es lo que querrían desear. Y eso te lo dicen las mujeres muchas veces en la consulta: "No, mire usted, es que yo como que me dejo llevar, pero al final cuando me paro me estoy dando cuenta que no estoy haciendo lo que quiero".

¿Cómo estamos trabajando en nuestra cotidianidad dentro del trabajo asistencial y dentro del trabajo de formación y de investigación el tema de los conflictos? Es decir, ¿qué instrumento podemos aportar para abrir puertas, en el sentido de cómo se podría incluir esta visión donde hay una articulación entre lo interno y lo externo como clave para poder iluminar, en parte, lo que está pasando en las consultas de los equipos y lo que está pasando, como tenéis también en la ponencia, con la alta frecuencia tanto de incidencia, como de prevalencia de determinados problemas de salud en las mujeres? Pues nosotras ahora mismo lo que os voy a comentar brevemente, sería, como diferentes experiencias que estamos teniendo en esa línea. Yo he estado coordinando un grupo de formación de animadoras de los centros del Instituto Andaluz de la Mujer de Granada durante casi dos años, un primer año seguido y después cada tres meses, con un encuadre un poco especial. ¿Qué es lo que hemos hecho nosotras en ese espacio de formación? ¿Cómo empezamos a trabajar en ese grupo? Pues empezamos a trabajar por que las animadoras de los centros pidieron que se les dieran instrumentos para que ellas pudieran manejar sus propios conflictos. Es decir, ellas pidieron inicialmente una formación que tenía que ver con las técnicas que se podían utilizar en las situaciones de crisis y nos dimos cuenta, después de hacer un análisis de lo que estaba pasando, que las que estaban en crisis eran las animadoras, no las mujeres. Entonces lo que trabajamos fundamentalmente en ese grupo eran las propias crisis de las animadoras. Quiero decir, ¿qué está pasando cuando una empieza a trabajar en un organismo de igualdad? ¿Qué está pasando cuando quieres trabajar los conflictos con las mujeres y resulta que no tienes ni idea de cuáles son tus propios conflictos? ¿Qué tipo de conflictos aparecen cuando se hacen opciones feministas?, quiero decir, todo ese proceso de clarificación.

Nosotros cuando comenzamos la formación con este grupo lo que empezamos fue estudiando sobre el tema de la subjetividad y estudiando a las autoras clásicas que abordan lo que tiene que ver con la construcción de la subjetividad de las mujeres. Pero a lo largo de toda la formación, ese grupo lo que terminó fue elaborando un cuestionario para poder observar qué tipo de conflicto presentaban las mujeres cuando acudían a los CIM (Centros Municipales de Información a las Mujeres) y, entonces, no creo que se trate ahora de deciros preguntas de ese cuestionario, pero sí comentaros que hicimos el esfuerzo; y que también fue fruto del trabajo en el grupo la elaboración de un pequeño cuestionario donde lo que se pretendía era poder descubrir cuál era la fuente de tensión interna dentro de las mujeres que acudían al CIM.

Entonces le preguntábamos cosas como "¿con qué frecuencia piensa de usted misma que no es una buena madre, una buena esposa o una buena hija?", "¿se siente culpable cuando se compra algo para usted en primer lugar?", "¿qué opinión tiene de las mujeres que deciden no cuidar a la familia de su marido?", "¿si apareciera Aladino con su lámpara y le pudiera pedir tres deseos para usted qué pediría?",

"¿tiene ganas habitualmente de hacer la comida y de cuidar a los otros?", "¿con qué frecuencia tiene miedo de quedarse sola, de que puedan abandonarla?". Este cuestionario fue como un intento, pero hay que dedicarle todavía mucho más tiempo. Aunque sí me parece que puede ser útil cómo, poder vincular, poder relacionar eso, cómo a partir de un trabajo que tiene que ver con las propias dificultades, en este caso de los profesionales, pudimos ver a las mujeres desde otro sitio, que no tenía que ver ni con los síntomas que presentaba ni con los problemas; sino que tenía que ver, como os comentaba antes, con una visión que va un poco más allá, que es por qué cada mujer está sufriendo en relación con estas situaciones de conflicto interno.

En este sentido nosotras ahora mismo, María Luz Esteban, Rosa Medina y yo, tenemos un proyecto de investigación, un proyecto de I+D donde estamos trabajando las relaciones que existen entre el amor de pareja y las dificultades que pueden tener las mujeres en su vida. Yo, al menos en mi parte, lo que estoy trabajando es la relación entre el amor de pareja como algo central en la vida de las mujeres y la aparición de determinados problemas de salud. De manera, que lo que os puedo ofrecer claro en esta línea de la que estoy hablando, es que el trabajo sobre cómo convertir la noción de conflicto en un instrumento para la exploración y para la investigación, que tenga unas características: estar bien validado y que sea utilizado no sólo por nosotras sino por otra investigadora es, el camino donde estamos.\_

Desde ahí y para terminar quería comentaros dos cosas, ¿cuáles son las posibles resistencias con las que podemos encontrarnos para incluir esta perspectiva? Es decir, para incluir no sólo la perspectiva clínica, no sólo la perspectiva epidemiológica, sino poder incluir otras perspectivas donde, como os decía, aparezca esta noción de conflicto. Pues, por un lado, las posibles resistencias, como os decía antes, que tienen los profesionales. Difícilmente podemos investigar sobre esto si tienes miedo de que salgan los tuyos, es decir, a mí me parece que difícilmente nos vamos a poner a hablar con las mujeres y a explorar estas cosas si los profesionales no tenemos mínimamente claro dónde estamos cada una. Y, por otro lado, como posible resistencia de los investigadores también, lo que tiene que ver con cómo medir la subjetividad; porque la revisión que yo he hecho sobre las publicaciones que hablan de las diferencias de sexo en razón de los problemas de salud, lo que miden sobre todo es la aparición de la sintomatología, utilizan principalmente criterios diagnósticos, escalas clínicas y a lo más que llegan en lo que tiene que ver con ámbitos más subjetivos de las mujeres, más intrapsíquicos, tendría que ver con qué relaciona usted la aparición del problema de salud, con dificultades en su pareja..., pero más de eso no. Sin embargo, nosotras sabemos por la práctica asistencial que no todas las mujeres que tienen problemas de pareja tienen un cuadro depresivo; así que, ante el mismo problema, hay personas que enferman y otras que no, y desde ahí entendemos que la noción de conflicto, lo que ayuda a comprender es qué te pasa a ti para que lo externo te enferme, porque no todos responderemos de la misma manera.

¿Qué ventajas ofrece la perspectiva de poder incluir estas nociones? Por un lado, lo que implicaría incorporar el discurso que las mujeres tienen en las consultas a la práctica de la investigación, es decir, poder incorporar aquello de lo que ellas hablan; poder observar también cómo la subordinación construye una manera de relacionarte contigo misma, con los otros y con la vida que te enferma; y, por último, contextualizar desde otro lugar la sintomatología clínica, no pensar que lo importante son sólo los síntomas, sino por qué y qué sentido tienen los síntomas.

Como dice H. Taylor Mill en su libro sobre la emancipación de la mujer "negamos el derecho de que cualquier parte de la especie humana decida por otra parte, o cualquier individuo por otro individuo, qué es y qué no es la esfera propia de cada uno. La esfera propia es para todos los seres humanos la más ancha y la más alta que puedan conseguir".

Para terminar, y un poco en la línea de lo que cuenta esta frase, es decir, que lo que nos hace sentirnos bien es tener esfera propia y que nadie nos la quite en el sistema social, ni las relaciones, ni uno mismo. Os voy a comentar una anécdota que me pasó justo hace una semana.

Fui a trabajar con un grupo, con una asociación de mujeres a un pueblecito de Málaga, a Torrox, y entonces estuve trabajando con ellas un poco lo que tenía que ver con lo que estamos hablando aquí, es decir, por qué las mujeres tienen problemas depresivos o problemas de ansiedad y cómo eso tiene que ver con el tipo de relaciones que tenemos en nuestra vida, con nosotras mismas, con los otros.

Pues después de terminar la intervención estuvimos allí tomando café un rato y se acerca una señora de setenta y pico años y me dice: "Mira, Ana, te voy a decir una cosa, ¿tú sabes lo que es lo mío?". Digo: "Pues no". Dice: "Pues mira, lo mío es el parchís". Digo: "Ah". Dice: "Para mí es importante mi casa, me encanta limpiar, pero lo mío, lo mío de verdad es el parchís". Dice: "Yo juego todos los domingos en una peluquería que tiene una señora en el pueblo, los domingos cerramos la peluquería y, entonces, me voy con otras cuatro mujeres y nos llevamos toda la tarde jugando al parchís". Dice: "Si tú vieras lo a gusto que estoy cuando estoy jugando al parchís". Pues ella contaba cómo eso que era su deseo le organizaba su vida cotidiana, entonces ella hablaba, decía: "Mi marido sabe que, aunque haya una misa de difuntos en el pueblo, el domingo yo me voy al parchís, es decir, es tan importante para mí que elijo eso". Pues, cuando estamos hablando de la esfera propia estamos hablando de eso, pensad cuánto ha tenido que elegir esa mujer concreta, singular, única para poder decirle que sí a ese deseo, es decir, cuántas veces ha tenido que decir: "Oye, me voy, si ponen mala cara me da igual, si mis amigas quieren hacer otra cosa voy a decir no, es que yo lo que quiero hacer es esto". Es decir, ¿cuál es el proceso por el que tú puedes llegar a legitimar ese deseo? Pues, las que saben cuál es su deseo, sea el parchís o sea no sé qué, desde la perspectiva que yo estoy hablando, tendría mayor y mejor nivel de salud; mientras que cuando eso está confuso, no se sabe o se está en una situación de conflicto donde no puede decidir desde lo que es potenciar esa esfera propia, eso tendría repercusiones que, junto con otras causas, facilitarían la aparición de la insatisfacción y desde ahí la aparición de determinados problemas depresivos. Muchas gracias.

## ■ REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin* 2006;126: 445-51.
- <sup>2</sup> Montero I, Aparicio D, Gomez-Beneyto M, Moreno-Kustner B, Reneses B, Usall J et al. Gender and mental health in a changing world. *Gac Sanit* 2004;18 Suppl 1:175-81.

- <sup>3</sup> Cortes I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Inequalities in mental health in the working population. *Gac Sanit* 2004;18:351-9.
- <sup>4</sup> Ortiz Gómez T. Las mujeres y la actividad científica en los siglos XIX-XX. Córdoba: Diputación de Córdoba, 1999.
- <sup>5</sup> 1. Hernando A. La construcción de la subjetividad femenina. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas, 2000.
- <sup>6</sup> Sáez de Buenaventura C. Socialización de género y psicopatología: una hipótesis para la reflexión. Madrid: Siglo XXI, 1993.
- <sup>7</sup> Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A et al. . Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:201-9.
- <sup>8</sup> Hildebrandt M, Stage K, Kragh-Soerensen P. Gender differences in severity, symptomatology and distribution of melancholia in major depression. *Psychopathology* 2003;36:204-12.
- <sup>9</sup> 1. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Women Ment Health* 2004;7:133-48.
- <sup>10</sup> Romo N. Mujeres y prescripción de psicofarmacos. Un estudio comparativo en tres comunidades autónomas. Madrid: Secretaria General de Asuntos Sociales, 2003.
- <sup>11</sup> Távora Rivero A. Diferentes modelos de atención al paciente esquizofrénico. Tesis. Universidad de Granada: Granada, 1997.
- <sup>12</sup> Rutter M, Sroufe LA. Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Dev Psychopathol* 2000;12:265-96.



# 07

*mesa redonda*

## LA SALUD DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS

---

*LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD PÚBLICA*

**MIGUEL LORENTE ACOSTA**

---

*¿CÓMO SE PUEDE COLABORAR DESDE LOS CENTROS DE SALUD EN LA  
PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA?*

**PILAR BLANCO PRIETO**



## LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD PÚBLICA.

### Miguel Lorente Acosta

*Coordinador General de los Institutos de Medicina Legal de Andalucía.*

El contenido de mi *exposición* trata de plantear y reflexionar en voz alta algunas consideraciones alrededor de la violencia de género y sus implicaciones sobre la salud, tanto en torno a sus repercusiones directas, como sobre las consecuencias que aparecen a medio y largo plazo.

Cuando se realiza una invitación, en muchos casos se hace por los conocimientos que tiene esa persona y por lo que es capaz de aportar en relación con los elementos derivados de su investigación o de su trabajo; pero no siempre ocurre que uno viene a aportar el resultado de una elaboración previa, sino que, en muchos casos, la principal aportación nace precisamente de la invitación, es decir, del reto que te plantea el hecho de tener que hablar, reflexionar y debatir sobre algún matiz o desde alguna nueva óptica, con relación a un tema.

El tema "violencia de género y salud" ha sido abordado desde la investigación médico forense y desde el análisis clínico en muchas y diferentes circunstancias, casi siempre centrándonos en los elementos que más cuestiones, dudas e interrogantes han planteado, como ha sido, por ejemplo, la remisión del parte judicial, qué hacer ante una situación de violencia no reconocida por la mujer, pero sospechada por los profesionales o las profesionales del servicio clínico... Situaciones que habitualmente plantean problemas y que no están resueltas del todo, por lo que el abordaje desde la medicina legal ha sido algo tradicional.

Sin embargo, cuando me plantearon esta intervención alrededor de lo que son las consecuencias de la violencia de género, me surgió una primera reflexión y duda sobre hasta dónde debería llegar con la exposición. Siguiendo un esquema muy médico-legal podía hablar de todo lo que se deriva de la violencia en cuanto a resultado, pero creía que, dado el foro y dadas las ponentes que me han precedido, sería más interesante hacer una reflexión para integrar el significado de la violencia de género dentro de un contexto social en el que el propio significado de las políticas y de las medidas sanitarias revelan el papel clave que han podido jugar en la estructuración de la sociedad.

En ese sentido, a lo largo de la intervención vamos a ir haciendo una reflexión acerca de cómo la situación y las medidas que se han desarrollado, han contribuido a crear una determinada imagen de la

mujer que, a su vez, ha sido elemento fundamental para perpetuar de manera histórica el uso y recurso de la violencia como una forma integrada dentro de la normalidad, creada por los valores imperantes, las tradiciones, la costumbre... de esa misma sociedad. Y me explico rápidamente para ir paso a paso en esa reflexión.

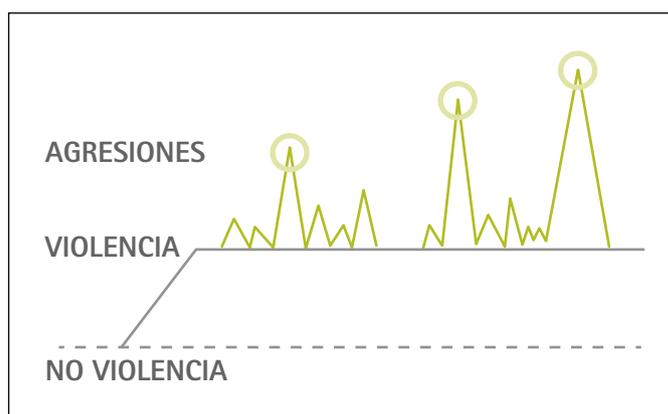
El inicio no está muy lejano en el tiempo, quizá hemos de retrotraernos al año 1996 cuando la Organización Mundial de la Salud reconoció en su Asamblea General de Melbourne que la violencia en general, y la violencia de género en particular, son un problema de salud pública. Hasta ese momento, la violencia prácticamente había quedado reducida a las consecuencias individuales, y no se habían destacado todas las repercusiones públicas en cuanto a la salud de la población y en cuanto al significado que ese tipo de conductas tenían en la sociedad en general.

Antes, en 1952, la OMS había definido la salud, quizá, como un ideal, pero muy acertadamente, como una situación que trascendía el elemento individual y el elemento físico. Se rompió con la imagen biologicista de lo que era la salud y se integró esa situación de salud como algo que superaba a la persona, y la situaba en un contexto social que iba mucho más allá de lo puramente biológico-psicológico, para empezar a considerar también los elementos de tipo social y cultural que podían modificar el nivel o grado de bienestar. Esa situación permitió que a partir de ese momento se pudiera incidir en todo tipo de políticas sociales para mejorar y abordar también los planteamientos relacionados a la salud. Ya no era sólo el individuo, ya no eran sólo los individuos, sino que la propia sociedad tenía una serie de características que podían ser modificadas para mejorar el nivel de salud de una población.

Si ponemos en relación esa filosofía de la OMS, entendiendo la salud de manera integral y la violencia como un problema de salud pública, podemos entender de manera aproximada que la violencia no es sólo el hecho puntual de la agresión, el hecho limitado de los golpes, la situación que incide de una manera concreta y circunscrita en el tiempo sobre la integridad física y psíquica de una persona; sino que debería ser todo aquello que produce un malestar somático, psíquico y social derivado del uso de la fuerza, del poder o de la imposición, en términos generales; y que, como consecuencia de esas conductas, da lugar a una modificación del nivel de bienestar social, somático y psíquico de la persona. Desde esta perspectiva, vemos que la violencia entra de lleno en el concepto de salud, puesto que modifica el grado de bienestar, tanto por su incidencia en lo somático como por su repercusión en lo psíquico, así como por los efectos sociales que repercuten en la interpretación y en la actitud mantenida ante la violencia a la hora de llevar a cabo el abordaje del problema de salud originado por esas causas.

Y esa situación, cuando nos referimos a la violencia de género tenemos que centrarla en las características peculiares de este tipo de violencia, porque la violencia de género no es una violencia más dentro de la violencia interpersonal que existe en la sociedad, tiene características diferenciales en cuanto a los objetivos que pretende, y elementos específicos respecto a las motivaciones que mueven al agresor para conseguir el objetivo principal, que no es otro que el control de la mujer. Todo ello es vivido de forma especial por la mujer y da lugar a unas peculiaridades en la forma de producción, que luego se van a manifestar en la repercusión y en las consecuencias sobre la salud de las personas afectadas y sobre la salud pública, entendiéndola como ese grado de bienestar que puede existir en una sociedad en un momento determinado.

Este gráfico viene a reflejar la construcción de la violencia de género como un proceso. Se trata de una exposición gradual a la violencia, un contexto que se va construyendo y que va permitiendo que de una situación de no violencia se vaya incrementando el dominio y el control sobre la mujer. Primero por una actitud más de tipo psicológico que lleva al aislamiento por medio de la retirada de las fuentes de apoyo externo y, posteriormente, cuando la relación se ve consolidada sobre ese patrón de dominio-sumisión, en ese momento es cuando suelen aparecer los elementos agudos, los ataques y las agresiones puntuales que pueden tener mayor o menor intensidad, como se puede ver en el gráfico en forma de picos, y que se repiten con más o menos frecuencia.



Ese proceso, esa dinámica de construcción de la violencia a lo largo del tiempo se prolonga más o menos, dependiendo de las circunstancias individuales y contextuales y, una vez instaurada, permite al agresor tener una percepción que le lleva a entender que domina la situación y que la mujer no va a ser capaz de denunciarlo. Se produce así un deterioro psicológico o daño psíquico como consecuencia de esa exposición a la violencia, y sobre ella aparecen las agresiones puntuales, agresiones en forma de ataques delimitados por un inicio y un final y circunscritas a una situación presentada como un conflicto surgido dentro de la relación de pareja, pero que, cuando acaban, no acaba la violencia, sino que tras la agresión se continúa dentro de la violencia por medio de la intimidación, del desprecio, de la humillación, del ataque sistemático, de la ridiculización, del insulto,... todo lo cual hace que la estrategia de violencia dirigida a la consecución del control de la mujer persista de forma constante.

Esa dinámica de agresiones y de violencia mantenida da lugar a un ciclo de acción y exposición que hace que se produzcan diferentes alteraciones. Por una parte, vamos a tener el resultado agudo, limitado en el tiempo y derivado de un hecho puntual como es la agresión. Se trata de algo concreto, circunscrito, normalmente, aparece de forma objetiva y se puede establecer una relación de causa-efecto con el elemento causante. Por otra parte, cuando hablamos de exposición a la violencia, de esa actitud mantenida y continuada en el tiempo a la que somete el agresor a la víctima, en lugar de tener una sintomatología, un resultado tan delimitado, obtenemos alteraciones físicas y psíquicas que se han puesto en relación con la violencia, pero que también pueden ser producidas o provocadas por otras circunstancias al margen de ella.

Por lo tanto, hay que hacer el diagnóstico diferencial de ese tipo de consecuencias con otras causas diferentes a la violencia, pero lo importante es saber que pueden ser producidas por la violencia,

porque, como veremos al analizar el problema de salud, no como una cuestión individual, sino como un problema de salud pública, veremos que muchas de las patologías relacionadas con la morbilidad e, incluso, con la mortalidad de las mujeres, están relacionadas con las consecuencias derivadas de la exposición continuada a la violencia.

De esta forma, si tenemos que tanto la agresión como la exposición a la violencia dan lugar a alteraciones del estado de salud de las mujeres que sufren este tipo de violencia, la reflexión que surge es por qué si eso ha sido algo que ha estado presente a lo largo de la historia, y en todo momento ha dado lugar a manifestaciones objetivas que de una manera u otra han llegado a centros clínicos, e incluso a veces por medio de la denuncia a instituciones judiciales, donde han sido valoradas desde el punto de vista médico-legal, por qué la violencia no ha sido considerada como un problema de salud. Por qué ha sido tomado como un problema sanitario sólo en la manifestación aguda y por qué no se han puesto medidas tiempo atrás para modificar, no sólo la manifestación o las consecuencias de esa violencia, sino también las causas que daban lugar a ese tipo de actitudes y conductas que luego se traducían en la alteración de la salud de las mujeres.

La respuesta a esta situación la encontramos al analizar la consideración tradicional de la medicina, fundamentalmente orientada hacia el tratamiento, a encontrar algo para tratar un problema y que, por tanto, ha descuidado los aspectos relacionados con la prevención. Si, por otra parte, para considerar un problema de salud individual, en cuanto desviación individual respecto a la media, tomamos la referencia en lo social, encontramos que si la violencia de género ha sido negada, integrada, e invisibilizada dentro de ese contexto por los valores patriarcales que han reinado en la sociedad, la referencia social no podía ser válida. Por lo tanto, el elemento de contraste a la hora de considerar un problema de salud basado en la norma social ha sido una dificultad, un obstáculo para que las mujeres puedan identificarse como víctimas de violencia, incluso como personas con un déficit de salud derivado de la misma.

Quizá el ejemplo más objetivo que hemos repetido con frecuencia es la manifestación de la mujer maltratada cuando dice: "Mi marido me pega lo normal, pero hoy se ha pasado". Vemos que ese "normal" es la consideración, la comparación que ella se hace sobre su situación respecto al resto de las mujeres que considera que están en una situación similar o que se pueden ver en una situación igual. El elemento de contraste tomando como referencia lo social, cuando lo social se ha encargado de ocultar e invisibilizar la violencia, no ha sido un elemento eficaz para identificar la violencia de género como una causa que afecta a la salud de las mujeres que la sufren.

Pero luego, si nos vamos al elemento individual que lleva a dar ese paso que considera que existe una salud disminuida, vemos que es totalmente subjetivo, y para decir "me encuentro mal", como las referencias se han tomado sobre lo social y la consideración de lo que le está pasando no estaba identificada como una causa de pérdida de salud, individualmente, también ha sido difícil que las mujeres pudieran interpretar su situación como un proceso que afecta a su salud.

La actitud frente a la violencia de género se ha modificado, y de la no-consideración se ha pasado a considerar la violencia, pero entendiendo por violencia sólo las agresiones, fundamentalmente, como causantes de un daño físico, que era la única consecuencia de la agresión que se veía: el daño físico agudo. Después, se ha evolucionado y se ha considerado también el daño psíquico agudo que se puede

originar tras una agresión. Posteriormente, se ha pasado a la aceptación del daño psíquico crónico como consecuencia ya no sólo de las agresiones repetidas, sino de la exposición a la violencia, de manera que no es que muchas agresiones produzcan un daño psíquico crónico, sino que el hecho de estar sometida a violencia por parte de la pareja da lugar a una serie de alteraciones psíquicas que deben ser valoradas y puestas en relación con esa situación de violencia mantenida.

Ahora estamos en una nueva fase centrada en la necesidad de identificar aquellas alteraciones físicas crónicas (alteraciones que afectan al aparato respiratorio, al aparato cardiovascular, al sistema endocrino,...) que pueden ser producidas por el estrés crónico y por las agresiones repetidas de la violencia de género, aunque también puedan ser ocasionadas por causas diferentes. Ése es el punto fundamental en el que nos encontramos ahora, del cual debemos ser muy conscientes para, así, poder hacer un diagnóstico diferencial que incluya a la violencia a la hora de asistir a una mujer que padezca ese tipo de alteraciones, y pensar que no sólo son los virus o las enfermedades autoinmunes, que no solamente es un tóxico o los problemas endocrinos los que pueden provocarlas, sino que también la violencia actúa como factor etiológico en ese tipo de alteraciones.

Por lo tanto, si nos centramos en el concepto y en un escenario de salud pública, vemos que lo público hace referencia a la salud porque las consecuencias de esa violencia afectan al nivel de salud de la población de forma muy significativa, y porque es en lo público también donde están las causas, las etiologías, los principales factores que dan lugar a la violencia de género.

Si queremos analizar la repercusión en la salud pública de la violencia de género tenemos que hacer un diagnóstico de salud en toda su dimensión, no sólo en cuanto a las lesiones más habituales derivadas de las agresiones, sino también las que surgen como consecuencia de esa exposición a la violencia; y entre las causas tenemos que ver cuáles son los factores que llevan a una pérdida de salud por los efectos de la violencia, y entre esos factores tenemos que diferenciar cuáles se deben a la acción de los hechos aislados y cuáles a la conducta violenta mantenida en el tiempo. Pero, además, desde el punto de vista social, también se debe considerar lo que se deja de hacer, aquello que no se ha llevado a cabo para cambiar esa situación y evitar que se perpetúe. Y ahí es donde encontramos que muchas de las políticas o muchas de las valoraciones que se han desarrollado desde el campo de la salud se han centrado de manera casi exclusiva en todo lo que ocasiona una desviación individual de la salud de una persona ante unas circunstancias puntuales, sin que se haya incidido tanto en cómo ese contexto social ha contribuido a la construcción de una imagen, de una idea de mujer que, a partir sobre todo de cierta edad, es una mujer claramente considerada como enferma, como dependiente, como vulnerable y necesitada de esa ayuda, de ese soporte, de ese apoyo clínico en un doble sentido: por un lado se medicaliza lo fisiológico y, por otro, no se actúa sobre lo patológico derivado de la violencia.

Ésa es una situación que podemos ver analizando cómo estas consecuencias de la violencia, que incluso sitúan la agresión a la mujer como la tercera causa mundial de pérdida de años de vida saludables, no han sido abordadas suficientemente desde el campo de la salud, lo cual ha facilitado esa imagen, esa construcción de la idea de mujer, como una persona dependiente y vulnerable, debido, entre otros factores, a las alteraciones que sufren como consecuencia de su fisiología, organismo, dotación genética...

Para hacer una primera aproximación, un avance en ese sentido, vamos a analizar y a poner en relación con la violencia de género las causas de mortalidad, la vida saludable y la evolución de la expectativa de vida saludable; también la autopercepción de salud entre hombres y mujeres, y la limitación de las actividades que, como consecuencia de la disminución de salud, se produce en hombres y mujeres. Y vemos cómo existe ese doble vínculo entre la violencia y la salud, por una parte, las alteraciones que causa la primera; y por otra, cómo esa disminución de la salud ha sido un elemento necesario para permitir y perpetuar ese patrón de dominio-sumisión sobre las mujeres por parte de la sociedad.

El primer análisis que me llevó a la reflexión tras la invitación fue el estudio de las diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres. Vemos claramente que hay diferencias en cuanto a la aparición de alguna de ellas y, sobre todo, en cuanto al lugar de frecuencia que ocupan en hombres y mujeres. Estas diferencias pueden ser explicadas tanto por características fisiológicas, como por el tipo de exposición a determinados agentes o situaciones. Pero lo que resulta más llamativo es que, al analizar las diez primeras causas de muerte en hombres y mujeres, comprobamos que entre las que son más elevadas en mujeres que en hombres, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca, la demencia, la diabetes, el Alzheimer y la enfermedad hipertensiva. En las restantes ocurre al contrario. Si observamos las causas identificadas por distintos trabajos como posibles consecuencias de la violencia de género, y las ponemos en relación con las principales causas de mortalidad, vemos que, aunque no sea de forma directa, porque evidentemente no se trata de una relación lineal y monofactorial, sí hay una relación entre los sistemas afectados por la violencia y los que luego dan lugar a la mayor morbilidad-mortalidad en las mujeres. Así, hablamos de demencia, de diabetes, de Alzheimer, de hipertensión arterial, de alteraciones neurológicas centrales, o de alteraciones en los hábitos alimentarios que pueden dar lugar a otras patologías, indicándonos que puede existir una relación entre las patologías que dan lugar a una mayor morbilidad y mortalidad y la violencia de género; aunque todo ello también debe ponerse en relación con otro tipo de factores (genéticos, biológicos, sociales, conductuales...). Una primera conclusión es que, junto a otras causas, también hay que incluir la violencia como un factor que puede dar lugar o potenciar esa mayor morbilidad-mortalidad.

Si estudiamos la vida saludable, algo que siempre ha sido muy utilizado desde la cultura patriarcal para destacar que las mujeres viven más tiempo, que viven más años y que eso es debido a que viven mejor o a que no han asumido ciertas tareas de riesgo, vemos que la esperanza de vida al nacer, efectivamente, es mayor en las mujeres, que la esperanza de vida saludable al nacer también es mayor en las mujeres; pero ese mayor tiempo que viven lo hacen a costa, fundamentalmente, de un mayor porcentaje de años vividos con discapacidad. Un mayor porcentaje de años vividos con discapacidad que no puede reducirse sólo a esos años de más que viven las mujeres respecto a los hombres, sino que hay factores añadidos de carácter externo que influyen para que la vida de las mujeres se viva con más discapacidad, aproximadamente un 3% más que la vida de los hombres.

Y en ese sentido también es preocupante comprobar cómo la incidencia de las políticas sanitarias ha ido dirigida a los factores generales, en lugar de a los factores específicos, puesto que, analizando la evolución desde el año 1995 al año 2003 en cuanto al aumento de los años de la expectativa de vida saludable, comprobamos cómo los hombres han aumentado el porcentaje de años de vida sin discapacidad un 4%, mientras que las mujeres solamente han aumentado esos años de vida sin

discapacidad un 3,69%. Esto nos indica que, de alguna manera, las políticas sanitarias están incidiendo sobre una serie de medidas generales que mejoran la salud general de la población, pero que aún dejan de lado, en cierto modo, los elementos específicos que actúan sobre las mujeres. De hecho, al margen o con independencia de que viven con más discapacidad, la evolución en el tiempo tiende a igualar esa diferencia, puesto que los hombres aumentan los años sin discapacidad, mientras que las mujeres aumentan pero a un ritmo inferior.

De hecho, como ejemplo de lo que puede ser una situación anecdótica pero muy clarificadora, el día 27 de mayo de 2006 aparecía una noticia en el suplemento de salud del periódico *El Mundo*, incidiendo en cómo las empleadas de hogar, y no podemos circunscribirnos sólo a la condiciones laborales, sino a las personas que trabajan habitualmente con este tipo de productos, que hoy por hoy siguen siendo de forma mayoritaria las mujeres, tienen más riesgo de sufrir enfermedades de tipo asmático y bronquial que a la larga pueden producir patologías que conducen a otro tipo de alteraciones y a complicaciones infecciosas; y todo, por no regular adecuadamente el uso de los productos que se emplean en las tareas domésticas. Luego, vemos que las políticas sanitarias también tienen que hacer incidencia sobre factores específicos y, al margen de trabajar para cambiar y que no sean sólo las mujeres las que realicen las tareas con este tipo de productos, hay que considerar las circunstancias particulares que afectan de manera especial a las mujeres para desarrollar políticas que aborden los riesgos y las circunstancias que dan lugar a que la salud de las mujeres se vea afectada por ese tipo de factores.

Por otra parte, si analizamos la percepción que tienen los hombres y las mujeres sobre su salud, vemos que según el estudio de la Unión Europea, los hombres consideran su estado de salud como bueno o muy bueno en un porcentaje diez puntos más alto que las mujeres; mientras que las mujeres reconocen su estado de salud como malo o muy malo aproximadamente cuatro puntos más que los hombres. Por lo tanto, hay una clara percepción del nivel de salud en las mujeres distinto al de los hombres en el sentido de que las mujeres perciben que su estado de salud es más pobre, es peor y no tan bueno como el de los hombres. Este dato nos indica que el problema no sólo radica en la parte objetiva, en cuanto al diagnóstico de una causa de morbilidad o mortalidad, sino que la percepción que ellas mismas tienen sobre su situación también contribuye a crear una determinada imagen que luego puede ser utilizada socialmente.

Cuando ponemos en relación el mayor número de años vividos con discapacidad y la percepción de salud negativa, con el porcentaje de población que en esas circunstancias ve afectadas sus ocupaciones habituales, llama la atención que las mujeres limitan menos sus actividades como consecuencia de la enfermedad. Algo paradójico cuando los datos demuestran que, tanto por sentimientos y sensación, como por elementos objetivos, están peor que los hombres. Observamos, por tanto, cómo a pesar de esa mayor morbilidad y de esa percepción de salud más negativa, las mujeres no dejan de hacer lo que tienen que hacer a la hora de abordar sus tareas y responsabilidades.

Esa situación es preocupante e, insisto, se trata de un elemento que tenemos que seguir trabajando y estudiando, puesto que esa percepción, esa construcción de la imagen de la mujer como una persona enferma y, por lo tanto, dependiente y necesitada de ayuda y de asistencia, facilita que, desde un punto de vista social y cultural, se analicen sus circunstancias por parte de terceras personas, y sean consideradas como personas con una mayor vulnerabilidad y dependencia. Cuando uno analiza la

violencia de género, se pregunta cómo es posible que durante todo el ciclo histórico haya estado presente sin que haya habido una respuesta y un rechazo unánime de la sociedad. Se da cuenta de que han hecho falta a lo largo del tiempo elementos que no sólo negaran la violencia o invisibilizaran las agresiones, sino que hacía falta que otros factores actuaran para facilitar y justificar el recurso a la violencia, y entre esos elementos la imagen de dependencia y vulnerabilidad que se le ha creado a la propia mujer ha sido, sin duda, un elemento clave para que sean capaces de soportar, de aguantar, de resignarse ante la crítica objetiva que ellas han hecho en todo momento contra la violencia.

Yo creo que esa construcción de la mujer desde la salud como una persona débil, vulnerable, dependiente y necesitada de ayuda, contribuye, entre otros muchos factores, a generar y a soportar circunstancias que desde otra perspectiva serían claramente analizadas con una actitud totalmente distinta. Por ello, insistimos en que la desigualdad genera violencia y que la violencia genera desigualdad. Es decir, que la violencia aparece como un elemento activo y clave para la perpetuación de la desigualdad, que no sólo ha sido la existencia de desigualdad la que ha llevado a la violencia, y que la desigualdad sin violencia de la mujer habría acabado en algún momento de la historia. Desigualdad y violencia son elementos activos que se necesitan y se retroalimentan para poder construir y mantener esa situación basada en algo tan injusto, tan objetivo y manifiesto como es la violencia y el resultado y consecuencias de la misma.

Por ello, para integrar la violencia de género dentro de la sociedad se recurre al concepto que la relaciona con lo privado, argumento que lleva a invisibilizarla y a negarla; y, para conseguirlo, ha sido necesario integrar la manifestación de la violencia como parte de la normalidad, minimizando las consecuencias sobre la salud. Cuando esa manifestación era excesiva (algo que se recoge en frases como "mi marido me pega lo normal, pero hoy se ha pasado"), también se ha recurrido al argumento de la salud para criticar la manifestación y para aceptarla, en el sentido de catalogarla como patológica, y así, cuando el agresor mata a la mujer o lleva a cabo una agresión intensa, se cuestiona lo ocurrido afirmando: "que está loco", "que está bebido", "que ha perdido el control". De este modo, se recurre a un análisis relacionado con la salud para justificar esa situación.

Por lo tanto, creo que para seguir avanzando y para continuar identificando los factores que pueden facilitar el recurso a la violencia desde el punto de vista de la vulnerabilidad y de la dependencia, el análisis de género en el tema de salud, no sólo de salud individual sino de salud pública, es fundamental. Es la única forma de seguir avanzando y profundizar en el conocimiento de esas raíces, que son las que permiten que, a pesar de las medidas que abordan las cuestiones más superficiales y puntuales de las manifestaciones, podamos también ir acabando con esos valores y elementos que dan lugar a que, mientras que muchos de los casos son solucionados, otros estén empezando ese ciclo de violencia que un día acabará con una situación realmente grave; que quizás, no podamos resolver porque hayamos llegado demasiado tarde.

El análisis de género ampliado a cualquier manifestación, pero también al campo de salud es clave para conseguir que la Igualdad y la Justicia prevalezcan también desde una perspectiva de política sanitaria.

## ¿CÓMO SE PUEDE COLABORAR DESDE LOS CENTROS DE SALUD EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN A LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA?

### Pilar Blanco Prieto

*Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria..*

*Miembro de la Red de Investigación en Salud y Género.*

¿Cómo he llegado yo, médica de un centro de salud, a saber algo de la violencia contra las mujeres? Fundamentalmente, porque he estado en un grupo de mujeres profesionales desde el año 1990. Es un grupo en el que estamos trabajadoras sociales, enfermeras, matronas, ginecóloga, farmacéutica, psicóloga y médicas de familia. Trabajamos en diferentes centros de salud o de atención a mujeres en Madrid y nos reunimos una tarde al mes. Ese encuentro mensual ha sido fundamental para mí, para intercambiar experiencias, para reflexionar, para poder pensar.

De alguna manera, para nosotras se hizo insuficiente el saber biológico y fuimos buscando otra formación para entender a la persona con una perspectiva más global. Porque las personas no sólo tenemos unos órganos, sino un cuerpo y una mente que no se pueden separar y que, además, somos seres sexuados, somos seres que nos emocionamos y la emoción es muy corporal; también que somos seres que nos relacionamos y, además, está el género; nos vamos haciendo mujeres u hombres a medida que crecemos y nos socializamos y vamos adquiriendo diferentes maneras de ver el mundo, de relacionarnos y también de enfermar o de sentirnos bien.

Hemos estado vinculadas a la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid y, actualmente, la mayoría de nosotras estamos en la Red de Investigación de Salud y Género y en la Red CAPS de médicas y profesionales de la salud. Lo digo porque estos espacios, también de mujeres, han sido fundamentales para la formación y el encuentro.

Hace poco nos hemos puesto nombre y nos llamamos "Tejiendo Salud, Las Federicas". "Tejiendo" porque simboliza el trabajo en red, en el que creemos, y "Las Federicas" porque el lugar donde nos hemos reunido todos estos años es el Centro de Salud Federica Montseny, que fue la primera Ministra de la República, y lo hemos hecho en homenaje a ella.

Nosotras veíamos que a las consultas venían muchas mujeres con malestares psíquicos y físicos y también veíamos que detrás había dificultades en sus vidas. Contábamos con instrumentos: exploración

física, los análisis, las radiografías, pero no llegábamos a un diagnóstico claro. Los instrumentos que habíamos ido adquiriendo en nuestra carrera y en nuestra especialización no nos servían de mucho y, además, eran mujeres que no mejoraban con fármacos, los tratamientos les hacían muy poco.

Lo que aparecía al hablar con ellas es que detrás de todos esos síntomas había problemas en sus relaciones. Nos habíamos formado en trabajo grupal y comenzamos a trabajar con estas mujeres en grupo. Cuál no sería nuestra sorpresa cuando vimos que había un porcentaje importante de ellas, más o menos un 25% si queremos cuantificarlo, que eran maltratadas por su pareja. Era algo que nunca habíamos sospechado antes pero, de alguna manera, ya contábamos con herramientas: nos habíamos puesto otras gafas, teníamos otra mirada y otra manera de escuchar.

La Figura 1 quiere expresar qué es el maltrato con palabras cotidianas: si nosotras estamos pensando en una mujer maltratada como una mujer gravemente golpeada, pues es lo que vemos en los medios de comunicación, casi nunca vamos a descubrir nada, porque eso no es nada más que la punta del iceberg. El **maltrato** es un **conjunto de conductas**, que suele afectar a todas las áreas de la persona: hay **maltrato psíquico**, que es la desvalorización, el menosprecio: lo que tú piensas, lo que tú sientes vale menos que lo que yo y, llegando a más, incluye los insultos, la exigencia de obediencia, la humillación o el culpar a la mujer de cualquier problema. **El maltrato social**, que yo quiero destacar porque está habitualmente presente y se menciona poco, consiste en dificultar o impedir a la mujer que realice algunas actividades, como estudiar, trabajar, salir y, fundamentalmente, que se pueda relacionar con sus amigas y con su familia de origen. Esto va a llevar al aislamiento de la mujer y va a ser una dificultad muy grande añadida para que la mujer salga de la relación de maltrato. Es decir, la mujer maltratada es, la mayoría de las veces, una mujer aislada. Pero, a la vez, puede ser una vía de "salida" que tenemos que tener presente. A lo mejor, la mujer de momento no ha pensado en separarse, o lo ha pensado pero no se atreve. En todo su proceso de recuperación, el hecho de que ella pueda establecer relaciones o actividades que le permitan salir de su aislamiento es un tema clave. También está el **maltrato sexual**, es decir, obligarla a realizar actos que ella no desea; y el **control económico**, ejercido de una u otra forma. Es decir, habitualmente, el hombre que maltrata a una mujer lo hace en las diferentes áreas de la persona. Por tanto, hay que investigarlas todas.

### FIG. 1: DEFINICIÓN MALTRATO

#### LA VIOLENCIA DE PAREJA NO ES SÓLO EL GOLPE ES UN CONJUNTO DE CONDUCTAS

- **maltrato psíquico:** desvalorización, insultos, menosprecio, humillaciones, amenazas, exigencia de obediencia, culpar a la mujer de cualquier problema.
- **maltrato social:** dificultar/impedir/controlar actividades: estudio, trabajo, salidas, relaciones con las amigas y familia de origen: aislamiento de la mujer
- **maltrato sexual:** obligar a actos que no desea
- **control económico**

El objetivo del hombre que maltrata es mantener la obediencia y sumisión de la mujer, el poder y el control sobre ella. Este tema lo podemos dividir en dos partes, porque, durante unos años, hemos hecho hincapié en que los hombres que maltrataban eran hombres que han incorporado las relaciones de desigualdad, es decir, yo "mando" porque "yo soy superior" y "tú eres mía". Pero hay otra parte, que es la que la mujer ha internalizado, es decir, ella también ha incorporado la creencia de que el hombre es superior, ha aprendido a ser obediente y sumisa y a "existir para él". Todo eso también hay que explorarlo y trabajarlo con la mujer. La mujer que ha incorporado en su identidad los valores y creencias tradicionales más fácilmente va a convertirse en víctima de violencia y tiene más dificultades para salir de una relación de maltrato.

Debemos dejar claro que, muchas veces, él no precisa llegar a la violencia física para destruir la salud y el bienestar de la mujer, y también que, con el paso del tiempo, habitualmente, la relación de violencia va siendo más grave y abarcando más áreas de la persona. Quiero subrayar también que la violencia no son actos puntuales, sino que es un proceso. La Macroencuesta que hizo el Instituto de la Mujer (1999) mostraba que, de las mujeres que son víctimas de violencia por sus parejas, tres de cada cuatro la sufren desde hace más de cinco años, o sea, que es un punto clave mejorar la detección, para descubrirla más precozmente, y conocer la historia del maltrato: "¿desde cuándo está pasando esto?". Ya que cuando una mujer viene y nos lo cuenta probablemente lleva años ahí.

Otro aspecto importante es que la mujer sabe que lo está pasando mal, pero muchas veces no sabe bien lo que le está pasando, no sabe poner las palabras. La Macroencuesta telefónica del Instituto de la Mujer mostraba que el 14,2% de las mujeres estaban siendo sometidas a malos tratos, pero que solamente el 4,2% eran conscientes de que estaban en una relación en la que estaban siendo maltratadas. Muchas mujeres sólo se dan cuenta cuando él comienza a pegarles o golpearles. Es decir, la violencia está normalizada e invisibilizada también para muchas mujeres.

Un tema fundamental, es que el maltrato enferma: la violencia tiene graves repercusiones, tanto a corto, como a medio y a largo plazo y deja secuelas importantes en la salud física, psíquica y social, y no sólo en la mujer sino también en sus hijos e hijas. En definitiva, la mujer que sufre maltrato se siente mal, tiene síntomas y acude a los servicios sanitarios, a nuestros centros de salud.

Los estudios a nivel poblacional nos dicen que el porcentaje de mujeres que en algún momento de sus vidas han sido sometidas a violencia es del 10% al 68%, y en el ámbito sanitario los diferentes estudios muestran que de un 20% a un 55% de las mujeres que acuden a nuestros centros sanitarios han sido sometidas a violencia en algún momento de sus vidas. En los últimos años, se han hecho bastantes trabajos en países de nuestro entorno. En España, el primer estudio de prevalencia se hizo en Andalucía, en un centro de salud de Granada por Mata, en el año 2002. Sus resultados se tuvieron presentes en el siguiente año (2003), que también lo dirigió una mujer de Andalucía, Isabel Ruiz Pérez, desde la Escuela Andaluza de Salud Pública.

¿Cuáles fueron los resultados? Aunque parezca mentira, tanto en nuestro país como en los países de nuestro entorno, entre un 23% y un 44% de las mujeres que acuden a las consultas de atención primaria son mujeres que están en relaciones de malos tratos (Figura 2).

**FIG. 2: DETECCIÓN VIOLENCIA EN ÁMBITO SANITARIO**

**EN ÁMBITO SANITARIO, PREVALENCIAS INTERNACIONALES 20-55%**

*(Bradley 02, Armstrong 01, Richarson 02, Abbot 95, Schafer 98)*

**ENTRE 23-44% DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

*(Mc Cauley 95, Mata 2002, Elliot 95, Bradley 02, Richarson 02, Ruiz Perez 04)*

Quiero hacer una pequeña referencia al estudio que nos dirigió la Escuela Andaluza de Salud Pública. Lo hicimos en 22 centros de salud, en 3 comunidades autónomas, y mostró que un 32% de las mujeres que acudían a nuestras consultas eran mujeres que en algún momento de sus vidas habían vivido relaciones de malos tratos. Bastante parecido a lo que en el mismo año otros estudios de prevalencia habían dado en Méjico y en Australia, un treinta y tantos por ciento (Figura 3).

**FIG. 3: ESTUDIOS DE PREVALENCIA**

| PREVALENCIA GLOBAL         |                              |  |
|----------------------------|------------------------------|--|
| Ruiz et al<br>España, 2004 | Rivera et al<br>México, 2004 | Hegarty et al<br>Australia, 2004 (BMJ) |
| 32%                        | 35.8%                        | 37.3%                                  |

| PREVALENCIA TIPO |                            |  |
|------------------|----------------------------|--|
|                  | Ruiz et al<br>España, 2004 | Hegarty et al<br>Australia, 2004 (BMJ) |
| FÍSICO           | 14.3%                      | 23.3%                                  |
| EMOCIAL          | 30.8%                      | 33.9%                                  |
| SEXUAL           | 8.9%                       | 10.6%                                  |

Lo que mostró también el estudio y quiero subrayar es lo siguiente: la mujer que ha tenido malos tratos en el pasado tiene 3,3 veces más la posibilidad de estar en otra relación en la que también vaya a ser una mujer maltratada. Lo que nos muestra es que no sólo hay que tener presente en el origen del maltrato al hombre que maltrata, sino también el lugar vital, las creencias y valores de la mujer maltratada. Cuando una mujer no ha tenido un tiempo y un espacio donde poder elaborar qué es lo que le ha pasado, donde poder entender en qué ha tenido que ver con ella (con su historia, con las relaciones en la familia en la que creció, con sus actitudes y capacidades, con su manera de concebir el amor y de relacionarse, etc.), esta mujer tiene más posibilidades de encontrarse un día inmersa en una relación de malos tratos. Esto hay que tenerlo presente porque el objetivo no es sólo que una mujer se separe, el objetivo es que ella pueda entender lo que ha pasado, que se recupere y que pueda transformar lo que vea necesario y poder establecer relaciones que sean más satisfactorias para ella.

Habitualmente, las y los profesionales de salud no detectamos las relaciones de malos tratos (yo tampoco he sido capaz de detectarlo hasta más allá de los cuarenta). Y lo que ocurre es que la mujer acude con síntomas, el gasto sanitario es inmenso, las sometemos a pruebas diagnósticas para allí, para allá, las derivamos a especialistas, incluidas a las psiquiatras y psicólogas, que tampoco saben detectar si no tienen la perspectiva de género, y reciben tratamientos medicamentosos que no las mejoran.

El gasto sanitario que esto conlleva es enorme. Aquí en Andalucía se hizo un estudio encargado por el Instituto Andaluz de la Mujer y los resultados son realmente impresionantes.

En 1996 la OMS declara la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública. En España, en el año 1998, se empezaron a hacer las primeras actuaciones. El Consejo Interterritorial elaboró un protocolo sanitario. De aquí sólo voy a destacar una cosa: un protocolo son una serie de actuaciones hacia un problema individual, hacia una persona que tiene un problema de salud. Pero aquí estamos ante un problema de salud pública, es decir, un problema que tiene una gran magnitud y gravedad y, por tanto, requiere de un programa de salud. Porque ante un problema social no puede haber sólo una respuesta individual. Un programa de salud pública tiene presente el contexto y el origen de la violencia. Se plantean objetivos, actividades, evaluación e información; se plantea un sistema de información, una vigilancia epidemiológica y comprende actuaciones en los diferentes niveles del sistema de salud, no sólo a nivel individual, también a nivel grupal y comunitario.

La Ley de medidas de protección integral de 2004 contra la violencia de género contempla la inclusión como "apartado" en los Planes de Salud. Aunque es un paso adelante, creemos que es insuficiente, pues un problema de Salud Pública debe abordarse con un Programa. La realidad actual es aún precaria: aunque todas las Comunidades Autónomas han elaborado sus protocolos a partir de la iniciativa del protocolo que se hizo en 1998, la mayoría de ellos sólo tienen un abordaje asistencial e individual, por lo que van a resultar muy insuficientes para transformar la situación a nivel social y también para prevenir o promocionar relaciones de buen trato a nivel individual.

## LA DETECCIÓN EN CONSULTA

Sobre el tema de la detección, sólo voy a decir unas palabras, ya que esto está muy bien contemplado en los protocolos. Voy a comentar algunas reflexiones que nos han surgido desde la consulta y que os hacemos a quienes estáis en las Administraciones.

Se trataría de escuchar a la mujer más allá de los síntomas. La mujer viene con síntomas físicos y psíquicos entremezclados, la ansiedad y la depresión están habitualmente presentes. Los síntomas físicos: los dolores músculo-esqueléticos, las molestias de estómago, de intestino, el dolor de espalda, el dolor de cabeza, el cansancio. Y también sus palabras: "No tengo fuerzas para nada". La mujer maltratada es una mujer que está cansada, está agotada, tiene trastornos de sueño, otras veces trastornos de la alimentación... Muchas veces viene acompañada de su marido y en él vemos conductas y actitudes que nos deben hacer sospechar. Estas actitudes van desde el hombre que responde siempre en lugar de la mujer, hasta el que es encantador y tiene una conducta muy atenta hacia ella, pero que nunca la hemos visto sola.

También en la mujer hay actitudes que, a veces, nos producen rechazo: nos habla de sus síntomas... Pero si no llegamos a hablar de las relaciones, no le ayudamos a entender y resolver el problema. Lo que hacemos es darle antidepresivos, analgésicos, ansiolíticos, etc. Pero no la mejoran. Entonces es una mujer que viene una y otra vez y nos saca un poco de quicio porque no mejora y a nosotras, las profesionales, lo que nos gusta es que mejoren, casi nos sentimos atacadas en nuestro saber si no ocurre así. Otras veces es una mujer cuya inseguridad le hace estar agresiva. También es frecuente el que sean mujeres muy envejecidas, que se descalifican a sí mismas.

¿Cuándo se inician las relaciones de malos tratos? Muchas veces en el noviazgo y, como muchas de nosotras tenemos hijas e hijos y muchas de nosotras trabajamos con jóvenes, quiero aportar algo de información. Porque la relación de malos tratos podría detectarse antes, porque hay indicios desde el comienzo de la relación. Él empieza con conductas que, incluso, podemos confundir con el amor. El control de lo que haces, a dónde vas, con quién, no quiere que tengas secretos para él, "tú eres para mí y yo para ti". Quiere que vistas, te peines y te comportes a su gusto, pero, a la vez, te amenaza sutilmente si no haces lo que él desea. En definitiva, siempre está el control. El segundo presupuesto, el de que el hombre es superior a la mujer, se manifiesta en que lo que él piensa, lo que él siente, lo que él hace vale más. "Tú es que no tienes ni idea" o "tú estás loca". Sus estudios o su trabajo son siempre más importantes. Como es superior, da órdenes, eso es lo que él ha incorporado. Él pone las reglas de la relación o castiga con su silencio, o bien, es muy protector y paternal, él sabe lo que es bueno para ti. Y, finalmente, el presupuesto es "tú eres propiedad mía", que se expresa en conductas que disminuyen la autonomía de las chicas y las aísla. Empieza a criticar, más o menos sutilmente, a sus parientes, a sus amigas o a sus compañeras; "es que tus amigas son tontas", "es que no hay ninguna que me caiga bien", o "¿y para qué vas a aprender a conducir con lo nerviosa que eres?". En definitiva, cuestiona, amenaza o prohíbe respecto a estudios, costumbres, actividades o relaciones.

Para poder detectar en consulta nos parece que lo fundamental es darnos cuenta que quien tenemos enfrente no sólo es una paciente que tiene órganos y, por tanto, hace síntomas, sino que es una persona. Y, por tanto, la entrevista tiene que ser biopsicosocial. Es imprescindible preguntar por las relaciones.

Las tres preguntas hipocráticas de qué le pasa, desde cuándo y por qué cree que le está pasando esto. Muchas veces ella es capaz de decirlo directamente y, si no es así, podemos preguntar ¿hay algo que te preocupa? ¿Cómo van las cosas en casa? O, primero, podemos empezar la entrevista por el "afuera", por ejemplo, el trabajo y después pasamos ya a las relaciones con la pareja, los hijos, con los padres... Hablo de preguntar, pero sobre todo de escuchar. Y para quienes estáis en las Administraciones, quiero deciros que realmente en las consultas, las profesionales necesitamos tiempo, porque sin tiempo difícilmente se puede preguntar y escuchar.

Un tema clave que ya está en todos los protocolos, porque esto sí se ha incluido, es el de crear un clima de confianza. Lo sabemos hacer las profesionales y es fundamental que recibamos a la paciente sola, que escuchemos su relato, sin interrupciones y sin juicios, y esto contrasta mucho con nuestra formación porque, precisamente, si algo hemos aprendido en medicina es a preguntar y a enjuiciar, incluso al diagnóstico lo llamamos juicio clínico. Nos cuesta muchísimo suspender el juicio por un momento y dar tiempo para que la mujer pueda hablar. También nos es difícil preguntar de forma directa y clara. Es importante asegurar a la mujer la confidencialidad de la visita. Los estudios muestran que si la mujer, de alguna manera, siente que yo voy a contar a alguien, sin que ella quiera, lo que me está diciendo, no lo va a decir.

Es importante que la mujer se dé cuenta de que yo la estoy creyendo y también debo deciros que uno de los prejuicios que está en los servicios sanitarios, yo lo noto mucho en los cursos, es que las profesionales y los profesionales, muchas veces, piensan que las mujeres van a mentir. Las mujeres no mienten, nos cuentan su historia, que es la suya; hay que desculpabilizar porque la mujer maltratada tiene sentimientos de culpa y vergüenza casi siempre. La mujer se pregunta qué es lo que ella está haciendo mal para que la relación esté así. Nosotros debemos comentarle que la violencia es un delito penado por la ley, que es importante que esta conversación no la comente con su pareja y, luego, respetar sus decisiones. Y aquí tenemos bastantes dificultades, porque salir de una relación de maltrato es un proceso muy largo muchas veces. A nosotras nos gustaría que fuera más rápido. Lo que lo que sí es fundamental que hagamos es ofrecer seguimiento, y otra cosa que podemos hacer desde los centros de salud es ayudarle a entender la relación entre su vida y sus relaciones y sus síntomas.

En lo que es la evaluación inicial, la mujer habitualmente nos cuenta "un poquito", muy poquito de lo que le está pasando: *"es que mi marido tiene un carácter que viene a casa y se pone a romper todo"*. Ante esas palabras, la hipótesis con la que tenemos que trabajar es que es una mujer que está en una situación de malos tratos, y vamos a ayudarla a que vaya pudiendo expresar todos esos malos tratos a los que está sometida para que ella pueda darse cuenta, con nuestra ayuda, de que está en una relación de malos tratos. Digamos que, a partir de sus propias palabras, una vez que hemos explorado los diferentes tipos de malos tratos, le podemos devolver que es una mujer maltratada.

En cuanto a la historia personal, fijaos que en medicina cuando ponemos los antecedentes ponemos las enfermedades de los padres, de las madres, de los abuelos, de las abuelas, pero casi nunca introducimos cómo era la relación entre su padre y su madre, y cómo han sido sus relaciones, si ha tenido otras relaciones de pareja... También importa conocer sus valores, sus creencias. En qué medida es una mujer cuya identidad es tradicional. Porque cuanto más ha incorporado una mujer actitudes de sumisión,

dependencia y disponibilidad y creencias como que él es superior a ella, más fácilmente va a estar en una relación de malos tratos y más difícilmente va a salir.

Conocer el entorno familiar y laboral también es clave porque nos va a permitir ver si realmente su familia la está apoyando o si, al contrario, también la está criticando. La mujer nos puede llegar a cualquier profesional de primaria, seamos médica, enfermera o trabajadora social. Y a mí me parece que, en este tema, es muy importante cuando una mujer confía en alguna de nosotras, porque nos ha elegido para expresar lo que le está pasando, es decir, ha visto algo en mí que le hace sentir que puede confiar en mí y, por tanto, yo no debo derivarla sin más, porque sería como tirar por tierra esa confianza. Si yo lo único que me planteo es seguir el protocolo y el protocolo dice que yo la derive a la trabajadora social, a esta mujer la estoy dejando de lado. Derivar no es "dejar a la deriva" y en esta problemática lo que hemos descubierto es que hay algunos requisitos claves como que yo conozca primero a qué servicio derivo, qué profesionales hay allí, que yo les conozca personalmente, cómo trabajan y que me coordine con esa profesional posteriormente. La mujer también debe saber que, si esa derivación no funciona, puede volver a mí; y otro tema que es importante en la coordinación entre profesionales es que muchas veces no se trata tanto de derivar, sino de llamar a esa profesional que sé que sabe más de esto y poder hablar con ella. Porque la otra realidad que está ocurriendo es que las mujeres van de servicio en servicio y de profesional a profesional, sin que ninguna efectúe realmente seguimiento y apoyo, y ése es un tema que podríamos aprender a evitar.

En primaria casi nunca vemos a mujeres en situación grave de riesgo vital. Por eso, a veces pienso que en esta problemática de los malos tratos muchas veces no nos entendemos las diferentes profesionales que trabajamos. Porque si yo soy policía o estoy en un servicio hospitalario de urgencias, estoy viendo diferentes universos de mujeres que si soy médica de primaria, que veo malos tratos, también graves, porque todos los malos tratos son graves, pero diferentes. En el centro de salud vemos casi siempre malos tratos crónicos que están destruyendo el bienestar y la salud de la mujer, pero en los que no hay riesgo vital.

En todo caso, el interés por su seguridad tiene que estar por ahí siempre planeando: cuando una mujer nos dice que tiene miedo, lo tenemos que tener muy presente y, por tanto, hay que poner en marcha rápidamente medidas que garanticen su seguridad. Hay mujeres que minimizan el peligro, que no quieren saber que realmente están en una situación de peligro y eso hay que evaluarlo. Ya existen suficientes escalas y tests para poder evaluar la situación con ella, ya que tampoco tiene sentido que consideremos a toda mujer maltratada como una mujer en situación de riesgo vital, no es así ni mucho menos, y parece que, a veces, lo que hacemos las profesionales es defendernos de nuestro propio miedo.

Por ejemplo, cuando una mujer está deprimida nosotras evaluamos si hay riesgo de suicidio, le preguntamos si ha tenido ideas de muerte o si ha pensado en formas concretas de suicidarse. No derivamos a toda mujer con depresión a Psiquiatría. Aquí ya tenemos también escalas que nos van diciendo cuándo esta mujer está realmente corriendo peligro, y yo creo que habría que aplicarlas, ya que no podemos considerar que toda mujer está en situación de riesgo vital.

## EL ROL DE LA PROFESIONAL Y DEL PROFESIONAL SOCIOSANITARIO (FIGURA 4)

En primer lugar es ofrecer seguimiento: una o un profesional que la acompañe, que la atienda en todo este proceso.

Sin prisa, todo esto es lento. Se nos tiene que quitar de la cabeza lo de la urgencia. Precisamente, los malos tratos son un proceso crónico, llevan varios años ahí. Es igual que si estamos atendiendo a personas diabéticas; por ejemplo, no es lo mismo un coma diabético que una atención ambulatoria en un diabético con antidiabéticos orales, en la que es fundamental apoyarle en el conocimiento y aceptación de su enfermedad y en su cuidado.

Para ellas puede ser muy importante que nos convirtamos en una figura de referencia y, por supuesto, vamos a atender sus necesidades de salud, pero teniendo presente el origen y el contexto; y vamos a establecer con ella una relación de ayuda para que ella misma lo pueda hacer porque, sólo al irle preguntando, vemos cómo esta mujer, a lo mejor, en su juventud era un mujer alegre y sana, y cómo sus síntomas han ido surgiendo a partir de su problemática de relación.

Es importante que ayudemos a crear un entorno de apoyo. La mujer va a tener muchas necesidades, muchas veces va a necesitar asesoría jurídica, incluso aunque todavía no haya pensado en separarse de él, sólo para saber sobre sus derechos básicos; va a necesitar asesoría laboral, apoyo para poder integrarse de nuevo en el mundo laboral; va a necesitar psicoterapia y, sobre todo, fijos, lo que más ayuda a las mujeres son las asociaciones y centros de atención a mujeres. En este sentido, todos los servicios y centros que han ido poniendo en marcha ayuntamientos, ONGs y asociaciones de mujeres es lo que vemos que les es más útil. Y todo lo que hagamos por favorecer su autonomía y su autoestima va a ser clave para su recuperación, porque la autonomía mejora la autoestima y la autoestima su autonomía, de manera que propiciar amistades y proyectos propios es un aspecto clave en su recuperación.

### FIG. 4: ROL DEL PROFESIONAL SOCIOSANITARIO

- **Ofrecer seguimiento. Convertirse en figura de referencia continuada. Salir del maltrato es un proceso largo.**
- **Atender las necesidades de salud de la mujer (ya con otra mirada). Ayudarle a relacionar los síntomas que presenta con su vida.**
- **Crear un entorno de apoyo:**
  - Interconsulta o Derivación según necesidades de la mujer (trabajadora social, asesoría laboral, jurídica; psicoterapia; asociaciones y centros de atención a mujeres)
  - Favorecer la autonomía y autoestima de la mujer: propiciar amistades y proyectos propios (trabajo, formación)
- **Coordinación interprofesional e interinstitucional (prever tiempos en horario laboral)**
- **Evaluar y promover seguridad de la mujer**

La coordinación interprofesional e interinstitucional también es fundamental. Yo os diría a quienes estáis en las Administraciones que en primaria necesitamos tiempos dentro del horario laboral de coordinación, y me imagino que lo mismo dirían las profesionales de servicios sociales y las profesionales de los centros de atención a mujeres.

Y, por supuesto, siempre se debe evaluar y promover la seguridad. Porque las mujeres muchas veces prefieren no ver: "¿y cómo van las cosas?", "pues igual", y a lo mejor ha cambiado de calidad en ese momento, ya empiezan a tener peligro.

En la Figura 5 se expone la experiencia de una asociación norteamericana que lleva años trabajando con el tema de la violencia. Está en el trabajo de Heise, que yo creo que es uno de los documentos clave. Plantea que las profesionales y los profesionales de salud podemos ser un problema más añadido a las mujeres: cuando utilizamos nuestro poder, cuando violamos la confidencialidad, cuando no damos importancia al maltrato, cuando la culpamos a ella. Si yo le estoy diciendo: "*Bueno, ¿y por qué no te separas?*", "*¿y cómo es que le aguantas?*", "*¿y cómo le dejas hacerte esto?*". En definitiva, en el qué y en el cómo lo digo la estoy cuestionando.

Si no respetamos su autonomía y empiezo a prescribirle que se divorcie o le prescribo tranquilizantes sin más, o que tiene que ir a una casa de acogida o que haga terapia de pareja que, por cierto, debo decir que en los malos tratos está absolutamente contraindicada la terapia de pareja. O le digo que vaya a la policía, o que no la voy a atender si no hace lo que le aconsejo... Y esto lo planteo porque algunos profesionales lo hacen: la castigo y entonces no la atiende, porque no está haciendo eso que le estoy diciendo. Si no tengo en cuenta su necesidad de seguridad y, realmente, no me formo, me parece que el maltrato es algo que a mí no me incumbe. Yo añadiría al respecto que todas necesitamos espacios de reflexión, porque en todas nosotras y en todos nosotros hay prejuicios que culpan a la mujer maltratada de sus actuaciones, y merece la pena tener espacios formativos para trabajar con nuestras propias actitudes.

La Figura 6 muestra que los servicios sanitarios podemos ser un lugar de apoyo: estamos ayudando a las mujeres cuando respetamos la confidencialidad, cuando las creemos y validamos sus experiencias y sentimientos (a veces, tienen emociones muy variadas, pasan por la rabia, el miedo, la tristeza, la impotencia... y creen que se está volviendo locas), cuando podemos escuchar y aceptar lo que sienten; cuando reconocemos la injusticia que están sufriendo, cuando respetamos su autonomía (insisto en esto porque no hay nadie mejor que ella para saber qué es lo que quiere hacer con su vida) y cuando promovemos el acceso de los servicios de la comunidad y eso pasa por conocerlos. Yo creo que en los centros de salud pueden jugar un papel clave las trabajadoras sociales, tanto en el seguimiento de la mujer, como en procurar que, en todo momento, nosotras, enfermeras, médicas o matronas, sepamos cuáles son los recursos de la comunidad, cómo están funcionando, qué profesionales están y cómo podemos derivar.

FIG. 5: ERRORES DE INTERVENCIÓN

Desde el sector salud podemos ayudar si aprendemos a preguntar a nuestras pacientes sobre el maltrato, si tenemos presentes los síntomas, y signos que nos pueden ayudar a detectar, si ayudamos a las mujeres a protegerse y contribuimos a crear un entorno de apoyo. Todas y todos podemos ayudar a nuestro alrededor a promover relaciones no violentas, favoreciendo el diálogo y las relaciones.

Vemos como nuestras actuaciones a menudo contribuyen a la victimización de la mujer, a través del poder y control médico

LAS PROFESIONALES DE SALUD  
¿SOMOS PARTE DEL PROBLEMA?



FIG. 6: INTERVENCIÓN POSITIVA



### ALGUNAS PROPUESTAS

#### PUNTO DE PARTIDA: LAS NECESIDADES DE LA MUJER.

Lo que vemos es que la mujer necesita una atención psicológica continuada, la mujer tiene que elaborar todo lo que le ha pasado y eso requiere tiempo. La mujer necesita tiempo para recuperarse, para poder pensar, para ir viendo qué quiere hacer con su vida, para tomar decisiones. Quiero destacar la importancia de la atención grupal. En mi experiencia, si en algún lugar las mujeres mejoran es en el grupo. El grupo les permite experimentar relaciones diferentes. Como, por ejemplo, que la mujer exprese lo que le está pasando, que la escuchen y la comprendan sin dudar de ella. Para ello, el espacio grupal es un espacio idóneo. También necesita un tiempo de atención continuada individual con una profesional

con experiencia para que la mujer pueda pensar sobre sus relaciones y su vida, para que pueda entender y elaborar lo que le está pasando y, a partir de ahí, hacer los cambios que ella precise.

Creemos que el objetivo es que se recupere y que se garantice su seguridad, no que la mujer denuncie. Muchas veces, en los servicios sanitarios lo que se nos pide en los últimos años es que debemos lograr que la mujer denuncie o denunciarlo nosotros. La denuncia debe ser un derecho, no un requisito.

Pensamos que en los centros de salud lo fundamental que tenemos que hacer es una dar una protección emocional de la mujer y respeto a la confidencialidad y a su autonomía. En todo caso, disponemos de la historia clínica para hacer las anotaciones que creamos necesarias. Por ejemplo: *"yo ofrezco a la mujer redactar un parte de lesiones pero ella no desea que sea remitido al juez"*. Lo que creo que no podemos hacer es forzarlas a hacer algo prematuro para ella, o que ella no desea.

Nuestra experiencia nos dice que es preciso garantizar la seguridad sin que exista el requisito de denunciar. La denuncia tiene que ser un derecho, no una obligación, como es en otros países como Austria. La OMS en todos sus documentos, también el último escrito en el 2006, insiste en la necesidad de procurar seguridad y confidencialidad. Leía antesdeayer en *El País* que de las mujeres asesinadas por sus parejas o ex parejas casi el 90% no habían denunciado antes, y podemos hacer cuentas: si recogemos la cifra de las mujeres maltratadas en España a partir de la Macroencuesta y la ponemos como denominador, y ponemos en el numerador las mujeres que denuncian, lo que sale es que solamente denuncian un 5% de las mujeres maltratadas, lo que coincide con nuestra experiencia cotidiana.

Y esto, querámoslo o no, va a seguir siendo así; es decir, si pretendemos obligar a la mujer a que denuncie a su pareja o ex pareja es que no estamos teniendo presente su subjetividad, no la estamos ayudando a que sea protagonista de su proceso, sino dificultándoselo. Aquí os traigo algunas de las frases que ellas dicen, algunos de los miedos por los cuales ellas no quieren denunciar, amén de que ellas lo que quieren es que él deje de maltratarlas, pero para nada han pensado en dejarle. Muchas de ellas cuando acuden por primera vez todavía ni siquiera se dan cuenta de que son mujeres maltratadas, ni han pensado en separarse de él. Es el padre de sus hijos y es al hombre al que quieren todavía. Y también tienen miedo de las represalias.

Estas son algunas frases: *"Él dice que se llevará a los niños si lo denuncio"*, y ella lo cree y esta creencia no se va a transformar de la noche a la mañana porque yo le diga que no va a ser así. El miedo que ellas tienen a que él vaya a la cárcel y si él va a la cárcel de qué van a comer: *"No tendremos ni para comer y cuando salga, probablemente, habrá perdido el trabajo"*. Son miedos que ellas exponen y que hay que tener presentes, de manera que habría que analizar con ellas las ventajas y los inconvenientes de denunciar y que sea ella quien decida. Otra cosa que está ocurriendo hoy día, y esto nos lo dicen las abogadas, es que muchas veces las profesionales inducimos a las mujeres a denunciar y van a los servicios jurídicos sin haber siquiera hablado antes con una abogada o abogado. Ésta es otra cosa que hemos aprendido, una mujer necesita asesoría jurídica antes de denunciar.

La mujer necesita tiempo para darse cuenta de la situación en la que está. Lo vemos en los grupos de mujeres que coordinamos. Ella ha ido allí buscando ayuda porque se encontraba mal. A veces, necesita semanas o meses para darse cuenta de que está en una relación de malos tratos y necesita pensar, entender y fortalecerse antes de poder tomar decisiones. E insisto en que la mujer precisa atención

psicológica continuada, individual o grupal, pero también va a ser importante la derivación a espacios comunitarios, ya que las asociaciones de mujeres con experiencia y los centros especializados de atención a mujeres trabajan muy bien.

## LA EVALUACIÓN DE NUESTRAS ACCIONES

Un aspecto a mejorar en los protocolos que se están haciendo y que me parece fundamental es que evaluemos muy de cerca sus resultados. En muchos de ellos no se han introducido criterios de evaluación y no se está evaluando, por tanto, si todo eso que estamos haciendo les está sirviendo a las mujeres o no. Y hay que tener presente que nuestras instituciones sanitarias, jurídicas, policiales son instituciones patriarcales. Por ello, las ideas y las actividades que se proponen y realizan desde ellas son muchas veces patriarcales, porque las instituciones no cambian de la noche a la mañana. Y no ayudan, sino que victimizan aún más a las mujeres. Por eso, es necesario que estemos muy atentas.

### ■ Informes de malos tratos

A veces, una mujer maltratada sí desea denunciar, sí se quiere separar, y mi propuesta es que el informe debe reflejar la historia de malos tratos, no sólo el que hoy ha venido golpeada, sino toda su historia y, a ser posible, con las palabras de la mujer porque es lo más claro que hay. Yo puedo decir que "la mujer sufre malos tratos psicológicos", pero eso es algo muy etéreo, que dice poco de la magnitud y gravedad del tema. A mí me parece que las palabras de las mujeres son necesarias.

A continuación, me parece importante que refleje los síntomas físicos, psíquicos y las repercusiones relacionales y sociales; el tratamiento y las derivaciones y nuestro juicio sobre la relación que hay entre los malos tratos y los problemas de salud que está presentando; y eso puede ser clave para que el juez entienda qué es lo que está pasando, cómo los malos tratos están destruyendo a esta mujer.

### ■ Los espacios grupales

Quiero hacer una referencia específica a los espacios grupales porque me parece que son idóneos no sólo para la recuperación, sino también para la detección de los malos tratos, para la prevención y promoción de relaciones saludables y para el desarrollo de la autonomía y de la autoestima de las mujeres. En especial para las mujeres en riesgo, es decir, aquellas inmersas en claras relaciones de desigualdad, o que sufrieron malos tratos en su infancia, o que sufrieron ese tipo de relación entre sus padres.

En los grupos, la palabra de la mujer es aceptada y escuchada. Que pueda expresarse tranquilamente sin que se le interrumpa y que no sea cuestionada es algo mágico. Realmente, las mujeres recuperan su palabra en dos o tres sesiones. El hecho de que puedan experimentar esta relación entre iguales en la que se desarrollan afectos, es también fundamental en su recuperación. En definitiva, el grupo es como un segundo buen terapeuta, porque crea un clima para que las mujeres se fortalezcan y puedan hacer los cambios que deseen.

## PROGRAMAS DE SALUD

Nos parece que un programa de salud en atención a la violencia de género precisaría, ¡qué menos!, de la designación de una responsable en cada Comunidad Autónoma y, luego, en cada área de salud y una liberación de presupuesto. Lo que estamos viviendo es una escandalosa falta de recursos, qué queréis que os diga. Yo no sé cómo estáis en Andalucía, con lo cual no puedo hablar sobre lo que aquí se ha avanzado, pero sí sé sobre lo que estamos viviendo las profesionales que atendemos a las mujeres porque he hablado con muchas. Y somos testigos de que pocas veces las mujeres tienen acceso de verdad a recursos y a una profesional que la escuche y la atienda de forma continuada.

### ■ Formación

Los profesionales necesitan una formación previa, y aquí podíamos decir que ha habido avances: todas las Comunidades Autónomas han iniciado formación de sus profesionales de salud; pero no debemos olvidarnos de que hace falta un plan de formación que abarque al conjunto de profesionales, al menos de primaria y de urgencias en un tiempo determinado, y que la mayoría de las Comunidades Autónomas han formado a menos de un 5% de sus profesionales. Fijémonos al evaluar los avances en cuántos profesionales y qué porcentaje de ellos han tenido una formación básica, porque si no se ha tenido una formación básica en violencia que incluya la perspectiva de género, difícilmente el profesional o la profesional, por más que le llegue un protocolo, va a poder tener instrumentos para atender adecuadamente.

Debo comentaros también, según nuestra experiencia en formación de profesionales en los últimos diez años, algunos aspectos que destacamos: cuando hay profesionales variados de diferentes instituciones, es decir, cuando ha habido primero un esfuerzo especial de coordinación entre las diferentes instituciones, lo que hace que en los cursos haya profesionales de los diferentes servicios implicados en la atención a las mujeres, hay un gran enriquecimiento y se sientan las bases para una coordinación efectiva posterior, porque se pueden crear grupos de trabajo y "ponemos cara" a las personas; nos damos cuenta de cuál es la aportación de cada profesional e, incluso, se pueden iniciar los mecanismos de coordinación.

También señalar que hay muchas dificultades institucionales en diferentes Comunidades Autónomas para que las médicas y los médicos puedan acudir. En definitiva, la Ley integral contempla la formación de los profesionales, pero luego, en el Área de Gestión no se presupuesta el que haya suplentes y un médico o una médica no se puede ir de su consulta si no se le pone un suplente en su trabajo, porque hay mucha sobrecarga. Muchas veces no hay presupuesto específico para los cursos, con lo cual la Gerencia de Área organiza un curso al año y punto.

Igualmente resaltar, según nuestra experiencia, que la mayoría de las profesionales que acuden a los cursos son mujeres, al igual que ocurre en este Foro. Es como si la mayoría de los compañeros no sintieran este problema. Lo viven como un problema de mujeres, sin darse cuenta de que es un problema de hombres, ya que son ellos quienes están ejerciendo violencia. En definitiva, es un problema de los hombres que sufren las mujeres.

Hay muchos miedos por parte de los profesionales a trabajar con este tema: "a no saber qué hacer", "a hacer daño", pero eso se puede trabajar en los cursos. También pensamos que no es suficiente con un curso básico, sino que éste es un tema complejo que precisa de formación continuada, que se puede hacer en los propios centros en los que trabajamos. No es nada fácil trabajar con mujeres con este tipo de problemática porque a nosotras, además, nos surgen, por ejemplo, emociones: muchas veces la sensación de impotencia, de miedo o de rabia porque esto esté ocurriendo; o de rechazo a la mujer que tengo enfrente porque, justamente, sus valores y sus creencias son opuestas a las mías. Las profesionales necesitamos también formar parte de grupos donde podamos expresar, reflexionar y elaborar nuestras propias dificultades.

#### ■ Transformar nuestras instituciones

No debemos olvidar que nuestras instituciones tendrán que cambiar en algo, porque las profesionales necesitamos también en nuestros centros respeto, confianza y escucha, en definitiva, necesitamos relaciones laborales democráticas. Si eso no lo encontramos, si nos encontramos con instituciones jerarquizadas en las que no tenemos vías para la participación, difícilmente vamos a trabajar con la mujer de igual a igual, trabajaremos desde el poder.

### INVESTIGACIÓN

Es imprescindible que nos planteemos la investigación. Muchas veces la investigación puede ser simplemente la evaluación de lo que estamos haciendo. Necesitamos conocer cuáles son las necesidades y las dificultades de las mujeres para salir de la violencia, y también lo que les ayuda y lo que no.

Un tema a investigar que a mí me parece importante para poder prevenir asesinatos y que todavía no se ha hecho en este país es: ¿cuál ha sido la trayectoria de las mujeres que han sido asesinadas? No se ha investigado qué ha pasado con ellas antes, a qué servicios acudieron, qué pasó, qué se hizo. Porque no es sólo que un día fue asesinada, sino que cada mujer tiene una historia de malos tratos y un recorrido institucional con años detrás.

### ¿CÓMO AVANZAR PARA QUE NUESTRAS INSTITUCIONES DEJEN DE SER PATRIARCALES?

Se está avanzando poco a poco, se han puesto en marcha juzgados de violencia de género, también se ha avanzado en formación, por ejemplo, de policías; es decir, se ha avanzado en la violencia muy grave, pero todo lo que está en la base que hace que se siga reproduciendo la violencia, todo lo que es la transformación de los servicios educativos y también de los medios de comunicación, va mucho más lento. Aún no estamos trabajando por la prevención de violencia y promoción de relaciones de buen trato.

Nuestra sociedad es patriarcal y la visión patriarcal se "infiltra" incluso en las propuestas institucionales que abordan los malos tratos hacia mujeres. Voy a poner unos cuantos ejemplos:

- El protocolo del Consejo Interterritorial del año 1998 considera la violencia como un hecho puntual: una mujer que es golpeada o violada. Es comprensible porque era la primera vez que

las instituciones se acercaban a esta problemática y apenas había experiencia en este país, pero ahora ya los protocolos no deberían estar diciendo lo mismo, porque estamos ocho años después y hay un camino recorrido. Entonces, en 1998, se consideraba la violencia como hecho puntual, se centraba en la violencia física, olvidando todo lo que era el maltrato psicológico, económico y social. Así, por ejemplo, la forma en la que se cumplimentaban los partes de lesiones ha minimizado muchas veces lo que le estaba pasando a la víctima, pues en ellos solo se hacía constar la última lesión y no el conjunto de malos tratos que la mujer sufría. La mayoría de las sentencias eran de faltas, cuando el maltrato es un delito por su habitualidad y consecuencias.

- En los partes de lesiones venían dibujadas figuras de hombres, cuando estamos hablando de violencia contra las mujeres; y resulta que la mayoría de las Comunidades Autónomas las fueron copiando y en muchos de los protocolos aún se pueden ver figuras de hombre en vez de figuras de mujer.
- El maltrato se abordaba como un problema individual y no social, es decir, no se tiene presente el origen, qué es lo que está produciendo eso; sino que se está haciendo hincapié en que ella está mal, en que hay algo mal en ella. Y vivimos a diario el hecho de que una de las defensas que hacen los hombres es que como ella está "loca", como ella tiene que ir al psiquiatra, como está "histérica", justifican los malos tratos. Y también hemos vivido en algunos centros de acogida casos en los que, como la mujer tenía un diagnóstico de salud mental, no se la aceptaba y ¿qué mujer no tenía un diagnóstico en salud mental?, ¿qué mujer no estaba deprimida?, o ¿qué mujer no estaba con una ansiedad importante?
- Hay un artículo en la Ley Integral, el 19, que a mí me llama la atención y que no puedo dejar de decirlo aquí. Dice: "La mujer maltratada recibirá formación preventiva dirigida a la adquisición de habilidades en la resolución no violenta de conflictos". Y yo me pregunto: ¿no son los hombres los que, habitualmente, tienen que aprender a resolver los conflictos de forma no violenta?
- En la Ley Integral se plantea y, sobre todo, se está actuando así que, en todo momento, el requisito para la atención y ayuda continuada es que a la mujer se le haya concedido una Orden de protección, es decir, tanto si la mujer está o no en situación de riesgo vital tiene que pasar por los servicios jurídicos, tiene que denunciar para que pueda acreditar que es una mujer maltratada. Es el "título habilitante" y, a partir de ahí, puede acceder a recursos, por cierto, aún bastante escasos y sin desarrollar porque, por ejemplo, todavía no se ha desarrollado apenas el que puedan tener acceso a la vivienda preferente.

Pensamos que somos las profesionales que estamos atendiendo y haciendo seguimiento continuado a las mujeres, trabajadoras sociales, médicas o psicólogas, quienes mejor podemos acreditar que la mujer está en una relación de malos tratos, porque las estamos atendiendo a lo largo del tiempo; y creemos que nuestro informe debiera ser suficiente para que la mujer pueda acceder a ayudas, no que tengan que pasar todas por los servicios jurídicos. Porque lo que está ocurriendo es que, como la mayoría de las mujeres no va a pasar, nos empeñemos o no, no tienen acceso a esos recursos.

Para finalizar quiero comentar que la experiencia internacional nos dice que es muy importante que desde los servicios sanitarios aportemos escucha de las mujeres y acompañamiento. El último estudio es la OMS (2006) sigue planteando como reto de los servicios de salud la confidencialidad y la seguridad. No obstante, en la mayoría de los protocolos se prioriza el que el profesional de la salud informe a los servicios jurídicos sobre la confidencialidad y protección emocional de la mujer. Esto pone muchas veces a las y los profesionales de salud en un dilema y está alejando a las mujeres de los servicios sanitarios, por miedo a que desde estos se puedan hacer actuaciones que ella no desea. Creemos que nuestra función fundamental es atender a la mujer, tener presente sus necesidades y deseos y promover su seguridad respetando su autonomía. Necesitamos espacios donde poder estar con abogadas, con juezas, con policías, con servicios sociales, en definitiva, espacios donde poder debatir sobre nuestras experiencias. Muchas gracias.