

## Género y salud

María Pilar Sánchez López  
Teresa Ruiz Cantero y Lucero Herrera Cairo  
María Isabel Casado Mora  
Vanessa Puig y cols.

Selección de recursos:  
Susana Fernández Herrero

## Género y salud

**María Pilar Sánchez López**

Catedrática de Psicología, Universidad Complutense de Madrid  
Directora de la Red HYGEIA

**María Teresa Ruiz Cantero**

Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública,  
Universidad de Alicante

**Lucero Herrera y Cairo**

Investigadora del Colegio de Sonora (México) y Miembro del Grupo  
de Investigación de Salud Pública de la Universidad de Alicante

**María Isabel Casado Mora**

Enfermera. Máster en Ciencias de Enfermería y Diploma de  
especialización en Género y Salud

**Vanessa Puig Barrachina**

Investigadora Post-doctoral, Agència de Salut Pública de  
Barcelona

Coordinación: FUHEM Ecosocial

Edita: FUHEM

C/ Duque de Sesto 40, 28009 Madrid

Teléfono: 91 431 02 80

Fax: 91 577 47 26

[fuhem@fuhem.es](mailto:fuhem@fuhem.es) [www.fuhem.es](http://www.fuhem.es)

Madrid, marzo de 2016

Entre los determinantes que inciden en la salud de las personas –ingresos, escolarización, hábitos, etc.– el sexo y el género figuran entre los de más peso, aunque ambos se han ignorado en la investigación, enseñanza y práctica médica hasta recientemente. Introducir la perspectiva de género en el estudio de la salud, ayudando a visibilizar las diferencias entre hombres y mujeres en la forma de manifestar y experimentar la enfermedad, contribuye a mejorar el estado de salud de las personas y los colectivos. En este dossier hemos querido explorar esta cuestión a través de los artículos de Maria Pilar Sánchez López, Teresa Ruiz Cantero y Lucero Herrera Cairo, Maria Isabel Casado Mora, y Vanesa Puig Barrachina y cols. y una selección de recursos sobre la materia.

FUHEM Ecosocial  
Marzo de 2016

## Sumario

### **Enfoque de género aplicado al estudio de la salud**

María Pilar Sánchez López

### **De los sesgos a las innovaciones de género en investigación y práctica de la Medicina**

María Teresa Ruiz Cantero y Lucero Herrera y Cairo

### **¿Quién cuida a las cuidadoras?**

M<sup>a</sup> Isabel Casado Mora

### **Neoliberalismo y desigualdad en salud: un problema con rostro femenino**

Vanessa Puig-Barrachina, Marisol Ruiz, Mireia Julià, Emmanuel Calderón,  
Kayla Smith, Andrés Peralta y Joan Benach

### **Selección de recursos**

Susana Fernández Herrero

# Enfoque de género aplicado al estudio de la salud

**M<sup>a</sup> del Pilar Sánchez López**

Catedrática de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Directora de la Red HYGEIA<sup>1</sup>

Introducir la perspectiva de género en cualquier área de estudio implica ser sensibles al hecho de que *puede* haber diferencias entre hombres y mujeres en las oportunidades y recursos que tienen a su disposición, en la posibilidad que tienen para tomar decisiones que les afecten a ellos mismos y a los demás; introducir esta perspectiva en la salud implica incluir bajo el escrutinio los aspectos que afectan a la protección de la salud de personas y de grupos. Cada vez se hace más evidente la necesidad y los beneficios de introducir no solo el análisis del sexo, sino también el del género como variables en la investigación y la práctica relacionada con la salud. El género (diferencias sociales y culturales experimentadas por mujeres y hombres) interactúa con el sexo (diferencias biológicas entre mujeres y hombres) y ambos tienen un profundo impacto en la determinación del estatus de salud. El sexo puede determinar una propensión diferencial a determinadas condiciones de salud o de enfermedad, diferentes factores de riesgo o diferente requerimiento de los tratamientos; el género, por su parte, puede determinar diferentes exposiciones a ciertos riesgos, diferentes patrones de búsqueda de tratamiento o impactos diferenciales de los determinantes sociales y económicos de la salud. Sexo y género interactúan entre sí y con otras variables sociales y económicas, produciendo a veces patrones desiguales de exposición a riesgos, acceso y utilización a la información sobre la salud, a su uso y a los servicios. Estas diferencias, a su vez, tienen un impacto claro sobre la salud.

De todo esto es de lo que hablaremos en las siguientes páginas. Nótese que hemos resaltado el término *puede*. Introducir la perspectiva de género en la salud no implica que creamos, a priori, que existen diferencias entre hombres y mujeres siempre y en todo caso. No las buscamos en sí mismas. En unos casos se darán, en otros no, y, cuando aparezcan, no siempre serán de la misma naturaleza, circunstancias y condiciones. Pero no tener presente la perspectiva de género cuando estudiamos la

---

<sup>1</sup> <http://www.redhygeia.com/>

salud, y sus herramientas de análisis (lo que comúnmente se llama el Análisis Basado en el Sexo y el Género, ABSG) significará que perderemos mucha información relevante para entender los mecanismos que afectan a la salud de individuos y de grupos, y, en consecuencia, para intervenir, en su caso, sobre ellos, y mejorar su salud.

### **Los conceptos de *sexo* y *género* no son intercambiables**

Antes de poder centrarnos en la aplicación del enfoque de género a la salud hemos de concretar qué se entiende realmente por *sexo* y por *género*. No son conceptos intercambiables, aunque a veces se utilicen (mal) de forma indistinta; pero no tienen en absoluto el mismo significado.

El término *sexo* implica la referencia a características biológicas (cromosómicas, gonadales, hormonales, dimorfismo genital, etc.). Conviene no olvidar que la mayor parte de sus elementos (p. ej., las diferencias hormonales y cromosómicas) son en realidad un continuo, lo que le convierte, en realidad, en un concepto *multidimensional*. Pero en la práctica, este concepto acaba convirtiéndose en una noción *binaria* (hombre-mujer). Esta transformación de una realidad multidimensional en algo bidimensional acaba produciendo desajustes en la interpretación de los datos sobre salud y sexo, que en este breve artículo no hay espacio para comentar extensamente, pero que es necesario tener en cuenta para interpretar correctamente las relaciones entre salud y sexo.

El término *género* hace referencia a los roles, relaciones, rasgos de personalidad, actitudes, comportamientos, valores, influencias y relaciones de poder que se construyen culturalmente y se atribuyen a uno u otro sexo. Es una categoría social, lo que implica que no existen rasgos o conductas que pertenezcan intrínsecamente a un sexo determinado. Tiene un valor de adaptación social y se aprende muy tempranamente en la familia y la escuela, fundamentalmente. En nuestra cultura, el género se relaciona, resumiendo mucho, con patrones de valentía y protección en los niños, y de atracción y bondad en las niñas. Además, los hombres (como genérico) pertenecen a los grupos dominantes y las mujeres (como genérico) pertenecen a los grupos dominados. Lo mismo que en el caso del sexo, el género es un concepto *multidimensional* que se transforma en la práctica en un concepto bipolar (masculino vs. femenino). Pero esto no refleja la amplia variedad de experiencias, de identidades, de comportamientos que constituyen el género. Los seres humanos sienten y expresan su género a lo largo de un continuo de características y comportamientos, *no mediante categorías excluyentes*.

Evidentemente, el sexo y el género interactúan entre sí, pero no se determinan totalmente entre sí. Cuando la identidad o expresión de su género difiere de su sexo

biológico, se utiliza el término genérico de *transgénero*. Este término se refiere a una variedad de individuos, conductas y grupos que suponen tendencias que se diferencian de las identidades de género binarias (hombre o mujer) y del rol que tradicionalmente tienen en la sociedad. Una buena guía para acercarse al transgénero, a sus procesos psicológicos, físicos y sociales y a las recomendaciones para la práctica clínica los constituye el libro de Nicholas Teich.<sup>2</sup> En español, el capítulo de la psicóloga Marta Aparicio sobre «Orientación sexual y salud desde una perspectiva de género»<sup>3</sup> constituye una excelente visión del hecho de que la comprensión e introducción del transgénero en el análisis de la salud es imprescindible.

## La aplicación de la perspectiva de género a la salud

Veamos primero qué es (y qué no es) la salud con perspectiva de género. En primer lugar, el enfoque de género no se limita a las diferencias entre los sexos en salud. El conocer éstas es condición necesaria, pero no suficiente, para poder aplicar la perspectiva de género a la salud.

En segundo lugar, y en contra de lo que a veces se sobreentiende cuando se habla de género y salud, el enfoque de género en salud no es equivalente a hablar de la salud de las mujeres. Cuando hablamos de aplicar la perspectiva de género a la salud estamos incluyendo el estudio de la salud de los dos sexos, de la salud de las mujeres, de la salud de los hombres...

En tercer lugar, hablar de la perspectiva de género en la salud implica la consideración de éste (el género) como uno de los determinantes de la salud. Y uno de los importantes.

En cuarto lugar, implica que se admite, basándose en la evidencia empírica, que existen diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en salud. Y, por supuesto, que se es consciente de que no toda diferencia implica inequidad de género. Este término, inequidad de género, se reserva para aquellas diferencias en salud que son innecesarias, evitables y, además, injustas.<sup>4</sup>

Por último, aplicar la perspectiva de género a la salud implica poder estudiar una amplia variedad de temas, todos los relacionados con la salud. Y dado la inclusiva definición de la salud que es internacionalmente aceptada desde que en 1945 la

---

<sup>2</sup> N. M. Teich, *Transgender 101: A simple guide to a complex issue*, Columbia University Press, New York, 2012.

<sup>3</sup> M. E. Aparicio García, «Orientación sexual y salud desde una perspectiva de género», en M. P. Sánchez-López, *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género*, Síntesis, Madrid, 2013.

<sup>4</sup> OMS, *Health Impact Assessment (HIA). Glossary of terms used*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2016. Disponible en: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/>

propuso la Organización Mundial de la Salud, eso implica hacer referencia a la práctica totalidad de las esferas de la vida humana.

### **Determinantes de la salud (tanto del individuo como de la población)**

Puesto que acabamos de hacer referencia a los determinantes de la salud, conviene definirlos, aunque sea brevemente. Se entiende por determinantes de la salud todos los factores sociales, económicos, físicos y psicológicos susceptibles de tener alguna influencia sobre la salud. ¿Por qué hemos de tenerlos en cuenta? Porque sabemos (por la evidencia empírica resultado de las investigaciones) que estos determinantes nos proporcionan los indicios necesarios para aclarar, orientar, implementar y evaluar las intervenciones que se realizan sobre la salud. Ejemplos de determinantes de la salud: el nivel de ingresos y el estatus social, el apoyo social percibido por las personas, el nivel de escolarización, el empleo (o su ausencia) y las condiciones en el trabajo, el entorno social y físico, los hábitos de salud, el desarrollo a lo largo del ciclo vital de la persona, su patrimonio biológico y genético (incluido su sexo), los servicios relacionados con la salud de su entorno, el género, la cultura (identidad étnica y cultural), las condiciones de vida, la situación geográfica, el nivel educativo, la edad, la orientación sexual, las características personales, etc.

Estos determinantes pueden influir a lo largo de la vida sobre los riesgos, las posibilidades, los comportamientos y las manifestaciones de la salud y la enfermedad de personas y de grupos. Todos los factores (y su interacción) son importantes para poder gozar de una buena salud. Nosotros ahora hemos puesto el foco sobre el sexo/género, pero, naturalmente, este determinante de la salud no actúa aisladamente de los demás, sino en interacción ellos. Y, además, la influencia de cada uno de ellos sobre la salud de una persona puede variar, en función de su sexo y de su género. En definitiva, profundizar sobre el papel que tienen el sexo y el género sobre la salud contribuye a mejorar el estado de salud de las personas y de las poblaciones.

De hecho, sabemos que el sexo influye sobre la salud: mujeres y hombres que sufren una misma enfermedad pueden presentar síntomas distintos y pueden responder diferencialmente a los medicamentos y a los tratamientos, dependiendo de sus características fisiológicas, hormonales, morfológicas, etc. O algunas enfermedades pueden afectar exclusivamente, o de forma más masiva, a uno de los dos sexos. O tener consecuencias distintas para los hombres que para las mujeres.

Y, por supuesto, también sabemos que el género influye sobre la salud. Los diferentes papeles y responsabilidades que se adjudican a una persona en función de si es hombre o es mujer pueden hacer que se asocie la *masculinidad* a la fuerza, a la resistencia, a la resiliencia, lo que puede hacer que los hombres que *acepten* este papel



masculino sean reticentes a pedir ayuda, a acudir a la consulta de los profesionales de la salud y sean más proclives a asumir riesgos y a tener accidentes. La *feminidad* tradicional se reconoce en la delicadeza, la suavidad, etc., lo que puede hacer que las mujeres que *acepten* más esta norma consideren no adecuado su participación en actividades físicas, con lo que pueden perjudicar su salud, tanto física como mental.

### **Cómo aplicar la perspectiva de género a la salud**

Para terminar, veamos a través de un ejemplo cómo ha de aplicarse en la práctica la perspectiva de género a la salud: las enfermedades cardiovasculares. La mirada sesgada, sin perspectiva de género, sobre estas patologías hace que todavía hoy se considere que no hay diferencias entre los sexos en su importancia y prevalencia. Es un ejemplo de invisibilización, en este caso, de las mujeres.

Si comprobamos los datos, vemos que en España, por ejemplo, mueren cada año más de 12.000 personas de enfermedades cardiovasculares, de las cuales el 55% son mujeres. Los datos dejan pocas dudas sobre la importancia de las enfermedades cardiovasculares también en mujeres. Es uno de los temas de salud donde se ve la necesidad de poner en cuestión hipótesis y prácticas tradicionales. Porque la evidencia empírica nos demuestra que sexo y género tienen influencia sobre la salud cardiovascular. El sexo puede influir sobre la naturaleza diferencial de los síntomas que pueden experimentar las mujeres y sus factores de riesgo diferenciales. El género puede influir sobre el acceso a los cuidados y la reacción de los profesionales de la salud ante la mujer con síntomas (el conocido síndrome de Yentl, el caso de Paula Upshaw: solo cuando las mujeres se 'disfrazan' de hombre consiguen ser consideradas como posibles pacientes de infarto de miocardio).<sup>5</sup>

Este es un ejemplo de cómo las interacciones entre el sexo, el género y el resto de determinantes de la salud tienen una importante incidencia sobre el estado de la salud, las reacciones del sistema de salud y los resultados en materia de salud. De cómo el sesgo (fruto de percepciones equivocadas sobre las enfermedades cardiovasculares) tiene efecto directo (perverso) sobre la salud de las mujeres: no valorar que es (también) la primera causa de mortalidad entre el sexo femenino, no tener en cuenta que los síntomas de infarto miocardio en las mujeres pueden ser diferentes que en los hombres y, en consecuencia, que pueden no ser reconocidos ni por ellas mismas ni por los profesionales, ha tenido como consecuencia durante mucho tiempo, y todavía hoy, la exclusión, la invisibilidad de las mujeres en relación con las

---

<sup>5</sup> B. Healy, «The Yentl Syndrome», *New England Journal of Medicine*, 325, n. 4, 1991, pp. 274-276.

patologías cardiovasculares,<sup>6</sup> empezando por su ausencia en las investigaciones y ensayos clínicos.

Un resumen de las consecuencias del sesgo, a partir de los datos provenientes de evidencia empírica, tanto nacional como internacional:

- A igualdad de patología coronaria, las mujeres no reciben el mismo tratamiento médico y quirúrgico: las exploraciones (cateterismos, pruebas de esfuerzo) se efectúan menos cuando el paciente es de sexo femenino; las mujeres con infarto llegan de 2 a 5 horas más tarde que los hombres al hospital; los tratamientos trombolíticos son menos aplicados entre mujeres (30% entre mujeres vs 63% entre hombres).<sup>7</sup>

- La mortalidad post infarto es más elevada entre mujeres (68% vs 33%). Por supuesto, esta mayor mortalidad no se debe solo a la existencia de este sesgo, pero podemos inferir que el sesgo tiene una parte de responsabilidad.<sup>8</sup>

- La rehabilitación postinfarto solo se realiza entre el 30% de mujeres afectadas vs. el 87% de hombres.<sup>9</sup>

Las soluciones para evitar este sesgo pasan por introducir la perspectiva de género, primero, en los ensayos clínicos, la docencia y la investigación (en este caso, de las enfermedades cardiovasculares) y, segundo, en la promoción de la salud. Las campañas *The heart truth*<sup>10</sup> en EE UU y *The heart truth/Le coeur tel qu'elles*<sup>11</sup> en Canadá tratan desde hace ya varios años de incitar a las mujeres a cuidar su salud cardiovascular, a cambiar sus hábitos, a reconocer los síntomas de una crisis cardíaca y de un accidente vascular cerebral y a tratar de conseguir un tratamiento temprano. En España, el año pasado, 2015, por primera vez, el Hospital Universitario Ramón y Cajal implementó una campaña específica para las mujeres a través de la Unidad del Cuidado del Corazón en la mujer y en la Sociedad Española de Cardiología existe ya un Grupo de Trabajo de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer.

---

<sup>6</sup> S. Sans Menéndez, «Enfermedades cardiovasculares», en C. Colomer y M. P. Sánchez López, *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud: Materiales Didácticos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.

<sup>7</sup> Véase, por ejemplo, J. Z. Ayanian y A. M. Epstein, «Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease», *New England Journal of Medicine*, 325, n. 4, 1991, pp. 221-225.

<sup>8</sup> J. Cinca, «Sexo femenino y mortalidad postinfarto de miocardio», *Medicina Clínica*, 122, n. 15, 2004, pp. 576-577.

<sup>9</sup> J. G. Canto, J. J. Allison, C. I. Kiefe, C. Fincher, R. Farmer, P. Sekar, y N. W. Weissman, «Relation of race and sex to the use of reperfusion therapy in Medicare beneficiaries with acute myocardial infarction», *New England Journal of Medicine*, 342, n. 15, 2000, pp. 1094-1100.

<sup>10</sup> <http://www.nhlbi.nih.gov/educational/hearttruth/>

<sup>11</sup> <http://lecoeurtelquelles.ca/>

Aquí solo hemos visto un ejemplo; podríamos ver muchos más. Podríamos, por ejemplo, aplicar la perspectiva de género al análisis de la mayor prevalencia de la depresión en las mujeres y hablar de cuáles son los factores que modulan el ratio de 2/1 (a veces incluso 3/1) en los diagnósticos de depresión entre mujeres y hombres. La evidencia científica nos dice que, por una parte, hay factores que hacen aumentar el 'diagnóstico' de depresión para las mujeres: sesgo de profesionales hacia los mismos síntomas según lo expresen hombres o mujeres, diagnóstico no especializado, semejanza entre síntomas depresivos y papel tradicional femenino (sumisión, falta de asertividad, altruismo, introyección de la culpa, necesidad de ser buena esposa, madre, ama de casa). Y por otra, factores que hacen disminuir el diagnóstico de depresión para los hombres: reticencia a pedir ayuda, enmascaramiento e intento de solución de síntomas mediante adicciones.

Otra vez las soluciones pasarían en este caso por: a) introducir la perspectiva de género en los ensayos clínicos, la docencia y la investigación (de la depresión), lo que haría disminuir los sesgos en el diagnóstico; b) formar profesionales con perspectiva de género para el tratamiento de la depresión; y c) introducir la perspectiva de género en la promoción de la salud: programas de intervención diferenciales.<sup>12</sup>

En resumen, los resultados de las investigaciones nos indican que el complejo constructo de género, interactuando con diferencias sexuales biológicas, genéticas o inmunológicas crea condiciones, situaciones y problemas relacionados con la salud que son diferentes para mujeres y para hombres, como individuos y como grupos.

Es decir, se trata de que el género es uno de los determinantes de la salud (junto a otros, como la situación económica). Se trata, pues, de que existe una estrecha asociación entre salud y género; de que los modelos biológicos y biomédicos no explican, por ejemplo, por qué la distribución de la enfermedad en la población sigue los contornos de la pobreza; de la misma forma, tampoco explican las diferencias en salud entre hombres y mujeres. El sexo no basta para describir, explicar e intervenir en las diferencias en salud entre hombres y mujeres; necesitamos modelos biopsicosociales; y necesitamos la introducción del constructo de género para explicar la salud de individuos y grupos y para, en su caso, mejorarla.

---

<sup>12</sup> M. P. Sánchez López y R. M. Limiñana Grass, *The Psychology of Gender and Health. Conceptual and Applied Global Concerns*, Elsevier/Academic Press, Nueva York, en prensa.

# De los sesgos a las innovaciones de género en investigación y práctica de la Medicina

María Teresa Ruiz Cantero<sup>13</sup> y Lucero Herrera y Cairo<sup>14</sup>

Cabe preguntarse por qué y cómo las diferencias biológicas entre hombres y mujeres se convierten en desigualdades de género en algunas enfermedades, como la enfermedad coronaria (EC).<sup>15</sup> Para responder es importante considerar que las enfermedades no son sólo entidades biológicas, sino también construcciones sociales y culturales,<sup>16</sup> que ligadas a significados individuales y colectivos, condicionan las maneras en que los grupos sociales viven, enferman y mueren.<sup>17</sup> Existe evidencia científica consistente sobre la reproducción de la inequidad de género en prácticas de atención sanitaria, diferente según el sexo de quien las padece. Y más allá, el origen de estas prácticas subyace en los sesgos en la generación de conocimiento sobre la EC en mujeres,<sup>18</sup> por su construcción inicial androcéntrica, que no ha visibilizado que las mujeres también las padecen.

La identificación de la EC como masculina estructura el conocimiento sobre la enfermedad,<sup>19</sup> que persiste en el imaginario social, incluyendo al personal de salud.<sup>20</sup> Además, el determinismo biológico en las explicaciones sobre las diferencias entre hombres y mujeres con EC induce a que se conozca poco sobre la(s) manera(s) en que las mujeres comprenden al corazón y sus enfermedades; y trasgreden su derecho a gozar del máximo de salud posible al carecer de información completa, clara, veraz y oportuna sobre su principal causa de muerte.<sup>21</sup>

---

<sup>13</sup> Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante.

<sup>14</sup> Investigadora del Colegio de Sonora (México) y Miembro del Grupo de Investigación de Salud Pública de la Universidad de Alicante.

<sup>15</sup> L. Juárez, *Las mujeres y la enfermedad coronaria desde la mirada de género: un estudio en Sonora*, Tesis doctoral en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora, México, 2015.

<sup>16</sup> R. Castro, *Teoría social y salud*, UNAM, Buenos Aires, 2011.

<sup>17</sup> E. Menéndez, «La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional? », *Alteridades* 4, 1994, pp. 71-83.

<sup>18</sup> M. T. Ruiz Cantero, y M. Verdú-Delgado, «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico», *Gaceta Sanitaria* 18(1), 2004, pp. 118-125.

<sup>19</sup> L. Juárez, *Op. cit.*

<sup>20</sup> D. Tajer, A. Fernández, L. Antoniotti, A. Chiodi, A. Salazar, I. Barrera y L. Juárez, «Barreras de género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimiento de profesionales de la salud y de usuarias», *Revista Argentina Salud Pública*, 21, 2014, pp. 14-23,.

<sup>21</sup> L. Juárez, *Op. cit.*

El potencial de cronicidad, secuelas y muerte de las EC también influye en cómo las mujeres y los hombres construyen significados sociales, colectivos y dinámicos que dan soporte a sus estrategias de prevención, protección, identificación, curativas y de cuidados. Ambos tienen riesgos diferentes en salud, perciben de formas distintas la información sobre el riesgo de padecer EC y sus experiencias vividas con la enfermedad también son diferentes.<sup>22</sup>

### **La perspectiva de género en las investigaciones del ámbito de la salud**

La perspectiva de género y derechos en investigación se nutre de la producción teórica feminista, y en tanto diversa y plural, entiende la relación de las desigualdades de género con otros determinantes de la salud como la clase social, etnia, edad y otras condiciones sociales, como migración y crisis sociales. No considerar esta perspectiva, corre el riesgo de no dar visibilidad o minimizar la complejidad de las desigualdades sociales relacionadas con la salud, así como los sesgos de género en la atención sanitaria.

La persistencia de inequidades de género en la atención sanitaria de las mujeres podría ser calificada como proceso que viola los derechos en salud. La literatura científica ha identificado condicionantes sociales, culturales, económicos y políticos que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres. Con la alta jerarquización de la medicina, basada en muchas ocasiones en relaciones de poder, las mujeres en su calidad de pacientes se encuentran 'tuteladas' por la autoridad médica.<sup>23</sup> De hecho, si bien hay diferencias en cómo el personal médico caracteriza a las pacientes de acuerdo a los discursos de género y clase social, como colectivo, las mujeres están en posición subordinada para ser informadas o no sobre las enfermedades y para tomar decisiones durante el proceso salud/enfermedad/atención.

La teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu ha sido utilizada para estudiar la EC de mujeres desde la perspectiva de género,<sup>24</sup> pues mediante conceptos integradores como *habitus*, *campo* y *capitales*, permite dar cuenta de diversas dimensiones del fenómeno de estudio, así como también los aportes de Michel Foucault en cuanto al poder y la sujeción de las mujeres en el campo médico.

---

<sup>22</sup> L. Juárez, *Op. cit.*

<sup>23</sup> C. Herrera, «Invisible al ojo clínico. De pacientita a ciudadana: el largo sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México», en Castro Roberto y Gómez Alejandra (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Universidad de la República, Montevideo; UNAM/CRIM, México, 2010.

<sup>24</sup> L. Juárez, *Op. cit.*

El concepto de *habitus*<sup>25</sup> se ha utilizado para analizar cómo se reproducen prácticas de subordinación en el campo médico,<sup>26</sup> que inmersas en relaciones de poder son ‘naturalizadas’ y dificultan la toma de decisiones y el ejercicio de derechos de las mujeres en casos como el cáncer de mama y la EC.

En el campo médico las mujeres son subordinadas en su calidad de pacientes porque los/as poseedores de uno de los principales capitales simbólicos en juego –el saber sobre la enfermedad– son los y las médicos/as que las atienden y porque es un campo donde no suele fomentarse la toma de decisiones de quienes ocupan la posición de pacientes.

Se entiende además que las mujeres están en doble subordinación ante la autoridad médica y de género, pues como dice Bourdieu<sup>27</sup> la sumisión femenina se condiciona mediante un poder que admite una dimensión simbólica y parte de una lógica paradójica, pre-reflexiva y con efectos duraderos inscritos en el orden social, en el cual la sumisión femenina «no se produce en la lógica de las conciencias concedoras, sino a través de esquemas de percepción, de apreciación y de acción que constituyen los *habitus*».<sup>28</sup>

Lamas señala que durante el proceso de socialización por la vía de las instituciones y de «la cultura, el lenguaje, la vida afectiva»,<sup>29</sup> se imprimen en el cuerpo normas, patrones, mandatos y premisas que son naturalizados y reproducidos socialmente, de manera que el «*habitus* se convierte en un mecanismo de retransmisión por el que las estructuras mentales de las personas toman forma (‘se encarnan’) en la actividad de la sociedad».<sup>30</sup> En las mujeres se conforma un *habitus de género* que las coloca en posición subordinada en el mundo, lo que se reproduce en el campo médico y se expresa en prácticas diferenciadas de atención que van en detrimento de su salud.

---

<sup>25</sup> P. Bourdieu y W. Loïc, *Una invitación a la sociología reflexiva*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2005.

<sup>26</sup> M. C. Castro-Vásquez, «Habitus lingüístico y el derecho a la información en el campo médico», *Revista Mexicana de Sociología* 73(2), 2011, pp. 231-259.

<sup>27</sup> P. Bourdieu, *La dominación masculina*, Anagrama, Buenos Aires, 2000.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 54

<sup>29</sup> M. Lamas, «Diferencias de sexo, género y diferencia sexual», *Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia* 7, n.18, 2000, p. 12. Disponible en: <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm> [Acceso el 12 septiembre de 2015].

<sup>30</sup> *Ibid.* y P. Bourdieu y Loïc J. D. Wacquant, *Respuestas. Para una antropología reflexiva*, Grijalbo, México, 1995, p. 87 (citado en M. Lamas, «La transgresión de Bourdieu», *Fractal*, n.72, 2013. Disponible en: <http://www.mxfractal.org/F26lamas.html> [Acceso el 1 de marzo de 2016].

## Sesgos de género en atención sanitaria, investigación y difusión del conocimiento

En 1993 se publicó la definición de sesgo de género en la práctica de la medicina, como la diferencia en el tratamiento médico de hombres y mujeres, cuyo impacto puede ser positivo, negativo o neutro.<sup>31</sup> También, la cardióloga Bernadine Healy, primera directora del NIH en EEUU, acuñó el término síndrome de Yentl.<sup>32</sup> Utilizando la conocida película *Yentl*, en la que una mujer judía asume la apariencia de un hombre para poder entrar a la sinagoga y estudiar los textos sagrados, explicó que a menos que una mujer muestre los mismos síntomas de infarto cardíaco que un hombre, no será admitida con la misma probabilidad en el hospital para recibir un diagnóstico y tratamiento apropiados. Desafortunadamente, los síntomas precoces de las mujeres y los hombres pueden diferir.

La evidencia de sesgos de género en la atención de la EC,<sup>33</sup> que entonces se pudo entender como una ausencia de conocimiento en los profesionales de la medicina, ahora ya no es una razón, pues pese al gran conocimiento de la fisiopatología de los problemas cardíacos a diferentes edades y sexo, los sesgos de género en la atención sanitaria persisten; como lo reconocen distintas sociedades de cardiología casi 25 años después de su identificación.<sup>34</sup>

Se producen estos *sesgos de género* por una doble vía:<sup>35</sup> por una creencia errónea de que los hombres y las mujeres son iguales en la manifestación de signos y síntomas precoces y tardíos de las enfermedades, respondiendo a los tratamientos, y en sus pronósticos, cuando de hecho no se comportan de la misma forma. Su consecuencia es la no detección del problema de salud en uno de los sexos, en este caso, en perjuicio de las mujeres.

Alternativamente, se originan *sesgos de género* por una creencia errónea de que hombres y mujeres son diferentes en la frecuencia, gravedad y forma de cursar las enfermedades, cuando estas diferencias no son tales. Es el caso de la mayor prescripción y, por tanto, consumo de fármacos psicótropos en mujeres, explicada por la literatura científica por la mayor prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres que en hombres, porque las mujeres al quejarse inducen la prescripción más que los hombres, porque los médicos tienden a prescribir fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad a mujeres más que a hombres; pero

---

<sup>31</sup> Sh. Lenhart, «Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians», *J Am Med Women Assoc*, n.48, 1993, pp. 155-9.

<sup>32</sup> B. Healy, «The Yentl Syndrome», *New England J Med*, n.325, 1993, pp. 274-6.

<sup>33</sup> I. Z. Ayanian, A. M. Epstein, «Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease», *New England J Med*, n.325, 1991, pp. 221-5.

<sup>34</sup> Sociedad Española de Cardiología, *Observatorio de la Salud de la Mujer. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2008.

<sup>35</sup> M. T. Ruiz, L. M. Verbrugge, «A two way view of gender bias in medicine», *J Epidemiol Comm Health*, n.51, 1997, pp. 106-9.

también porque los médicos atribuyen a factores psicológicos, más fácilmente en mujeres que en hombres, lo que son síntomas físicos de presentación atípica.<sup>36</sup> Alternativamente, y desde la perspectiva feminista, se entiende que el malestar emocional de las mujeres está *medicalizado* y utiliza estrategias terapéuticas sintomáticas erróneas y ciegas a las causas. Así, desde la mística de la feminidad, Betty Friedan apuntó que el malestar de las mujeres se deriva de oportunidades vitales restringidas a las condiciones de ama de casa, esposa y madre; o mística de la feminidad,<sup>37</sup> más común en las clases sociales en desventaja.

Los sesgos de género en investigación derivados de la falta de incorporación de la perspectiva de género son múltiples, así como sus consecuencias.<sup>38</sup> El caso a destacar es el de los ensayos clínicos. La *Food and Drugs Administration* de los EEUU publicó en 1994 unas recomendaciones para el estudio y evaluación de las diferencias por sexo y género en los ensayos clínicos de fármacos, pues éstos se realizaban, y desafortunadamente se realizan, con muestras de hombres, infiriendo sus resultados a las mujeres. Esto es mala ciencia. En la medida que la fisiología de las mujeres es diferente a la de los hombres es fácil deducir que la respuesta a los fármacos sea diferente.<sup>39</sup> Tanto los ensayos de fármacos sintomáticos como curativos no contienen un tamaño muestral de mujeres proporcional al volumen de consumidoras, ni se realizan análisis estratificados por sexo de sus resultado.<sup>40</sup> La Agencia Europea del Medicamento es renuente a elaborar recomendaciones todavía hoy.

Respecto a los sesgos de género en problemas de salud propios de las mujeres es importante subrayar algunos factores que apuntan a su hipermedicalización, como la terapia hormonal sustitutiva (THS) en la menopausia. Desde finales de la década de 1930 la relación entre las hormonas y el cáncer de mama ha sido bien documentada. En los años cincuenta, la seguridad de THS para las mujeres durante la menopausia se puso en duda por la comunidad científica, pero el éxito comercial era muy grande. Fue anunciado como el "elixir de la juventud". En 1975, la revista *The New England Journal of Medicine* publicó un artículo que mostraba la relación entre la terapia de estrógeno y el cáncer

---

<sup>36</sup> H. Ashton, «Psychotropic-drug prescribing for women», *Br Psychiatry*, n.10 (suppl), 1991, pp. 30-5.

<sup>37</sup> B. Friedan, *La mística de la feminidad*, Ed. Catedra, Madrid, 2009.

<sup>38</sup> M. T. Ruiz Cantero, C. Vives-Cases, L. Artazcoz, A. Delgado, M. M. García Calvente, C. Miqueo, I. Montero, R. Ortiz, E. Ronda, I. Ruiz, C. Valls, «A framework to analyse gender bias in epidemiological research», *J Epidemiol Community Health*, n.61 (suppl II), 2007, pp.46-53.

<sup>39</sup> M. T. Ruiz Cantero, M. A. Pardo, «European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected», *J Epidemiol Community Health*, n.60, 2006, pp. 911-3.

<sup>40</sup> E. Chilet Rosel, M. T. Ruiz Cantero, N. Laguna-Goya, F. De Andrés Rodríguez-Trelles y Grupo de trabajo para el estudio de la inclusión de Mujeres en los Ensayos Clínicos, y análisis de Género de los mismos, «Recomendaciones para el estudio y evaluación de las diferencias de género en los ensayos clínicos de fármacos en España», *Med Clin (Barc)*, n.135, 2010, pp. 130-4.



endometrial. Esta situación llevó a las compañías farmacéuticas a presentar la terapia hormonal combinada como alternativa segura.<sup>41</sup> Como es conocido, en 2002, the Women Health Initiative publicó un artículo en *Journal of American Medicine Association* sobre la relación entre la THS y el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y como resultado sus ventas experimentaron un fuerte descenso en el mundo de habla inglesa. El tratamiento de los bochornos, sofocos, sudores nocturnos y/o escalofríos no es inocuo,<sup>42</sup> pero no fue hasta 2004 que la Agencia Española del Medicamento restringió su uso en nuestro país.

Conscientes del reto que supone limitar los efectos adversos de las estrategias agresivas del *marketing* farmacéutico, que pueden actuar en detrimento de ambos sexos al volver en pacientes a quienes están sanos/as, causar daño iatrogénico –provocado por los medicamentos– y desaprovechar recursos valiosos, desde comienzos del siglo XXI se investiga sobre la *divulgación científica*. Hacen referencia al concepto *diseases mongering* o promoción de enfermedades y ampliación de las personas enfermas con fines mercantiles y más allá de la evidencia científica.<sup>43</sup>

Las estrategias de *marketing* operan en una doble dirección: simplificando los mensajes para hacer asequibles informaciones que requerirían un conocimiento más sofisticado, y así universalizar el conocimiento; y convirtiéndose en jueces y parte al ser los principales anunciantes, es decir, el principal soporte financiero de las revistas médicas. De este modo, pasan a ser uno de los más importantes filtros del conocimiento médico. Tanto a través del mensaje como del medio, actúan como un agente socializador en la construcción social de enfermedades.

Algunas de las estrategias son: campañas basadas en la defensa de una serie de 'fármacos para los estilos de vida' (ej: productos de adelgazamiento), inflar la frecuencia de enfermedades, mostrando síntomas poco frecuentes como epidemias, y re-enmarcando la prevalencia de una enfermedad en muestras de sujetos concretos dentro del ámbito poblacional (ej: fármacos para la disfunción eréctil destinados a hombres de edad elevada y con problemas concretos se promocionan

---

<sup>41</sup> N. Krieger, I. Löwy, R. Aronowitz, J. Bigby, K. Dickersin, E. Garner, J. P. Gaudillière, C. Hinestrosa, R. Hubbard, P. A. Johnson, S. A. Missmer, J. Norsigian, C. Pearson, Ch. E. Rosenberg, L. Rosenberg, B. G. Rosenkrantz, B. Seaman, C. Sonnenschein, A. M. Soto, J. Thornton, G. Weisz, «Hormone replacement therapy, cancer, controversies, and women's health: historical, epidemiological, biological, clinical, and advocacy perspectives», *J Epidemiol Community Health*, n.59, 2005, pp. 740-8.

<sup>42</sup> J. E. Rossouw, G. L. Anderson, R. L. Prentice, A. Z. LaCroix, C. Kooperberg, M. L. Stefanick, R. D. Jackson, S. A. Beresford, B. V. Howard, K. C. Johnson, J. M. Kotchen, J. Ockene, «Writing group for the women's health initiative investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial», *J Am Med Assoc*, n.288, 2002, pp. 321-33.

<sup>43</sup> M. T. Ruiz Cantero, B. Cambronero Saiz, «La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación», *Gac Sanit*, n.25, 2011, pp. 179-81.

para poblaciones de jóvenes y sanos), extender los límites de lo tratable mediante la introducción de nuevos diagnósticos (ej: la fobia social diagnosticada con frecuencia en países desarrollados, que en la mayoría de las ocasiones son problemas personales y sociales, pero acaban siendo valorados como problemas médicos), y hacer ver procesos normales de la vida como trastornos de la salud, como la caída del cabello.

### **Innovaciones de género y salud**

Las innovaciones de género aprovechan el poder creativo del análisis de género para descubrir nuevas perspectivas, plantear nuevas preguntas y abrir áreas de investigación y aplicación, ampliando la oferta de resultados en productos y servicios para dar respuesta a necesidades y demandas de toda la sociedad, como se puede observar en la web del proyecto Gendered innovations creado por la Universidad de Standford con el apoyo de la Comisión Europea y de más de veinte países.<sup>44</sup> Todo ello se muestra a través de estudios de casos relacionados, directa e indirectamente, con la salud, como en ingeniería, con la creación de cinturones de seguridad adaptados a mujeres embarazadas; en medicina, con el señalamiento de, por ejemplo, la osteoporosis como un problema también de los hombres, ya que su falta de reconocimiento les provoca retrasos diagnósticos y terapéuticos; y en la planificación de la ciudad, con la propuesta del trabajo de cuidado para crear sistemas de transporte eficientes, entre otros. Las innovaciones de género contribuyen a la creación de nuevos conocimientos, ideas, patentes y tecnologías en todo el mundo y a la apertura de nuevos nichos y oportunidades que las y los profesionales y equipos de investigación debemos aprovechar.

---

<sup>44</sup> Disponible en: [http://ec.europa.eu/research/swafs/gendered-innovations/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/research/swafs/gendered-innovations/index_en.cfm)

# ¿Quién cuida a las cuidadoras?

**M<sup>a</sup> Isabel Casado Mora**

Enfermera. Máster en Ciencias de Enfermería y Diploma de especialización en Género y Salud

La prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares u otras personas de la red social inmediata, sin recibir una remuneración económica por ello, se ha denominado 'cuidado informal'.<sup>45</sup> La mayoría de los cuidados a personas dependientes se realizan en el ámbito domiciliario y son asumidos por la familia, de manera no remunerada. El cuidado de personas dependientes no se distribuye de forma homogénea entre los miembros de la familia, el rol de 'cuidadora principal' viene determinado por el género (femenino), el parentesco (hija, esposa, madre) y la convivencia en el hogar.<sup>46</sup>

## **Invisibilidad de los cuidados informales**

Determinados rasgos del cuidado informal afectan muy directamente a su visibilidad y reconocimiento social. Según Mari Luz Esteban, esta invisibilidad se debe a que es la familia la principal institución donde se llevan a cabo, quedando suscritos los cuidados al ámbito de 'lo privado'.<sup>47</sup> Otro aspecto es la difícil catalogación como trabajo; habitualmente se cuidan personas de la familia con las que nos unen lazos afectivos y con las que tenemos un compromiso en su cuidado y, por tanto, se realizan sin que se reconozca que son actividades que requieren tiempo, dedicación y un conjunto de saberes. El tercer aspecto es la naturalización del cuidado como parte de las cualidades de las mujeres, de forma que se piensa que las mujeres, por el hecho de serlo, poseen naturalmente esos saberes y habilidades, sin tener en cuenta la división sexual del trabajo como consecuencia de un determinado sistema de género.

---

<sup>45</sup> M. M. García-Calvente, I. Mateo-Rodríguez, A. P. Eguiguren, «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad», *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, 2004, pp. 132-139.

<sup>46</sup> M. M. García-Calvente, M. Del Río Lozano, A. P. Eguiguren, «Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud», *Inguruak*, vol. 44, 2007, p. 291.

<sup>47</sup> M. L. Esteban, «Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución», en *Congreso Internacional SARE 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea, Vitoria-Gasteiz, 2004.

Esta situación responde al modelo social patriarcal en el que vivimos, organizado en función de una división sexual del trabajo que otorga mayor valor social y económico al trabajo productivo, asignado a lo masculino, que al trabajo reproductivo, asignado a lo femenino.<sup>48</sup> Este modelo asigna la responsabilidad del cuidado familiar a las mujeres, relegando esa actividad al ámbito doméstico y basándolo en modelos afectivos, otorgando al cuidado escaso valor económico. A pesar de que en las últimas décadas las mujeres se han ido incorporando al trabajo remunerado fuera del hogar, no ha sido así en la incorporación de los hombres a las tareas del hogar y de cuidado familiar. Esto ha supuesto una sobrecarga en las mujeres que se ha denominado 'doble jornada' al acceder al ámbito público manteniendo su protagonismo en el ámbito doméstico.<sup>49</sup>

El Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (PEIO) 2014-2016 editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publica que en España la tasa de actividad de las mujeres se ha incrementado en los últimos años, reduciéndose de forma progresiva la diferencia con la tasa de actividad de los varones. Se ha reducido también la diferencia entre la tasa de empleo de mujeres y de varones, pero a causa del paro, puesto que las mujeres no han visto crecer su tasa de empleo y ha sido la de los varones la que ha descendido de forma muy importante como consecuencia de la crisis económica.<sup>50</sup>

Durante 2012, el 85,67% de las personas con excedencia laboral por cuidado de familiares fueron mujeres. Entre los motivos para no buscar empleo, 1.744.000 mujeres y 96.000 varones señalaron el cuidado de menores o personas adultas enfermas, con discapacidad o mayores.

### **Diferencias de género en el cuidado informal**

Las características del cuidado informal son diferentes entre los hombres y las mujeres, con marcados roles de género. Ellas dedican más tiempo a cuidar, reciben menos apoyo de su entorno y pasan más tiempo en el hogar, por tanto, las consecuencias sobre su salud también son distintas.

---

<sup>48</sup> I. Larrañaga, B. Arregui y J. Arpal, «El trabajo reproductivo o doméstico», *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, 2004, p. 31-37.

<sup>49</sup> M. Larrañaga, «Desigualdades entre mujeres y hombres en el mercado laboral», s/l, s/f. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/ec/jec8/Datos/documentos/comunicaciones/Feminista/Larra%F1aga%20Mercedes.PDF>

<sup>50</sup> Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad, *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016*, Madrid, 2014.

Los hombres demandan más apoyo para cuidar y son menos reticentes a recibirlo. Las mujeres suelen percibir peor calidad de vida y refieren más problemas psicológicos: ansiedad y depresión y más consumo de psicofármacos.<sup>51</sup>

Según la última Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008, cuidar de una persona en situación de dependencia no tiene las mismas repercusiones para hombres y mujeres. En lo que respecta a la salud, el porcentaje de mujeres que considera que su salud se ha deteriorado, dicen estar cansadas, deprimidas, o reciben tratamiento ansiolítico, es superior que en el caso de los hombres, 76% de mujeres frente al 40 % de los hombres.<sup>52</sup>

Marcela Lagarde reseña la necesidad de cambiar el sentido del cuidado informal, «maternizando a la sociedad y desmaternizando a las mujeres».<sup>53</sup> Es un hecho el sufrimiento emocional y psicológico de muchas mujeres que han optado por no asumir los cuidados familiares, ya que mantienen un gran sentimiento de culpa por no desarrollar el 'rol natural' de cuidadora tal y como está aceptado socialmente. Este cambio solo puede ser posible visibilizando y valorando la aportación de las mujeres a los cuidados informales y proponiendo el reparto equitativo del cuidado (entre mujeres y hombres y entre sociedad y Estado).

Existen varios modelos teóricos de la relación entre el sistema formal (profesionales) e informal (personas cuidadoras informales) de cuidados.<sup>54</sup> El *modelo de cuidado suplementario* en el que la mayor provisión de cuidados los realiza el sistema informal, y el sistema formal interviene para sustituir temporalmente al cuidado informal. El *modelo de cuidados complementario* en el que los dos proveedores, informal y formal proporcionan diferentes tipos de cuidados.

En España predomina el *modelo de bienestar familista*, según el cual, las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de cuidados de sus miembros, dedicando pocas prestaciones a las familias, con la salvedad de las situaciones de desamparo económico y social.<sup>55</sup>

En los últimos años, algunas autoras han comenzado a exigir un replanteamiento de los cuidados como una responsabilidad colectiva y no como una

---

<sup>51</sup> M. Del Río Lozano, *Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud*, Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Granada, 2014.

<sup>52</sup> INE, *Encuesta de discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*, Madrid, 2008.

<sup>53</sup> M. Lagarde, «Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción», en SARE 2003... *op. cit.*, Victoria, 2004.

<sup>54</sup> J. Rogero-García, «Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia», *Revista española de salud pública*, vol. 83, no 3, 2009, p. 393-405.

<sup>55</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración, *La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración*, Madrid, marzo 2009.

cuestión individual y privada. Pilar Carrasquer reflexiona sobre lo que significa cuidar y recibir cuidados: «significa reclamar el derecho a unos servicios de cuidados accesibles y profesionalizados. Y significa, a su vez, reconocer material y simbólicamente el valor de los cuidados como pieza clave para el bienestar y la reproducción social».<sup>56</sup>

## **El Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía**

En el ámbito español, el perfil predominante de las personas que cuidan es el de mujer con edad entre 55 y 65 años, hija o cónyuge de la persona a la que cuida, de estado civil casada, con bajo nivel de estudios y escasa actividad laboral remunerada y con una dedicación generalmente exclusiva al hogar y al cuidado.<sup>57</sup>

En Andalucía, con la puesta en marcha del Plan de apoyo a las familias andaluzas, se establecen un conjunto de medidas, servicios y ayudas de soporte para las familias, en cuestiones como la protección social, la salud, la educación, la protección de mayores y personas con discapacidad, la inserción laboral o la adecuación de sus viviendas.<sup>58</sup>

Este Decreto de apoyo a las familias andaluzas, reconoce el esfuerzo de las mujeres en el cuidado de las familias cuando establece que:

«[L]as consecuencias directas de la sobrecarga familiar recaen, fundamentalmente, sobre las mujeres. Esta sobrecarga se pone de manifiesto en múltiples facetas de la vida familiar, como su predominante papel en las familias monoparentales y el excesivo peso en la atención a los ancianos/as, los hijos/as, las personas con discapacidad y, en general, a toda la unidad familiar, teniendo en cuenta que en muchos casos realiza esta labor con escasos medios y compatibilizando el trabajo familiar con el profesional».

Para potenciar los cuidados domiciliarios y dar respuesta a las necesidades de las personas que cuidan en el ámbito familiar, se desarrolla en marzo de 2005 el Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía.<sup>59</sup>

El Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía parte del hecho que la familia y dentro de ella, las mujeres, siguen siendo la base principal de prestación de

---

<sup>56</sup> P. Carrasquer, «El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología», *Cuadernos de relaciones laborales*, vol. 31, no 1, 2013, p. 91-113.

<sup>57</sup> M. Á. Durán Heras, «Dependientes y cuidadores: El desafío de los próximos años», *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 60, 2006, pp. 57-74.

<sup>58</sup> Decreto 137/2002, 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, BOJA nº 52, 4 de mayo del 2002.

<sup>59</sup> Plan de Atención a cuidadoras familiares en Andalucía, Dirección Regional de Desarrollo e innovación en Cuidados, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Consejería de Salud, 2005.

cuidados informales, sin disminución del resto de las obligaciones que asumen dentro y fuera del hogar.

El cuidado en el hogar de una persona dependiente incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios, gestión y relación con los servicios sanitarios, además de apoyo emocional y social.<sup>60</sup> Habitualmente las mujeres asumen los cuidados más cotidianos, higiene, alimentación, vestido, etc. que requieren más dedicación y son más pesados.

El cuidado informal, fundamentalmente cuando es prolongado, produce sobrecarga física y psicológica en la persona que los presta, con repercusión negativa en su propia salud.

Según datos disponibles en el registro de la aplicación web de las personas cuidadoras facilitados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, en 2015 están identificadas 90.082 personas como cuidadoras principales de personas con gran discapacidad y alto nivel de dependencia, de las que el 85% son mujeres.

El Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía establece una serie de medidas para mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de 'las cuidadoras familiares' de personas con gran discapacidad.

En primer lugar, se identifica a la 'cuidadora familiar' sobre la que se establecerán las medidas, como única responsable de los cuidados. Esta persona tiene que dedicar 10 horas o más al cuidado de la persona con discapacidad, conviva o no en el domicilio, asumir la responsabilidad principal del cuidado y no recibir remuneración económica.

Definen a las personas con gran discapacidad como aquellas con problemas de salud en situación de encamamiento constante y prolongado, personas con altos niveles de dependencia para el cuidado (higiene, alimentación, cambios posturales, etc.) y/o con deterioro cognitivo. En el año 2007 se incluyen las personas con Alzheimer y otras demencias, independientemente del estadio en el que se encontraran.

El sistema formal de cuidados, en este caso el Servicio Andaluz de Salud, incorpora una serie de actuaciones concretas para la atención de las personas cuidadoras, ya que su salud es considerada como objetivo prioritario. Se desarrollan nuevos servicios para potenciar los cuidados informales en el domicilio manteniendo y mejorando la calidad de vida, relacionada con la salud, de estas personas cuidadoras.

---

<sup>60</sup> M. M. García-Calvente, I. Mateo-Rodríguez y A. Eguiguren, «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad», *Gaceta Sanitaria*, 18 Supl 1, 2004, pp.132-139.

Entre estas medidas está la identificación formal de la cuidadora principal y la entrega de la Tarjeta + Cuidado, la asignación del/la profesional de referencia tanto en atención primaria como hospitalaria, la realización de talleres de apoyo al cuidado, la provisión de materiales (camas articuladas, grúas, sillas especiales...), la gestión de recursos sociales (prestación económica, ayuda para la atención domiciliaria, centros de día), la prioridad en citas y pruebas complementarias en los centros del Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA), el acceso a ventanilla única y el seguimiento telefónico, entre otros. Durante la hospitalización, estas personas cuidadoras recibirán servicios de hostelería si así lo desean.

La situación de partida para la elaboración del Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía era desigual entre hombres y mujeres a la hora de asumir los cuidados informales, en el año 2005: el 83% de las personas cuidadoras eran mujeres. Conscientes que el cuidado tiene un coste muy importante en quien lo ejerce llegando a generar sobrecarga, aislamiento o insatisfacción, se establecen medidas prácticas ante unas necesidades evidentes para que el sistema sanitario se centre también en la persona que cuida –en ocasiones es la paciente invisible– y no sólo en la persona que es cuidada.<sup>61</sup>

Los planes estratégicos no son neutros respecto al género ya que pueden perpetuar o aumentar las desigualdades de género existentes. Los resultados del análisis del perfil de personas cuidadoras identificadas con la Tarjeta + Cuidado, nos dice que desde la implantación del plan en 2005 hasta la actualidad, se mantienen las mujeres como principales proveedoras de cuidados informales.

Uno de los requisitos exigibles para ser identificadas como personas cuidadoras de grandes discapacitados era que se ocuparan diez horas o más en el cuidado. Esta situación obliga a que permanezcan en el hogar sin posibilidad de trabajo remunerado, ocio o relaciones sociales.

En cuanto a la edad de las personas que cuidan, las mujeres se incorporan antes al trabajo de cuidar. La mayoría de las mujeres cuidadoras tienen entre 41 y 60 años, edad productiva y con más responsabilidades familiares por el cuidado de hijos e hijas. Sin embargo, los hombres se incorporan más tarde al cuidado, mayoritariamente a partir de los 60 años, probablemente cuando su trabajo productivo no se ve comprometido. En este plan se reconoce que «el cuidado puede resultar menos gravoso y más eficaz si se incorporan más personas en su desarrollo, de forma que

---

<sup>61</sup> M. V. Delicado Useros *et al*, «Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes», *Atención primaria*, vol. 33, nº 4, 2004, pp. 193-199.

<sup>18</sup> J. Rogero-García, «Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria», *Index de Enfermería*, vol. 19, no 1, 2010, p. 47-50.



éste no caiga sobre una única cuidadora»,<sup>62</sup> aunque no se establecen medidas para que esto se haga efectivo.

Son muchos los estudios que ponen de manifiesto que el trabajo de cuidado a personas con altos niveles de dependencia tiene consecuencias sobre la salud física de las cuidadoras: cansancio físico, deterioro de la salud y falta de tiempo para los autocuidados, aunque las mayores consecuencias se presentan en la salud psíquica: agotamiento emocional, insomnio, estrés y depresión.<sup>63</sup>

Sin embargo, algunas investigaciones refieren que el cuidado también tiene aspectos positivos en quienes lo prestan: seguridad en uno mismo, satisfacción por la ayuda prestada, estrechas relaciones de afecto y desarrollo de empatías.

Para mitigar la sensación de sobrecarga que manifiestan las mujeres que cuidan, se hace necesario diseñar e implementar estrategias que fomenten la implicación y el reparto equitativo de los cuidados informales mediante la participación de otros miembros de la familia en los cuidados y al mismo tiempo se diversifiquen las medidas de apoyo social para que la responsabilidad del cuidado de las personas dependientes recaiga en los servicios públicos y las personas que cuidan puedan seguir sus actividades laborales, educativas, de ocio y, en definitiva, su proyecto de vida.

---

<sup>62</sup> Plan de Atención..., *Op. cit.*, 2005.

<sup>63</sup> J.Rogero-García, «Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria», *Index de Enfermería*, vol. 19, n. 1, 2010, p. 47-50.

# Neoliberalismo y desigualdad en salud: un problema con rostro femenino

Vanessa Puig-Barrachina,<sup>a</sup> Marisol Ruiz,<sup>b</sup> Mireia Julià,<sup>b</sup> Emmanuel Calderón,<sup>b</sup>  
Kayla Smith,<sup>b</sup> Andrés Peralta,<sup>b</sup> Joan Benach<sup>c</sup>

a) Investigadora Post-doctoral, Agència de Salut Pública de Barcelona

b) Investigador(a) Pre-doctoral, Grup de Recerca en Desigualtats Socials de la Salut (GREDS-EMCONET), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

c) Director del Grupo de Investigación GREDS-EMCONET

La respuesta política a la crisis económica y social de 2008 se ha distinguido por su fuerte carácter neoliberal, con políticas de 'austeridad' que redujeron el presupuesto del Estado y el gasto social, además de la desregulación y flexibilización del mercado laboral. Esta respuesta ha tenido importantes efectos negativos en la equidad de género, con un empeoramiento en la salud de las mujeres, sobre todo por la intensificación del trabajo y la precarización del empleo. Este artículo presenta brevemente algunas características de las desigualdades de género en la salud, comenta brevemente en qué consisten las políticas neoliberales revisando su intensificación tras el inicio de la crisis para, finalmente, analizar los efectos de estas políticas en la generación de desigualdades de género en la salud.

## Desigualdades de género y salud

El sistema normativo de género o sistema patriarcal ha establecido en la historia de la gran mayoría de sociedades relaciones jerárquicas basadas en la asimetría social entre mujeres y hombres, otorgando a los roles, conductas y situaciones sociales tradicionalmente masculinas mayor importancia, reconocimiento y valor social. Además, también confiere a los hombres un mayor acceso a todo tipo de recursos, generando situaciones de desigualdad que gozan de mayor legitimidad social.<sup>64</sup> Este sistema de relaciones jerárquicas basado en la desigualdad de poder condiciona el acceso a determinantes sociales fundamentales para la salud, como el acceso a la riqueza, el cumplimiento de derechos básicos, la ocupación de cargos públicos y responsabilidad, las condiciones de empleo como los tipos de contrato y sueldos, la

---

<sup>64</sup> S. de Beauvoir, T. López Pardina y A. Martorell, *El segundo sexo*, Instituto de la Mujer, Valencia, 2005.

transferencia de la responsabilidad del trabajo de cuidados o la exposición a riesgos físicos y psicosociales como la violencia y la discriminación, entre otros.

En el ámbito de la salud pública, es decir, el conjunto de fenómenos y políticas asociados a la salud de una determinada colectividad, existe fuerte evidencia científica que muestra cómo, aunque las mujeres en general gozan de una mayor esperanza de vida que los hombres, tienen peor salud y calidad de vida.<sup>65,66</sup> La menor esperanza de vida masculina se atribuye principalmente a diversas conductas de riesgo relacionadas con la salud, mientras que el peor estado de salud entre las mujeres se debe a sus peores condiciones de vida y trabajo,<sup>67</sup> lo cual refleja la mayor 'carga de enfermedad' que padecen.<sup>68</sup> Además, estudios científicos recientes han mostrado que los países con menor desarrollo en las políticas sociales y de igualdad de género son los que también reportan mayores índices de desigualdades de género en salud.<sup>69,70</sup>

### ¿Qué entendemos por políticas neoliberales?

El neoliberalismo se originó como una respuesta política global concebida por las clases dominantes para disciplinar y restaurar los parámetros de dominación y explotación tras la conquista de derechos sociales en diversos países tras la Segunda Guerra Mundial. El objetivo del neoliberalismo fue tanto modificar el equilibrio político y la relación de fuerzas existente en el conjunto de la economía-mundo capitalista en favor de la clase dominante, como también restaurar su capacidad de acumulación de capital, reducido en la década de 1960.<sup>71</sup> El llamado Consenso de Washington —acuñado en 1989 por John Williamson— recopila las directrices del nuevo orden económico y político mundial, fundamentándose en cuatro pilares básicos: 1) la redefinición de las funciones del Estado, en las que se prioriza la libertad del mercado capitalista basado en la lógica de acumulación por encima del bien común y la aparición de políticas para fortalecer los derechos de propiedad, la descentralización y los recortes en el presupuesto gubernamental y el gasto social;<sup>72</sup> 2) una nueva regulación económica a partir de la cual fue posible la financiarización de la economía con el libre flujo de

---

<sup>65</sup> R. Connell, «Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective», *Social Science & Medicine* (1982) 74, n. 11, junio 2012, pp. 1675–83.

<sup>66</sup> L. M. Verbrugge, «Gender and health: an update on hypotheses and evidence», *Journal of Health and Social Behavior* 26, n. 3, septiembre 1985, pp. 156–82.

<sup>67</sup> *Ibid.*

<sup>68</sup> D. Malmusi et al., «Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health», *European Journal of Public Health* 22, n. 6, diciembre 2012, pp. 781–86.

<sup>69</sup> C. Borrell et al., «Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health», *Epidemiologic Reviews* 36, n. 1, 1 enero 2014, pp. 31–48.

<sup>70</sup> L. Palència et al., «The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe», *Social Science & Medicine* 117, 2014, pp. 25–33.

<sup>71</sup> D. Harvey, *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford University Press, Nueva York (EE UU), 2005.

<sup>72</sup> L. Fernando Oliver Costilla, L. Barragan Alvarez y C. Perez, «The Reconstitution of Power and Democracy in the Age of Capital Globalization», *Latin American Perspectives* 27, n. 1, 1 enero 2000, pp. 82–104.

capitales de inversión, la flexibilidad de los mercados laborales y el llamado libre comercio;<sup>73</sup> 3) la privatización, que se manifiesta con la amplia mercantilización de servicios públicos, recursos naturales y otros bienes comunes;<sup>74</sup> y 4) la reorganización de la producción en redes transnacionales.<sup>75,76</sup>

El proceso de implementación de estas políticas fue acompañado por un sistema de valores y prácticas cada vez más antidemocráticas, donde las leyes que regulan ‘los mercados’ junto a las instituciones y gobiernos neoliberales se sitúan por encima de las constituciones nacionales basadas en los derechos sociales y donde los valores mercantiles figuran sobre valores colectivos y comunitarios. Paralelamente, los monopolios creados por el sistema capitalista han alcanzado niveles de poder jamás vistos, capaces de insertar sus ideologías en el sentido común de la población mediante los grandes medios de (des)información de masas. Estos monopolios también han sido capaces de presionar e influir, tanto por vías legales como ilegales, a la élite política para colaborar en su agenda,<sup>77</sup> lo cual tiende a producir un sistema cada vez más plutocrático, donde una pequeña élite concentra cada vez más cantidades ingentes de poder. Se expande así una situación de inequidad redistributiva y desigualdades sociales, con un fuerte impacto en las desigualdades en salud, que a su vez profundizan el proyecto neoliberal de dominio y explotación.

### **Intensificación del neoliberalismo como respuesta política a la crisis de 2008**

De manera similar a otros países europeos, a partir de 2008, y sobre todo desde 2010, el Estado español cayó en una profunda recesión económica debido en gran parte al colapso del mercado inmobiliario y la desregulación del sistema bancario. Aunque en Europa se han dado respuestas políticas diversas para afrontar la crisis económica y la recesión, la respuesta más común ha sido la intensificación del neoliberalismo bajo las llamadas ‘políticas de austeridad’, ya sea en forma voluntaria como la realizada por gobiernos nacionales como el Reino Unido, o involuntariamente, impuesta por las instituciones internacionales y los mercados financieros como en el caso de los países del sur de Europa e Irlanda.<sup>78</sup> De este modo, utilizando el pago de la deuda como la

---

<sup>73</sup> E. R. Shaffer y J. E. Brenner, «International Trade Agreements: Hazards to Health?», *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 34, n. 3, enero 2004, pp. 467–81.

<sup>74</sup> F. Armada, C. Muntaner y V. Navarro, «Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations», *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 31, n. 4, enero 2001, pp. 729–68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11809007>.

<sup>75</sup> M. A. Pozas, «Globalización, industria Y organización del trabajo. Reflexiones para la construcción de un marco teórico», *Estudios Sociológicos* 19, n. 1, 2001, pp. 185–207.

<sup>76</sup> S. Babb, «The Social Consequences of Structural Adjustment: Recent Evidence and Current Debates», *Annual Review of Sociology* 31, n. 1, agosto 2005, pp. 199–222.

<sup>77</sup> D. Harvey, *Op. cit.*

<sup>78</sup> J. Rubery, «Austerity and the Future for Gender Equality in Europe», *Industrial and Labor Relations Review* 68, n. 4, 2015, pp. 715–41.

máxima prioridad política, se han aplicado programas neoliberales que han debilitado la soberanía nacional, disminuyendo el gasto social y limitando las políticas redistributivas. Al mismo tiempo se ha utilizado la grave situación de desempleo masivo existente como forma de legitimación de nuevas reformas laborales que han aumentado la precariedad con fuertes efectos negativos sobre las condiciones de vida, salud y calidad de vida de la población.<sup>79 80</sup>

Durante un corto período de tiempo, en España se puso en marcha una política inicial contracíclica de carácter limitadamente keynesiano y sin perspectiva de género, con algunas medidas expansivas (2008-2010) para hacer frente al desempleo, particularmente en los sectores más masculinizados, como los sectores de la construcción, la automoción y el financiero (Plan E). No obstante, cuando los bancos se saturaron de deuda, el gobierno español fue presionado por las instituciones europeas, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y los mercados financieros para implementar paquetes de consolidación fiscal y reformas estructurales.<sup>81</sup> Así se empezaron a implementar políticas neoliberales en dos dimensiones principales: el recorte y la reorientación del gasto público mediante el retroceso de políticas de bienestar social (las mal llamadas 'políticas de austeridad'), y el aumento de la flexibilización y desregulación del mercado laboral, mediante nuevas reformas precarizadoras del empleo.

Estos cambios regresivos en el Estado del bienestar y el mercado laboral, junto a recortes en las políticas de género por motivos ideológicos a la vez conservadores-hetero-patriarcales, tuvieron un claro impacto negativo en las mujeres, en una sociedad cada vez más desigual donde las mujeres, especialmente aquellas que pertenecen a las clases trabajadoras y las inmigrantes, forman uno de los colectivos más afectados.

### **Políticas neoliberales, Estado del bienestar y desigualdades de género en salud**

En España, el papel del Estado del bienestar de promover la equidad se ha visto seriamente dañado en los últimos años debido a las medidas de austeridad con importantes recortes en los presupuestos, sobre todo por lo que hace a los servicios sociales.<sup>82</sup> Los recortes en la dependencia, sanidad y educación han aumentado la

---

<sup>79</sup> M. Karanikolos et al., «Financial crisis, austerity, and health in Europe», *Lancet* 381, n. 9874, 13 abril 2013, pp. 1323-31.

<sup>80</sup> Además, el llamado "Consenso de Bruselas" o los nuevos tratados de libre comercio entre EEUU y Europa mediante las negociaciones del Acuerdo Transatlántico para el Comercio y la Inversión (TTIP) o el Acuerdo en Comercio de Servicios (TISA), prometen intensificar aún más las políticas neoliberales.

<sup>81</sup> E. González Gago y M. Segales Kirzner, «Women, gender equality and the economic crisis in Spain», en M. Karamessini y J. Rubery (eds.), *Women and Austerity: The Economic Crisis and the Future for Gender Equality*, Routledge/IAFFE, serie Advances in Feminist Economics, Oxon, 2014, p. 352.

<sup>82</sup> H. Legido-Quigley et al., «Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?», *BMJ (Clinical Research Ed.)* 346, n. jun13\_1, 13 enero 2013, p. f2363.

intensificación del trabajo de cuidados y doméstico no remunerado realizado mayoritariamente por mujeres, además de reducir sus posibilidades de empleo remunerado en el ámbito de los cuidados. El empleo público se ha visto seriamente afectado tanto en calidad como cantidad de plazas disponibles, prohibiendo por ley el remplazo de plazas públicas que quedan libres por jubilación. Esto produce una intensificación del trabajo para quienes mantienen su empleo.<sup>83</sup> Además, a partir de 2010 se han aplicado varios recortes en el salario de la administración pública, congelando la base salarial de 2012. El empleo público es un sector clave para la inserción de las mujeres en el mercado laboral, ya que provee plazas laborales dedicadas al cuidado y servicios, áreas que han sido feminizadas. Asimismo, el empleo público ha permitido hasta ahora una mejor conciliación entre empleo y trabajo de cuidados.

En cuanto a la intensificación y devaluación del trabajo de cuidados, ejemplo icónico ha sido la ‘suspensión’ de la Ley de Dependencia aprobada en 2006 y aún en proceso de implementación, dificultando el acceso y cobertura a servicios de protección para personas mayores y dependientes. En consecuencia, los trabajos de cuidado han tenido que ser en gran medida re-asumidos por familiares, mayoritariamente mujeres.<sup>84,85</sup> Los estudios de salud pública muestran cómo las mujeres, especialmente aquellas con menor nivel de estudios, que conviven con personas mayores tienen peor salud.<sup>86</sup> Ello probablemente se debe a su alta carga de cuidados y a la escasa capacidad económica para comprar estos servicios en el mercado. Una reciente evaluación de salud sobre la Ley de Dependencia ha mostrado como su implementación mejoró la salud percibida de las personas cuidadoras por otorgarles la posibilidad de compartir la carga del cuidado, reduciendo los problemas físicos, mentales y sociales asociados a este tipo de trabajo. Por contra, los problemas asociados con los recortes en la prestación de servicios y beneficios tuvieron un efecto negativo en la calidad de vida de las cuidadoras.<sup>87</sup>

Otros ejemplos de retroceso del Estado del bienestar con repercusión directa en el aumento de la carga de trabajo de cuidados en las mujeres incluyen la paralización de creación de plazas pre-escolares (*Educa3 Plan*) y el retraso del aumento del tiempo

---

<sup>83</sup> J. Rubery, 2015, *Op. cit.*

<sup>84</sup> E. González Gago y M. Segales Kirzner, «Women, gender equality and the economic crisis in Spain», en M. Karamessini y J. Rubery (eds.), *Women and Austerity*, Routledge, 2014, Londres/Nueva York.

<sup>85</sup> E. Lombardo, «Gender mainstreaming and policy responses to the economic crisis: The ‘unintended consequences’ of EU and national policymaking on Spanish gender equality Policies», Conferencia AECPA, Sevilla 18-19 septiembre 2013, borrador, 2013. Disponible en: <http://www.aecpa.es/uploads/files/modules/congress/11/papers/703.pdf>.

<sup>86</sup> L. Artazcoz et al., «Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position», *Social Science & Medicine* 59, n. 2, 2004, pp. 263–74.

<sup>87</sup> M. Salvador-Piedrafita, C. Borrell y D. Malmusi, «Evolución de las desigualdades en salud según carga de cuidado en España en el Contexto de la Ley de Dependencia», en *Gac Sanit.29 (Espec Congr)*, Barcelona, España, 2015, pp. 17–194.

del permiso de paternidad (de 13 a 28 días). Estas medidas limitan la capacidad de integración de las mujeres al mercado laboral, especialmente de quienes tienen menos recursos económicos, debilitando claramente la corresponsabilidad del trabajo de cuidados en el ámbito privado y del Estado, reforzando así los estereotipos de género.<sup>88,89</sup>

Hasta ahora, hay poca evidencia del impacto en la salud que puede generar el permiso de paternidad. Generalmente, los padres que están implicados en el cuidado de sus bebés tienden a permanecer involucrados en toda su crianza.<sup>90</sup> Esta unión temprana puede tener una serie de resultados positivos incluida la mejora del vínculo entre la pareja, la cual acostumbra a ejercer los cuidados de manera colaborativa.<sup>91</sup> De ese modo, las mujeres pueden ser claramente beneficiadas, disminuyendo su carga de cuidados al compartir el trabajo y responsabilidades desde el inicio.

En general, el mecanismo clave para entender la relación entre el retroceso del Estado del bienestar y el aumento de mala salud en el colectivo de mujeres tiene que ver con el aumento total de la carga de trabajo. Esto se debe a una mayor intensificación de la esfera productiva (entre aquellas que conservan su empleo) y la esfera de cuidados no remunerada. Una alta carga total de trabajo puede conllevar efectos negativos en su salud con un mayor nivel de estrés, ansiedad, depresión y problemas osteomusculares.<sup>92,93</sup> El estado de salud empeora sobre todo en aquellas mujeres que tienen menores recursos ya que no pueden externalizar la carga del trabajo de cuidados en el mercado, y en general tienen menor poder de negociación en el núcleo familiar para redistribuir esta carga.

### **Políticas neoliberales, mercado laboral y desigualdades de género en salud**

Las reformas laborales implementadas a partir de 2012 han aumentado la precarización laboral mediante: a) el abaratamiento y discrecionalidad en los despidos; b) la reducción de la tutela y negociación colectiva; y c) el aumento del poder de la dirección empresarial, que ha introducido unilateralmente cambios en las condiciones de trabajo y la flexibilidad interna. Todas estas reformas, pero especialmente los cambios impuestos en la jornada de trabajo, tienen un impacto negativo sobre la

---

<sup>88</sup> E. González Gago y M. Segales Kirzner, 2014, *Op. cit.*

<sup>89</sup> E. Lombardo, 2013, *Op. cit.*

<sup>90</sup> J. Bronte-Tinkew et al., «Resident fathers? pregnancy intentions, prenatal behaviors, and links to involvement with infants», *Journal of Marriage and Family* 69, n. 4, noviembre 2007, pp. 977–90.

<sup>91</sup> E. Flouri y A. Buchanan, «What predicts fathers' involvement with their children? A prospective study of intact families», *British Journal of Developmental Psychology* 21, n. 1, 23 marzo 2003, pp. 81–97.

<sup>92</sup> L. Artazcoz, I. Cortéz y C. Borrell, «Work and family: 'Double Workload' overburdens women's health», *HesaMag*, 2011.

<sup>93</sup> L. Estevan Reina et al., «Doble Presencia: un riesgo psicosocial que evidencia la desigualdad entre hombres y mujeres en la conciliación de la vida familiar y laboral», Universidad de Granada, Granada, 2014.

conciliación de la vida laboral, familiar y personal, con una implicación mucho mayor para las mujeres.<sup>94</sup>

Más allá de las políticas neoliberales, la ideología social dominante es profundamente patriarcal. El mercado laboral se comporta bajo la lógica de que el empleo femenino es complementario en el seno del hogar, es decir, que no es el principal sustento del núcleo familiar. Como los patrones y roles de género establecen que las mujeres son las principales responsables del trabajo de cuidados, modalidades contractuales como el tiempo parcial surgen como una solución 'plausible' que permite la inserción laboral y la continuidad del trabajo doméstico y de cuidados. Sin embargo, se trata de una lógica perversa por dos motivos principales. Por una parte, porque hombres y mujeres no tienen las mismas oportunidades para acceder a empleos de una mejor calidad. Por otra, porque reproduce las desigualdades sociales de género al no tomar en cuenta que las mujeres con una baja tasa de empleo y una alta tasa de contratos a tiempo parcial tienen una mayor carga de trabajo no remunerado.<sup>95</sup>

De este modo, el empleo precarizado (con dimensiones como la temporalidad, bajos ingresos, y falta de poder y beneficios sociales)<sup>96</sup> constituye un fenómeno altamente feminizado.<sup>97</sup> Así, las mujeres tienen mayor presencia en categorías con bajos ingresos y contratos temporales, y realizan en mayor medida jornadas a tiempo parcial, voluntaria e involuntariamente.<sup>98</sup> Es importante destacar que los contratos temporales compiten con la posibilidad de tener permisos laborales de maternidad, impactando negativamente en la posibilidad de combinar un empleo remunerado y realizar trabajos de cuidados.

Los estudios realizados en España que han analizado analizando la precariedad laboral en forma multidimensional encontraron que las mujeres no sólo tienen mayores niveles de precariedad, sino que ésta tiene un mayor impacto en su salud mental.<sup>99,100</sup> Ello sugiere la existencia de una interacción entre el género y las

---

<sup>94</sup> J. Benach, G. Tarafa y A. Recio, *Sin Trabajo, Sin Derechos, Sin Miedo : las reformas laborales y sus efectos sobre el trabajo y la salud*, Icaria editorial, Barcelona, 2014.

<sup>95</sup> A. Elomäki, «The economic case for gender equality in the European Union: selling gender equality to decision-makers and neoliberalism to women's organizations», *European Journal of Women's Studies* 22, n. 3, 2015, pp. 288–302.

<sup>96</sup> M. Amable, «La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España», Tesis, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, 2006. Disponible en: <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0209109-142541/>.

<sup>97</sup> L. F. Vosko, *Managing the margins: gender, citizenship and the international regulation of precarious employment* Oxford University Press, Oxford, 2010.

<sup>98</sup> V. Puig Barrachina et al., «How does precarious employment relate to health and job satisfaction in Europe? A gender and cross-national perspective: Vanessa Puig-Barrachina», *Eur J Public Health* 24, n. suppl\_2, 1 octubre 2014, pp. cku166.085.

<sup>99</sup> A. Vives et al., «Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health», *Journal of Environmental and Public Health* ID 978656, 2013.



asimetrías de poder existentes dentro y fuera del lugar de trabajo.<sup>101</sup> Estudios europeos muestran que la mayoría de dimensiones de precariedad laboral están relacionadas con la insatisfacción laboral<sup>102</sup> y una peor salud.<sup>103</sup>

La reforma laboral de 2012, además de fomentar el abaratamiento de los despidos, limita los derechos de las trabajadoras, que tienen que reducir su jornada de trabajo para poder realizar trabajo de cuidados. La nueva regulación amplía las posibilidades de pactar horas complementarias, de manera que el empresariado solo debe avisar con tres días de antelación sobre el día de realización de esas horas. En ese sentido, el contrato a tiempo parcial que antes permitía acceder al mercado laboral, si bien generalmente de forma precaria y conciliar la vida personal y familiar, ahora ha perdido ese objetivo.<sup>104</sup> En cuanto los contratos a tiempo parcial, es importante destacar que, en relación a la salud, la voluntariedad o no del empleo parcial juega un papel muy importante a corto plazo. Trabajar en una jornada parcial involuntariamente se asocia con peores indicadores de salud mental tanto en hombres como en mujeres.<sup>105</sup> En cambio, el trabajo parcial voluntario se asocia con mejores resultados de salud entre las madres porque les permite una mejor conciliación con el trabajo de cuidados.<sup>106</sup> Este carácter positivo del empleo a tiempo parcial en relación con la salud podría desaparecer si este tipo de contratación deja de favorecer la conciliación y solo se asocia a una baja remuneración y pocas posibilidades de mejora laboral.

Los contratos a tiempo parcial tienen otros efectos negativos a largo plazo, como una menor cotización en las pensiones de jubilación. Esto se agrava aún más con las reformas realizadas en el sistema de pensiones que han aumentado la edad de jubilación y los años de contribución necesarios. Por ello, las mujeres tendrán más dificultades para cumplir los requisitos de acceso a una pensión digna.<sup>107</sup> Este hecho dificultará su autonomía, además de profundizar en la feminización de la pobreza, un fenómeno también estrechamente relacionado con la salud.<sup>108</sup>

---

<sup>100</sup> J. Benach et al., «La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña», *Gaceta Sanitaria* 29, n. 5, 2015, pp. 375–78.

<sup>101</sup> M. Menéndez et al., «Is precarious employment more damaging to women's health than men's?», *Social Science & Medicine* 64, n. 4, 2007, pp. 776–81.

<sup>102</sup> V. Puig Barrachina, *Monitoring employment-related health inequalities in Europe: the case of unemployment and precarious employment*, Tesis doctoral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2013.

<sup>103</sup> V. Puig-Barrachina et al., 2014, *Op. cit.*

<sup>104</sup> J. Benach et al., 2014, *Op. cit.*

<sup>105</sup> G. Santin et al., «Depressive symptoms and atypical jobs in France, from the 2003 Decennial Health Survey», *American Journal of Industrial Medicine* 52, n. 10, 2009, pp. 799–810.

<sup>106</sup> B. Floderus et al., «Self-reported health in mothers: the Impact of age, and socioeconomic conditions», *Women & Health* 47, n. 2, 2008, pp. 63–86.

<sup>107</sup> S. Ezquerro, «Miradas feministas a los efectos de la crisis», *Viento Sur*, 114, 2011.

<sup>108</sup> M. Cohen, «Impact of poverty on women's health», *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 40, mayo 1994, pp. 949–58.

## Conclusiones

Una alta carga de trabajo total debido a una intensificación del trabajo de cuidados y una precarización del empleo, tiende a empeorar la salud de las mujeres. Una de las propuestas para paliar esta situación, emanada del movimiento feminista, pasa por revalorizar el trabajo de cuidados.<sup>109</sup> Debido a su devaluación, la mayoría de mujeres viven con una peor calidad de vida y se enfrentan al envejecimiento con menos recursos que los hombres en términos de apoyo familiar, ingresos y bienes disponibles.<sup>110</sup> Esta pobreza material viene derivada por el hecho de haber empleado mucho tiempo en actividades que bajo el capitalismo no son reconocidas como trabajo. Esta revalorización del trabajo debe traducirse en una nueva organización social de los cuidados,<sup>111</sup> de la cual forman parte tanto la co-responsabilidad del Estado, como el fomento de la co-responsabilidad dentro del hogar. Esta nueva organización puede mejorar la integración de las mujeres en el mercado laboral, fomentar su capacidad de acceder a un empleo no precarizado, sin necesidad de aceptar jornadas parciales involuntarias o empleos informales.

Bajo la recesión económica se han perdido muchas oportunidades: la oportunidad de obtener un nuevo contrato social de cuidados, la necesidad de mantener y reforzar el Estado del bienestar y la capacidad de introducir la perspectiva de género en todas las políticas. Pero al final de esta cadena lo que hemos perdido en mayor medida es igualdad de género y perderemos la salud, siendo las mujeres las más perjudicadas.

---

<sup>109</sup> A. Pérez-Orozco, «Plan B feminista», *El Diario*, 20 febrero 2016. Disponible en: [http://www.eldiario.es/sociedad/feminismo-reivindica-protagonista-austeridad-europea\\_0\\_486451715.html](http://www.eldiario.es/sociedad/feminismo-reivindica-protagonista-austeridad-europea_0_486451715.html)

<sup>110</sup> S. Federici, *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*, Traficantes de sueños, Madrid, 2013.

<sup>111</sup> J. Rubery, 2015, *Op. cit.*

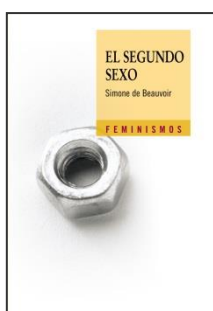
# GÉNERO Y SALUD: Selección de Recursos

**Susana Fernández Herrero**

Centro de Documentación Virtual, FUHEM Ecosocial

## SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Esta recopilación de libros incluye textos relacionados con la perspectiva de género dentro de la salud, un enfoque que no solo trata las diferencias entre los sexos, sino que incluye otros determinantes, como los factores sociales, económicos, que influyen de manera diferente en hombres y mujeres. Destacan algunos factores como: el nivel de ingresos, el estatus social, el empleo, las condiciones laborales, el entorno social, las condiciones de vida, que serán importantes a la hora de implementar intervenciones sobre la salud de las mujeres.



**BEAUVOIR, Simone de**

*El segundo sexo*

Madrid: Cátedra, 2005.

912 págs.



**BERNIS, Cristina; LÓPEZ ROSARIO; PRADO, Consuelo;**

**SEBASTIÁN Julia (eds)**

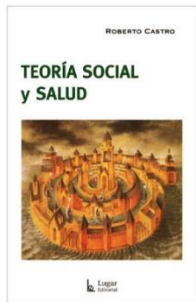
*Salud y género: la salud de las mujeres en el umbral del S.XXI*

Madrid: Ediciones UAM, 2001

356 págs.



**BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loïc**  
*Una invitación a la sociología reflexiva*  
Buenos Aires: Siglo XXI, 2005  
320 págs.



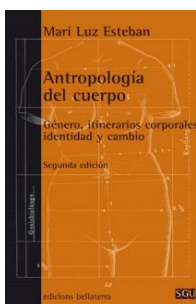
**CASTRO, Raul**  
*Teoría social y salud*  
Buenos Aires: UNAM, 2011  
197 págs.



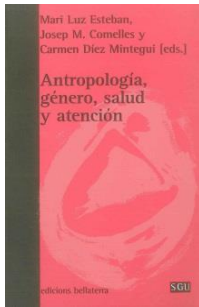
**DIOP BEICHMAR, Emilce (coord..)**  
*Mujeres tratado mujeres: con mirada de género*  
Barcelona: Octaedro, 2011  
237 págs.



**EHRENREICH, Bárbara; ENGLISH, Deirdre**  
*Brujas, Comadronas, Enfermeras*  
Madrid: Horas y Horas, 1981  
89 págs.



**ESTEBAN, Mari Luz**  
*Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*  
Barcelona: Bellaterra, 2004  
270 págs.



**ESTEBAN, Mari Luz; COMELLES, Joseph M.; DÍEZ MÍNTEGUI, Carmen**

*Antropología, Género, Salud y Atención*

Barcelona: Bellaterra, 2010

354 págs.



**FEDERICI, Silvia**

*Revolución en punto 0. Trabajo doméstico, reproducción y lucha feminista*

Madrid: Traficantes de sueños, 2013

285 págs.



**FERNÁNDEZ, Teresa; YAGO, Teresa**

*Perspectivas de género en salud*

Madrid: Minerva Ediciones, 2001

245 págs.

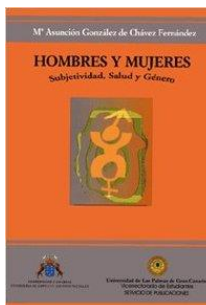


**FRIEDMAN, Betty**

*La mística de la feminidad*

Madrid: Cátedra, 2009

472 págs.

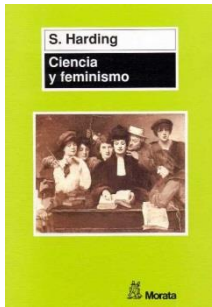


**GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. Asunción (comp.)**

*Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*

Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 1999

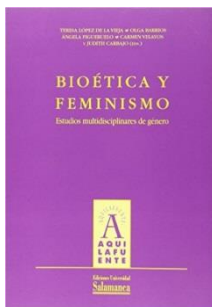
219 págs.



**HARDING, Sara**  
*Ciencia y feminismo*  
Madrid. Morata, 1996  
240 págs.



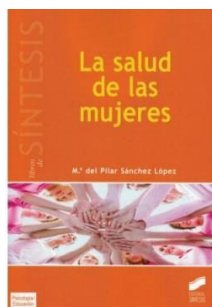
**LAQUEUR, Thomas**  
*La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*  
Madrid. Cátedra Feminismos, 1994  
416 págs.



**LÓPEZ DE LA VIEJA, María Teresa, et al.**  
*Bioética y feminismo*  
Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca (2006)  
188 págs.



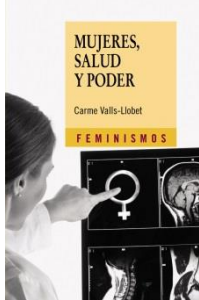
**SALETTI CUESTA, Lorena; DELGADO SÁNCHEZ, Ana**  
*Discurso de las médicas sobre el desarrollo profesional. Miradas propias*  
Granada: Universidad d Granada, 2015  
170 págs.



**SÁNCHEZ LÓPEZ, María Pilar**  
*La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género*  
Madrid. Síntesis, 2013  
244 págs.



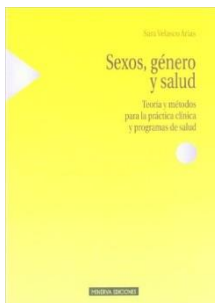
**VALLS-LLOBET, Carme,** 'Mujeres, salud y medio ambiente, en:  
**PULEO, Alicia** (ed.), *Ecología y género en diálogo interdisciplinar*  
Madrid: Plaza y Valdés, 2015  
Pp. 21-35



**VALLS-LLOBET, Carme**  
*Mujeres, salud y poder*  
Madrid. CÁTEDRA, 2009  
432 págs.



**VALLS-LLOBET, Carme**  
*Mujeres invisibles*  
Barcelona.: DeBolsillo, 2006  
384 págs.



**VELASCO ARIAS, Sara**  
Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud  
Madrid: Minerva, 2009  
264 págs.



**WILKINSON, Sue; KITZINGER, Celia**  
*Mujer y Salud. Una perspectiva Feminista*  
Barcelona. Paidós, 1996  
306 págs.

## SELECCIÓN DE GUÍAS



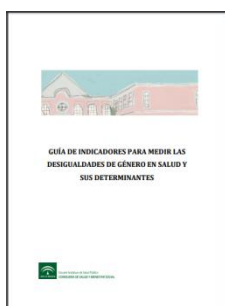
**GARCÍA CALVENTE, M<sup>a</sup> del Mar (ed.)**

[Guía de indicadores para medir la igualdad de género en salud y sus determinante.](#) Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Conserjería de Salud, 2013, 141 págs.



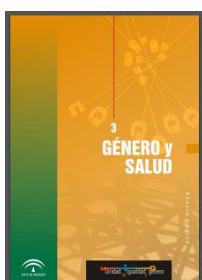
**GARCÍA CALVENTE, M<sup>a</sup> del Mar (ed.)**

[Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud.](#) Serie Monografías EASP núm. 48, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010, 173 págs.



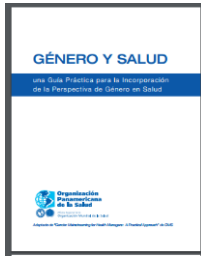
**GARCÍA CALVENTE M<sup>a</sup> Mar; JIMÉNEZ, M<sup>a</sup> Luisa; MARTÍNEZ, Emilia**

[Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género,](#) Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, 82 págs.

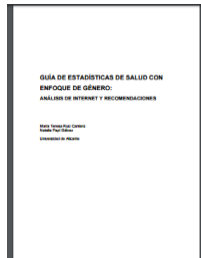


**LASHERAS, M<sup>a</sup> Luisa; PIRES, Marisa; RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> del Mar**  
[Género y Salud. Unidad y Salud,](#) Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía, 2004, 74 p.





**OMS. Organización Panamericana de la Salud**  
[Género y Salud. Una guía práctica para la incorporación de la Perspectiva de Género en salud](#), 2010, 146 p.



**RUIZ, M.ª Teresa y PAPI, Natalia**  
[Guía de estadísticas de salud con enfoque de género. Análisis de Internet y recomendaciones](#). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, 157 p.



**VELASCO, Sara,**  
[Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género](#), Madrid: Observatorio de la Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, 57 p.



**VELASCO ARIAS, Sara**  
[Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud](#). Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, 46 p.

## En la Red

En internet podemos encontrar organizaciones, institutos de investigación, asociaciones, observatorios, seminarios y organismos públicos dedicados a abordar aspectos fundamentales relacionados con la igualdad de género, con la defensa de los derechos humanos de las mujeres y con el objetivo de potenciar y facilitar la participación de las mujeres en la generación y gestión del pensamiento, la investigación y la ciencia. En esta selección podrás encontrar algunos de ellos.



### [Asociación de Mujeres Investigadoras y Tecnólogas \(AMIT\)](#)

Asociación no excluyente que pretende ser voz, foro de discusión y red de apoyo para todas las investigadoras y universitarias concienciadas de que es necesario trabajar juntas, con el fin de lograr la plena participación de las mujeres en la Investigación y la Ciencia.

### [Centro de Análisis y Programas Sanitarios - CAPS](#)

CAPS cuenta con la [Red de mujeres profesionales de la salud - RedCAPS](#), organización informal, de ámbito estatal, formada por diversas profesionales relacionadas o interesadas en la salud de las mujeres desde sus distintas disciplinas (médicas, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales, sociólogas, periodistas...), que favorece el intercambio de información relacionada con la salud de las mujeres, ya sea sobre nuevas investigaciones, eventos de interés, acciones política o comerciales que la afecten, etc.

### [CSIC: Mujeres y Ciencia](#)

La Comisión de Mujeres y Ciencia con dos objetivos especialmente relevantes: estudiar las posibles causas que dificultan tanto el ingreso como la carrera de las mujeres y proponer a la Presidencia posibles acciones destinadas a conseguir la igualdad entre mujeres y hombres en el CSIC.

### [EMAKUNDE - Instituto vasco de la Mujer](#)

Organismo autónomo del Gobierno Vasco que diseña, impulsa, asesora, coordina y evalúa las políticas de igualdad y sensibiliza a la sociedad con el fin de conseguir la igualdad real y efectiva de mujeres y hombres.

### [E-mujeres](#)

La Asociación E-mujeres es una organización feminista que pretende contribuir a la construcción de vías alternativas de pensamiento y gestión del conocimiento, mediante un sistema que permita tejer redes sociales, redes digitales y estructuras o plataformas de liderazgo de las mujeres para impulsar la incorporación de las mujeres a la Sociedad de la Información.

### [Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid](#)

Centro científico de la Universidad Complutense de Madrid de carácter interdisciplinar e interfacultativo, dedicado a la investigación y la docencia en temas de género, estudios de mujeres y feminismo. Su objetivo general es la generación y difusión del pensamiento feminista y los estudios de género a través de la creación y mantenimiento de equipos científicos interdisciplinares de investigación.

### [Instituto de la Mujer](#)

El Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (IMIO) es un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que tiene como funciones el promover y fomentar la igualdad de ambos sexos, facilitando las condiciones para la participación efectiva de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social, así como la de impulsar políticas activas para el empleo y el autoempleo de las mujeres y la de fomentar y desarrollar la aplicación transversal del principio de igualdad de trato y no discriminación.

### [Mujeres para la Salud](#)

Un grupo de mujeres, profesionales de diferentes disciplinas sociales y de la salud, todas vinculadas con la defensa de los derechos de las mujeres, constataron la necesidad de recoger el malestar que expresaban las mujeres y la inadecuada atención que recibían y así nació Asociación de Mujeres para la Salud como una organización no gubernamental y sin ánimo de lucro, sin vinculaciones políticas ni religiosas, comprometida con las mujeres y su salud.

### [Observatorio de salud de la mujer](#)

Desde la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación se trabaja en la elaboración de líneas de actuación comunes para la disminución de las desigualdades en salud por razón de género, desde una perspectiva de participación y colaboración de todos los agentes implicados, generando y difundiendo conocimiento que permita el análisis de género y promueva la inclusión del enfoque de género y la equidad en las políticas públicas y sistemas de salud.

### [Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer.](#) Universidad de Zaragoza

Tiene el fin de promover, coordinar y difundir estudios sobre las mujeres desde las diferentes áreas científicas. Inscrito en el marco de lo que se ha definido internacionalmente como "women's studies", trata de afrontar desde el ámbito académico el reto social de elaborar un discurso y una práctica científica nueva y no discriminatoria.

### [Sin género de dudas](#)

Instrumento de Economía del conocimiento, desde la visión de habitar ciudades del conocimiento interconectadas en el mercado global, desde la corresponsabilidad con los Derechos humanos en el desarrollo, desde el compromiso con una redistribución equitativa de la riqueza, desde la voluntad de rentabilizar los aprendizajes, experiencias y capacidades de las mujeres y de los hombres y desde la implicación con una asignación eficiente de recursos: humanos, técnicos y económicos.

### [Unidad de Igualdad de Género. Instituto Andaluz de la Mujer](#)

Proyecto orientado a consolidar el proceso de implantación de la Transversalidad o Mainstreaming de Género en Andalucía. A través de ella, el Instituto Andaluz de la Mujer, como organismo que impulsa las políticas de Igualdad de Oportunidades en Andalucía, ofrece una estructura de apoyo estable a la Administración Andaluza para iniciar y consolidar el proceso de implantación de la Transversalidad de Género en Andalucía.

## Selección de revistas

### [Revista Con la A](#)

Revista de la [Asociación con la A](#), organización independiente, plural, no violenta y laica, defensora de la Igualdad de Oportunidades y de Trato entre mujeres y hombres, de los Derechos Humanos, de la Justicia Social y del Medio Ambiente.

El principal objetivo de la revista es hacer visible y difundir el trabajo y las aportaciones que realizan las mujeres en los distintos ámbitos por los que discurre la vida de las personas.

Destacamos a continuación tres de sus monográficos dedicados a la salud con perspectiva de género, todos ellos descargables a texto completo:

[Psicología, Psicoanálisis y Psicoterapia con perspectiva de género](#), núm. 43, enero 2016.

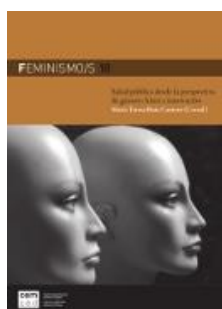
[Corresponsabilidad y cuidados: ¿quién cuida a las cuidadoras?](#), núm. 34, octubre, 2014.

[Mujeres, salud y género](#), coord. Por Alicia Gil Gómez, núm. 3, abril 2012.

### [FEMINISMOS](#)

Revista del [Centro de Estudios sobre la mujer de la Universidad de Alicante](#), que quiere ofrecer a la comunidad académica y a la sociedad civil un espacio de expresión y debate crítico en el ámbito de los estudios de género y de la teoría feminista. La creación de la revista responde a la necesidad de examinar desde las perspectivas teórica y práctica qué relaciones de poder subyacen a la discriminación por razones de género y cómo éstas se configuran y materializan en la vida diaria.

Hemos seleccionado, a continuación, un monográfico de la revista, destacando algunos artículos que podrán descargarse desde el enlace al número completo.



[Salud pública desde la perspectiva de género: hitos e innovación](#), núm. 8, 2011.

*Salud pública desde la perspectiva de género: hitos e innovación*, **María Teresa Ruiz Cantero**.

*La Encuesta Nacional de Salud como herramienta de medición de la doble carga y sobrecarga de trabajo en España: comparación con la Encuesta de Población Activa*, **Mercedes Carrasco Portiño, Natalia Papí Gálvez, María Teresa Ruiz Cantero, Vicente Clemente Gómez, José Fernández Sáez**,

*Construir salud, construir género: ¿por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género?*, **María del Mar García Calvente, Jorge Marcos**.

*Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres*, **Carme Valls Llobet**.

*Feminización de la medicina y tiempo de trabajo*, **Ana Delgado, Lorena Saletti-Cuesta**

*El estatus social de las mujeres y su impacto en la salud de la población*, **Mercedes Carrasco Portiño**.

*Sensibilidad de género en la investigación sobre políticas sanitarias*, **Erica Briones Vozmediano**.

*Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible*, **Elisa Chilet Rosell**.

### **GACETA SANITARIA**

Revista científica y órgano de expresión de la [Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria \(SESPAS\)](#). Es una revista Open Access (OA), recoge artículos referentes a todos los campos de la Salud Pública y la Administración Sanitaria, incluyendo la epidemiología, la prevención y la promoción de la salud, la gestión y la evaluación de políticas y de servicios, la economía de la salud, la salud ambiental y la salud internacional.



Recopilación de artículos:

[La salud de las personas afectadas por un proceso de desahucio](#), Julia Bolivar Muñoz y otros, vol. 30, núm. 1, pp. 4-10, enero-febrero 2016.

[Las desigualdades de género en la ciencia: Gaceta Sanitaria da un paso, adelante](#), Carme Borrell, Carmen Vives-Cases, María Felicitas Domínguez-Berjón, Carlos Alvarez-Dardet, vol. 29, núm. 3, mayo-junio 2015, pp. 161-163.

[Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España \(2007-2014\)](#), María del Mar García-Calvente, María Teresa Ruiz-Cantero, María del Río-Lozano, Carme Borrell, M. Pilar, López-Sancho, vol. 29, núm. 6, pp. 404-411, noviembre-diciembre 2015.

[La salud pública desde la perspectiva de género y clase social](#), Carme Borrell, María del Mar García-Calvente, José Vicente Martí-Boscà, vol. 18, supl. 1, mayo 2004.

[La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación](#), María Teresa Ruiz-Cantero, Belén Cambroner-Saiz, vol. 25, núm. 3, 2011 pp. 179-181.

[Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos](#), Izabella Rohlf, Carme Borrell, M. C. Fonseca, vol. 14, núm. 3, 2000, pp. 60-71.



Revista editada por el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios). Espacio dedicado a que la información sobre la salud de las mujeres esté libre de toda contaminación interesada. Una información libre del sesgo de género que acompaña a las ciencias de la salud tal y como han sido entendidas durante demasiado tiempo, y libre de presiones interesadas de la industria.

Monográficos:

[La crisis de los ciudadanos](#), núm. 30, 2011.

[Salud mental: el trasfondo del malestar](#), núm. 29, 2010.

[Rebeldes con causa. La inquietud de las médicas](#), núm. 26, 2009.

## PAPELES DE RELACIONES ECOSOCIALES Y CAMBIO GLOBAL

Revista trimestral publicada por [FUHEM Ecosocial](#) que aborda con una mirada interdisciplinar, temas relacionados con la sostenibilidad, la cohesión social y la democracia, considerando la paz como eje transversal de análisis. El pensamiento de analistas, teóricos y activistas, tanto del panorama nacional como internacional, hacen de las páginas de PAPELES escenario intelectual crítico para una sociedad justa en un mundo habitable.

Recopilación de artículos:

[Entrevista a Cristina Carrasco. El cuidado de la vida de las personas, una responsabilidad social y política fundamental](#), **Olga Abasolo, Lucía Vicent** núm. 127, otoño 2014, pp. 141-156.

[La contrarreforma sanitaria](#), **Marciano Sánchez Bayle**, núm. 123, otoño 2013, pp. 63-72.

[El trabajo de los cuidados: un camino para repensar el bienestar](#), **Teresa Torns, Vicent Borrás, Sara Moreno, Carolina Recio**, núm. 119, otoño 2012, pp. 93-101.

[Los cuerpos del delito: injusticias y oportunidades en los Síndromes de Sensibilidad Central](#), **Clara Valverde**, núm. 112, invierno 2010-2011, pp. 141-153.

[Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI](#), **Joan Benach, Montse Vergara; Carles Muntaner**, núm. 103, otoño 2008, pp. 29-40.



**FUHEM**  
**ecosocial**



c/ Duque de Sesto, 40  
28009 – Madrid, ESPAÑA  
Tel. +34 914 310 280

Correo electrónico: [ecosocial@fuhem.es](mailto:ecosocial@fuhem.es)

[www.fuhem.es/ecosocial](http://www.fuhem.es/ecosocial)

<https://www.facebook.com/fuhemecosocial>

<https://twitter.com/fuhemecosocial>