

I. INTRODUCCIÓN

DESIGUALDADES DE GÉNERO: EN LA SALUD Y EN LA ENFERMEDAD

Adelina Rodríguez Pacios.

arodpa@unileon.es

Universidad de León

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define **salud** como *un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad*. Esta definición de la OMS destaca que la salud no es sólo una cuestión biológica, sino que también es una cuestión social. La diferencia entre salud y enfermedad es una construcción social que depende de unos valores históricamente determinados. Por tanto la definición global de salud procede del contexto social, incluyendo variables como edad, etnia, género, clase social, nivel de estudios, situación laboral, situación convivencial, etc, así como las vivencias personales y percepciones subjetivas de cada individuo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

En el informe *Las Mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda de mañana* (OMS, 2009) se destacan las diferencias entre mujeres y hombres en materia de salud y cómo éstas inciden en la peor calidad de vida de la que gozan las mujeres. Se pone de relieve que las mujeres tienen una vida más prolongada, pero no más sana. Las desigualdades de género en cuestiones como la educación, el empleo, los ingresos, limitan la capacidad de las mujeres para protegerse y cuidarse. Para la OMS, es importante conocer las necesidades de salud de las mujeres con el objetivo de mejorar sus vidas, la de sus familias y la de la sociedad en general.

En España, el informe *Salud y género* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005) pretende ser la base para análisis sucesivos de las desigualdades de género en salud. Este documento parte de la premisa de que el género es un determinante de la salud. Por esta razón se propone la necesidad de actuar sobre los aspectos de la salud con un enfoque de género.

Analizar la salud desde la perspectiva de género exige informar sobre las desigualdades y las inequidades de género con el fin de explicar los estados de salud de mujeres y hombres, sobre la forma en la que consultan y son atendidos en el sistema sanitario, tratando de identificar estereotipos de género que motivan resultados diferentes y desiguales en la prestación de los servicios (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Incorporar la perspectiva de género al estudio de la salud es poner de manifiesto el estatus diferencial de mujeres y hombres en nuestra sociedad, las relaciones de poder entre los sexos y el control social sobre las mujeres (Blanco y Marcos, 2006; Valls-Llobet, 2009). Las definiciones de enfermedad y de salud han sido realizadas por los grupos sociales mejor posicionados socialmente. Y estos grupos están formados principalmente por hombres. Las organizaciones feministas han venido denunciando, desde los años setenta y ochenta del siglo XX, la invisibilidad de las mujeres en el conocimiento de la Medicina. La perspectiva androcéntrica en el análisis de los procesos de salud-enfermedad, bien ha excluido a las mujeres de los estudios de investigación y de los ensayos clínicos, o bien se les ha atribuido las mismas características del sexo masculino en la definición de los problemas de salud que les afectan. Pero, además, a las mujeres no se les ha permitido decidir qué hacer con sus propios cuerpos. Todavía, en la actualidad, la salud de las mujeres hace referencia, casi en exclusiva, a la reproducción y los aspectos relacionados con ella (olvidando la función productiva y la doble jornada de trabajo). Esto implica una imagen de la mujer esencialmente como madre. Pero, incluso, cuestiones como el derecho a la contracepción y el aborto, han estado sometidas a los ritmos y tiempos masculinos: la

elaboración de leyes y códigos sociales que permiten o impiden a las mujeres controlar sus propios cuerpos y disfrutar de su sexualidad.

A partir de la década de los noventa del siglo XX, la ciencia médica se vio obligada a aceptar la existencia de la diferencia biológica. Esta aceptación estuvo promovida más por los reclamos publicitarios de las farmacéuticas que por el interés de visibilizar a las mujeres. Han sido los grupos multidisciplinares de trabajo de las mujeres feministas los que han reivindicado que sean las propias mujeres las protagonistas de su salud. Existen cada vez más datos científicos que ponen de manifiesto la existencia de diferencias en el modo de enfermar entre hombres y mujeres, en la evolución de las enfermedades y en la forma en que actúan los medicamentos. Asimismo es importante no homogeneizar la categoría social de las mujeres. Dentro de la categoría mujeres encontramos realidades muy diferentes, derivadas de la etnia, la clase social, la ocupación, el medio rural o urbano, la convivencia conyugal, tener o no tener descendencia, o la orientación sexual.

En este volumen de *Cuestiones de género: de la igualdad a la diferencia* reflexionamos sobre los estereotipos sociales en torno al cuerpo, a la salud y a la enfermedad de las mujeres. Lucía Etxebarría y Sonia Núñez afirman que *la sociedad que presuntamente ha conocido el nacimiento de la emancipación femenina, de la incorporación de la mujer a la esfera del poder, es en realidad una sociedad constrictora. Una sociedad que cosifica sobre todo a la mujer, pero que en realidad lo cosifica todo: individuos y sentimientos* (Varela, 2005:277). Las autoras definen el siglo XXI como *el siglo del culto a la cosa*.

Pedro Sánchez Vera en “Ese oscuro objeto del deseo: cuerpo y sexualidad en las sociedades postindustriales”, hace una magnífica reflexión sobre la cosificación de los cuerpos, sobre todo del cuerpo femenino. Todo lo relacionado con el aspecto físico tiene cada vez mayor importancia. Y es que el cuerpo, la imagen del cuerpo, está relacionado con la sexualidad. Considera el autor que vivimos en una sociedad que otorga gran importancia a la sexualidad. El sexo, desvinculado de la procreación y los sentimientos, afecta a todas las edades. Es importante mantener eternamente la

juventud, la belleza y la salud para seducir. Esta sociedad occidental invisibiliza la vejez y la asocia a la enfermedad. Tiene tendencia a medicalizar la ancianidad. Este es un estereotipo falso, la mayoría de las personas mayores de 65 años, residentes en España, gozan de buena salud. Y esto les permite tener una vida sexual activa. En este afán por mantenernos siempre jóvenes y con actividad sexual, contribuyen las industrias de cosméticos y farmacéuticas.

A las mujeres se les asocia más con el cuerpo, la estética y la sexualidad. Se puede condenar a una mujer por su forma de vestir. La identidad femenina está ligada a las partes de cuerpo más ligadas a la sexualidad: labios, glúteos, busto. Pero, sobre todo, el pecho es el exponente de la feminidad, porque está ligado a la maternidad. Las modas imponen a las mujeres realzar esa parte de su cuerpo. Las mujeres están sometidas al *mito de la belleza*, que es una forma más de control social.

Efectivamente, como señala Sánchez Vera, se está produciendo una nueva representación de la masculinidad: “metrosexuales”, “übersexuales”. Los hombres también se preocupan por la imagen personal y por la moda.

En la cultura de consumo, el cuerpo está sujeto a las mismas premisas que cualquier otro bien de consumo. La imagen es muy importante para el éxito social y la identidad de la persona. Además, a través de la imagen podemos satisfacer otras necesidades: amor, afecto, placer, seguridad. Es importante el cuidado del cuerpo: dietas, ejercicios, tratamientos. Todo va encaminado a reforzar la asociación entre Salud y Belleza o entre Belleza y Salud. La medicina, en esta equiparación, juega un papel trascendental. Conseguir salud, belleza e imagen, bien a través de tratamientos médicos o bien a través de la cirugía.

Paradójicamente, la secularización de nuestras sociedades y la cultura hedonista nos han llevado al culto al sufrimiento. Conseguir la estética física que la moda establece supone infringir sufrimiento y dolor a nuestros cuerpos. En las sociedades postindustriales prima el principio del placer, sin embargo seguimos mortificando el cuerpo: piercing, tatóo, liftin, estiramientos de piel, dietas de adelgazamiento, estiramientos de pene, prótesis... Esta excesiva preocupación por la

imagen corporal nos conduce al análisis de nuevas patologías sociales: obsesión por la cirugía estética, anorexia, bulimia, vigorexia, tanorexia...

Como señalan las autoras de *En brazos de la mujer fetiche: en la era de la cirugía estética todo parece posible. Los cuerpos tratan de adaptarse a los deseos. En una sociedad de ganadores lo imperfecto se aborrece. Sólo se admiten los cuerpos perfectos, y la perfección se define según ciertos cánones muy determinados, cánones que definen lo que es femenino y lo que es masculino según nuestra sociedad, y que descartan a los cuerpos que no se adaptan* (Varela, 2005: 277).

Analizar la influencia de la variable género en la salud de mujeres y hombres es el objetivo del estudio “Valoración del impacto de género en la salud de mujeres y hombres”. **Pepa Pont, Cristina Santamaría, M^a Teófila Vicente, Monserrat Piñaga, M^a Victoria Ramírez y Ángel Arturo López** mantienen la hipótesis de que la desigual distribución del trabajo productivo y reproductivo incide en la salud de hombres y mujeres. Para ello, han realizado una investigación de tipo descriptivo en la que analizan los datos recogidos de entrevistas clínicas y de un cuestionario sobre la dedicación al trabajo productivo, tareas domésticas y de cuidado, características demográficas, autopercepción de salud, etc.

La influencia del trabajo en la salud de las personas ha sido ampliamente analizada. Generalmente, este tipo de análisis se ha hecho tomando como referencia la población masculina y la actividad laboral remunerada, sin tener en cuenta el trabajo doméstico y de cuidados que afecta, sobre todo, a la salud de las mujeres. El trabajo reproductivo es considerado como “natural” en las mujeres y no tiene reconocimiento social. Esta falta de reconocimiento produce en las amas de casa una menor autoestima, mayor dependencia económica, menor control de su vida privada y menor control del tiempo de trabajo. En otros casos, supone una doble carga de trabajo para las mujeres, con la dificultad que conlleva compatibilizar la vida laboral, familiar y privada.

Además de ser “sujetos de salud”, las mujeres son “agentes de salud”. La mayor parte de las enfermedades leves y los cuidados de enfermedades crónicas son proporcionados por las madres, esposas, hijas, nueras, en el seno de las familias.

Las desigualdades de género en materia de salud también se manifiestan en la medicalización que se prescribe a hombres y mujeres. Así lo pone de manifiesto **Lourdes Pérez González** en su artículo “Desigualdades de género en la medicalización: un tortuoso recorrido por el Vademécum”. Con sentido del humor, la autora invita al lector a dar un paseo por el libro de cabecera del profesional de la medicina, ya que contiene información sobre medicamentos, sustancias, principios activos, laboratorios farmacéuticos, etc. El estudio se centra en los fármacos que se expiden sin receta médica y que se destinan a mujeres “sanas”. El objetivo de este trabajo es analizar la medicalización que van sufriendo las mujeres, desde edades tempranas, y cómo puede afectarles, es decir cuáles pueden ser sus efectos secundarios, comparándolo con la medicalización que pueden sufrir los hombres.

Como hemos visto, vivimos en una sociedad de consumo en la que todo se puede convertir en mercancía, e incluso de la enfermedad se puede obtener beneficios. Y esto lo conocen bien las empresas farmacéuticas: no sólo ofertan medicamentos para las enfermedades, sino que convierten cualquier proceso fisiológico en patológico. Este es un hecho más evidente cuando se trata de la salud y la belleza de las mujeres.

La medicina y la farmacología son ciencias androcéntricas, se basan en los estudios sobre los cuerpos masculinos. Las mujeres sufren más los efectos adversos de los fármacos por su exclusión en los ensayos clínicos. Esta exclusión se ha justificado como una forma de prevención de daño fetal. Pero el problema está en que es más difícil estudiar los efectos secundarios de los medicamentos en las mujeres porque hay que tener en cuenta distintas variables: los cambios hormonales, el uso de anticonceptivos, el ciclo menstrual, etc. Esta es la razón por la que millones de mujeres en el mundo están utilizando fármacos sin que se conozcan sus efectos secundarios (Varela, 2005).

Como señala Carme Valls-Llobet (2009), la industria farmacéutica ejerce una gran presión en los profesionales de la medicina, teniendo igualmente mucha influencia en la población a través de los medios de comunicación: la publicidad y los espacios de salud.

Pero si hay algo en lo que interviene y controla especialmente la medicina y la farmacología es el aparato reproductor femenino. La medicina interviene sobre el cuerpo de las mujeres desde la adolescencia, administrándole la píldora anticonceptiva, medicando el embarazo, el parto y la menopausia. Las mujeres ven mermada su capacidad de decisión porque están poco y mal informadas sobre las consecuencias que tienen estas intervenciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) advierte que la sexualidad y la reproducción son aspectos centrales de la salud de las mujeres. Aunque la sexualidad y la reproducción son aspectos de la salud íntimamente relacionados, no necesariamente van unidos. Referirse a la reproducción es mencionar la maternidad. Ésta es una construcción social de un hecho biológico como es la capacidad de las mujeres de parir. Es precisamente sobre sexualidad, reproducción y maternidad sobre lo que versa el trabajo presentado por **Esther Castellanos e Isabel Soriano** bajo el título “Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad”. Reflexionan sobre cómo la maternidad ha servido y sirve para la supervivencia del sistema patriarcal-capitalista. Para ello hacen un repaso bibliográfico de documentos elaborados por distintas autoras desde la rigurosidad científica y el pensamiento crítico feminista. Abogan, entre otras cuestiones, porque las mujeres tengan derecho a decidir sobre su cuerpo, a elegir una sexualidad sin riesgos, a elegir el número de hijos que desean, etc. Pero además es importante la implicación de las parejas como corresponsables del embarazo y del cuidado de la criatura.

Abordar la salud sexual y reproductiva de las mujeres nos lleva necesariamente al debate sobre el aborto. Sobre la interrupción voluntaria del embarazo reflexionan **Neus Sánchez Expósito** en su artículo “El debate del aborto y sus implicaciones en las legislaciones mundiales” y **Alejandra López Gómez y Elina Carril Berro** con su trabajo: “Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres. Resultados de una investigación cualitativa en Uruguay”. La primera autora analiza las diferentes posturas acerca de esta cuestión, posturas que se plantean como irreconciliables. Desde su punto de vista, la legalización del aborto reside en la cuestión de si éste es un derecho

político o un derecho sanitario. Hace un repaso de las diferentes legislaciones del mundo concluyendo que la mayoría apuestan por la prohibición: prevalece la vida del feto/embrión sobre la vida de la madre. Busca la respuesta a por qué la mayoría de las legislaciones son restrictivas. Su argumento reside en el concepto de maternidad para el orden patriarcal y en el control que éste ejerce sobre las mujeres.

El segundo trabajo presenta los resultados de una investigación cualitativa en Uruguay. En este país, el aborto es un delito y las mujeres que lo necesitan se ven obligadas a realizarlo en la clandestinidad, con la inseguridad y las pésimas condiciones que ello conlleva. Las autoras consideran que la penalización total o parcial del aborto no implica la erradicación de su práctica. Las mujeres, cuando se enfrentan a un embarazo no deseado o que no pueden llevar a término, acuden a esta solución. En este estudio dan la palabra a aquellas mujeres que han sufrido esta situación, analizando los efectos psicológicos que puede conllevar el aborto voluntario en situación de ilegalidad.

Carme Valls- Llobet (2009) considera que no es fácil para las mujeres tomar una decisión de este tipo, y cuando recurren a esta práctica lo hacen con pena y dolor. No comprende los argumentos de aquellos (varones) que están en contra de la despenalización, ya que se preocupan más por la vida de un embrión, que por las condiciones de miseria y de pobreza en las que pueden vivir las mujeres que han optado por abortar. Cree que esta postura es una prueba más del control que se ejerce sobre las mujeres, control ejercido por entes jurídicos y mediáticos que culpabilizan a las mujeres.

Esta autora aboga por políticas de prevención de los embarazos no deseados y por poner al alcance de las mujeres todos los recursos necesarios. Alude especialmente a campañas de formación e información dirigidas a la juventud con el objetivo, principalmente, de prevenir los embarazos en adolescentes.

Desde las ciencias sociales, estudiamos la socialización de género y cómo a través de la socialización el orden patriarcal pervive. Mujeres y hombres nos enfrentamos a la vida de forma diferente porque nuestra socialización también es diferente. Y afrontamos y vivimos la sexualidad de acuerdo a lo que hemos aprendido.

Félix López, Noelia Fernández-Rouco, Rodrigo Carcedo, Asia Kilani y M^a Isabel Blázquez, en su trabajo “La evolución de la sexualidad prepuberal y adolescente: diferencias en afectos y conductas entre varones y mujeres”, mantienen la hipótesis de que chicos y chicas tienen conductas sexuales diferentes desde edades tempranas. Estas diferencias se deben tanto a factores biológicos como socioculturales. La sexualidad de las prepúberes es más afectivo-relacional que la de los niños. Éstos tienen más conductas sexuales explícitas y tienen más prisa por tener relaciones sexuales. Ya en la adolescencia, las chicas siguen asociando con más frecuencia que los chicos la sexualidad con la afectividad. Ellas son más conscientes que ellos de los riesgos que conlleva una relación sexual sin prevención. Igualmente, aceptan mejor a las personas de orientación sexual diferente a la heterosexual.

Los autores y las autoras de este artículo consideran que las conductas sexuales de las adolescentes han cambiado con respecto a épocas anteriores. Pero comprobamos que los modelos sentimentales de género siguen perviviendo y que obedecen al modelo patriarcal. Estos modelos sentimentales y eróticos conducen, en muchas ocasiones, a la violencia de género (Altable, 2007).

La violencia de género no se expresa únicamente en las relaciones afectivo-sexuales. ¿Acaso no es una forma de violencia hacia las mujeres el análisis androcéntrico de la salud? Esta perspectiva ha hecho que la mayoría de los problemas que afectan a la salud de las mujeres no se hayan estudiado suficientemente, dando lugar a desigualdades en la salud con graves consecuencias para las mujeres. Uno de los ejemplos más clarificadores son los sesgos cometidos en la investigación de las enfermedades cardiovasculares. La OMS (2009) declara que a escala mundial, las enfermedades cardiovasculares (principalmente los infartos de miocardio, la cardiopatía isquémica y los accidentes vasculares cerebrales), a menudo consideradas un problema masculino, son la principal causa de mortalidad entre las mujeres. La sintomatología que presentan las mujeres en alguna de estas dolencias no responde al modelo descrito en los libros de medicina. La generalización de este estereotipo hace, por un lado, que la mujer no identifique la situación en la que se encuentra y, por otro, que las y los

profesionales sanitarios no reconozcan los síntomas, retrasando el diagnóstico en ocasiones con consecuencias fatales. En esta línea se centra la investigación presentada por **M^a José Cao Torija, M^a José Castro Alija y Magdalena Santo Tomás Pérez**, bajo el título “Enfermedades cardiovasculares: problema de salud en las mujeres”. Las autoras hacen una detallada descripción de los diferentes tipos de enfermedad cardiovascular, de la incidencia de cada uno de estos tipos en hombres y mujeres y los factores de riesgos que influyen en la patología de estas enfermedades y la exposición a la que están sometidas las personas. Consideran que la prevención y el tratamiento adecuado de estas enfermedades en las mujeres están en una formación adecuada de los y las profesionales de la salud, en una investigación de género de la sintomatología, en informar adecuadamente a las mujeres, mejorar la atención hacia las mujeres, etc.

Como afirma Carme Valls- Llobet (2009), el sistema sanitario, con sus protocolos de actuación, manifiesta formas de “microviolencia” hacia las mujeres que favorecen los estereotipos de género. Los sistemas de salud, con frecuencia desatienden las necesidades de las mujeres. Esta es la hipótesis general de la que parten **Charlene Beth Arnold Bichler, M^a Teresa Ruiz Cantero, Jordi Torrubiano Domínguez, Vicente Clemente Gómez y Teresa Blasco Segura** en su investigación “Atención quirúrgica en hombres y mujeres. ¿Diferente o desigual?” Analizan la existencia de sesgos de género en procedimientos quirúrgicos y en las estancias medias postquirúrgicas en el Servicio de cirugía General y Digestiva del Hospital General de Alicante. Los resultados de esta investigación descriptiva coinciden con los datos estadísticos oficiales a nivel nacional: las mujeres experimentan más tiempo de espera en los servicios de urgencias que los hombres, se intervienen quirúrgicamente más hombres que mujeres, las estancias hospitalarias postquirúrgicas son de más tiempo en hombres que en mujeres, etc. El análisis realizado por las autoras y los autores de este trabajo también tiene en consideración otras variables como la edad y otras patologías.

Las “microviolencias” del sistema sanitario son percibidas por las mujeres, aunque no siempre encuentren palabras para expresarlas: no escuchar a la paciente, hacer diagnósticos sin ningún tipo de exploración a la paciente, culpabilizar a la

paciente de sus síntomas, atribuyéndolos a situaciones emocionales, etc. En “La calidad percibida desde la perspectiva de género en un hospital de complejidad asistencial máxima”, **Pilar Arrizabalaga, Guillermina Orduna y Manel Santiñá**, muestran el grado de satisfacción de los y las pacientes después de su estancia en el Hospital Clínico de Barcelona. Como señalan, el grado de satisfacción depende de las expectativas de los y las pacientes. En general, las mujeres tienen una percepción más positiva respecto a la atención hospitalaria. Esta percepción también puede estar influenciada por otras variables como la edad, mayor conocimiento de su patología, menos consumo de sustancias tóxicas, etc.

Ya hemos señalado anteriormente que los síntomas que relatan las mujeres a los y las profesionales de la salud se califican con frecuencia como enfermedades psicosomáticas. Incluso se considera que las mujeres se quejan en exceso. También es sabido que aquellas dolencias que prevalecen más en las mujeres que en los hombres son, prácticamente, desconocidas por la ciencia médica. Este es el caso de la fibromialgia. Así se lo relatan las afectadas por esta enfermedad a **Erica Briones Vozmediano** y que podemos leer bajo el título “Estudio piloto: una aproximación cualitativa a la Fibromialgia desde la perspectiva de género”. La autora hace una exposición de los escasos estudios que se han realizado de esta enfermedad. Casi todos ellos se han realizado desde una perspectiva biologicista, y más recientemente, se ha abordado desde la psicología. Son pocas las investigaciones que aborden el fenómeno desde una perspectiva multidisciplinar. Prácticamente todas las aproximaciones a esta enfermedad se han hecho de forma cuantitativa y se necesitan explicaciones cualitativas para comprender esta patología. Y es precisamente la comprensión de este fenómeno lo que se propone Erica Briones. Intenta mostrar las consecuencias de esta enfermedad en la calidad de vida de estas mujeres, cómo repercute en su vida diaria, cuáles son los sentimientos, las frustraciones, las emociones. Buscan el origen de la enfermedad y desean que la ciencia encuentre pronto la solución al problema.

No sólo se ignoran las dolencias que más prevalecen en las mujeres, sino que, incluso, se las estigmatiza más que a los hombres cuando padecen algunas infecciosas.

Así, por ejemplo, las mujeres son más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual, cuyo exponente es el SIDA. Esta vulnerabilidad puede explicarse por distintos grupos de factores entre los que se encuentran los determinantes biológicos. El VIH también puede contraerse por la drogadicción por vía intravenosa. Algunas mujeres están doblemente expuestas al virus: por relación sexual y por consumo de tóxicos.

En general, se suele afirmar que las mujeres se benefician y logran más apoyo social que los hombres. Pero en el caso de las enfermas de SIDA esta relación se invierte: el miedo, el estigma y el aislamiento les impide aprovechar posibles apoyos (Gordillo, 2003).

“Efecto de la estigmatización del VIH/SIDA en usuarios de drogas intravenosas en el acceso a los servicios sanitarios según género” es el resultado de un estudio cualitativo realizado a personal sanitario que trabaja con personas infectadas por el virus. **Elizabeth Mora, Yina Lizeth García, Manuela García y M^a Carmen Davó** verifican la hipótesis que indica la estigmatización de las personas que sufren VIH/SIDA. Esta enfermedad sigue provocando temor y se condena a los enfermos y a las enfermas. Efectivamente comprueban que hay diferencia de trato por parte de los y las profesionales. Cuando no existe especialización médica, la atención es esporádica y el temor al contagio es mayor. La condena social hacia el enfermo y la enferma de SIDA incide negativamente en el mantenimiento y continuidad de los tratamientos. A pesar de que las mujeres drogodependientes e infectadas por el virus están más estigmatizadas, en este centro valenciano adquieren un mayor compromiso que los hombres para su recuperación. Proponerse cuidar de los suyos es un aliciente para seguir la terapia. Esta motivación también está determinada por otras variables sociodemográficas y psicológicas. Es frecuente que la sintomatología depresiva esté asociada a los síntomas del VIH, aunque no se haya diagnosticado.

La OMS (2009) informa que las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y la ansiedad. Es una causa importante de discapacidad en las mujeres de todas las edades. Algunos de los factores que influyen en la frecuencia de esta enfermedad en las mujeres son su baja condición socioeconómica, la carga de trabajo

que sobrellevan y la violencia de que son objeto. Se calcula que los trastornos mentales, entre otros la depresión, afectan aproximadamente a un 13% de las mujeres en el año siguiente al parto. El suicidio es la séptima causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años.

M^a Mercedes Lafaurie Villamil reflexiona, desde la perspectiva feminista, sobre esta patología de la salud mental. Su análisis queda recogido bajo el título “Las mujeres y la depresión: una reflexión crítica”. La autora relata las causas que pueden provocar este malestar en las mujeres: pérdida del sentido de vida, conflicto afectivo, los efectos de la doble jornada laboral y doméstica, bajo control sobre el trabajo asalariado, bajo control sobre el trabajo doméstico, cuidado de parientes enfermos, etc. Sin embargo, los síntomas depresivos en la mujer, tradicionalmente, se han asociado a su funcionamiento hormonal: síndrome pre-menstrual, síndrome post-parto y síndrome menopáusico. Es aconsejable utilizar otros paradigmas de análisis diferentes al biológico para comprender el malestar de las mujeres. Porque este malestar emocional se medicaliza de manera errónea porque no se conocen todas las causas que lo provocan. Reducir el problema a desequilibrios fisiológicos ha llevado también, durante décadas, a la extirpación de los órganos reproductivos femeninos. Esta práctica tiene dudosa base científica (Varela, 2005).

Los errores médicos que han padecido las mujeres aconsejan estudiar las patologías desde las perspectivas de las mujeres y de los hombres, para llegar a un diagnóstico diferencial de las enfermedades. La Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, marca las directrices para integrar el principio de igualdad de oportunidades tanto en las políticas de educación como en las políticas de salud. En el caso de las Administraciones educativas, se tendrán que desarrollar acciones que incorporen el principio de igualdad, tanto en los cursos como en los programas de formación del profesorado, como enseñanzas en materia de igualdad entre mujeres y hombres. En el ámbito sanitario contempla la necesidad de integrar el principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

M^a Luisa Panisello, Inma Pastor, M^a Luisa Mateu y M^a Amaia Lasaga, exponen en “Presencia del sexo/género en el currículo de los estudios de enfermería” los resultados de un estudio realizado en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona) sobre la presencia de la perspectiva de género en la formación del alumnado de enfermería. Describen las áreas en las que sería necesaria una formación específica de género, considerando que históricamente las mujeres han estado excluidas de la práctica médica y que el androcentrismo preside las ciencias de la salud. La hipótesis general de este trabajo es que el conocimiento que tenemos actualmente sobre las diferencias y las desigualdades por razón de sexo/Género en relación con el proceso salud-enfermedad no está presente en la formación actual de los diplomados y las diplomadas en enfermería. Utilizando una metodología cualitativa, analizaron los programas de las diferentes asignaturas que se imparten en el centro de enseñanza en todos los cursos, además de entrevistar al alumnado de tercer curso. Estiman que este es un buen momento para que el conocimiento de la salud tenga en consideración a hombres y mujeres: el próximo curso académico todas las universidades incorporarán los nuevos planes de estudios y es importante reflexionar sobre el tipo de formación que se desea para los nuevos profesionales de la salud.

Desde América Latina también se medita sobre el papel de las mujeres en el área de la salud. Por un lado, “Género y Juventud. Primeras médicas argentinas que honraron el género desde su juventud: actuales implicancias” de **Larisa Ivón Crrera y Alberto Enrique D’Ottavio,** narran la vida de las pioneras médicas argentinas. Estas mujeres, en contra del orden establecido, se propusieron ingresar en las Facultades de Medicina, en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, reivindicando el derecho al conocimiento. Con su presencia en la academia se cuestionaba un orden patriarcal que excluía a la mitad de la humanidad del conocimiento. Pero también se utilizó esta tarima para luchar por los derechos de la mujer y a favor del sufragio femenino. Aunque el tiempo ha pasado y las mujeres tienen permitido el acceso a las enseñanzas universitarias, todavía persisten las desigualdades de género dentro de las distintas ramas de la Medicina y de la gestión institucional.

Por otro lado, desde México, recibimos “De cómo occidente diluyó los conocimientos en salud de las mujeres. Repercusiones en el caso de México” de **Georgina Sánchez-Ramírez**. Esta investigadora analiza la bibliografía especializada con el objetivo de verificar cómo los saberes y los conocimientos que han poseído las mujeres a lo largo de la historia sobre su propio cuerpo, se han ocultado, ridiculizado y devaluado por la cultura androcéntrica occidental. Ésta ha sido una práctica cotidiana en todas las ramas del conocimiento. Algunas pioneras, a pesar de las dificultades, han tenido acceso al saber. Pero el control masculino ha invisibilizado sus aportaciones, en muchas ocasiones apropiándose de ellas. Escapar de este control supuso a muchas mujeres la exclusión social y a otras la muerte. Fueron muchas a las que se acusaron de brujas, curanderas, charlatanas...

Carme Valls-Llobet (2009: 52-53) dice *con los estudios de la diferencia entre mujeres y hombres en sus albores, existe la tendencia a nombrar a la mujer con atributos que no tenga el hombre. (...) Esta visión impregna los ensayos de biología, las visiones del cuerpo y de las funciones del organismo desde la ciencia. El varón como norma; la mujer como excepción. El varón como tipo; la mujer y lo que le ocurre como atípico*. En definitiva, desde el conocimiento y la ciencia se considera a *las mujeres como no-hombres*. **José Luis Sánchez Tierra** nos presenta “Feminismo y Discapacidad”, haciendo un repaso de las diferentes escuelas filosóficas y la consideración que éstas tenían de la discapacidad y paralelamente de las mujeres. Se ha asociado la discapacidad con lo defectuoso, lo imperfecto, lo incompleto. El modelo tradicional de análisis de la discapacidad, el modelo médico, concibe la discapacidad como un defecto, un problema individual, causado por una enfermedad, un trauma de salud. Este modelo tiene por objetivo la cura, la prevención o la adaptación de la persona. El cuidado y la rehabilitación médica se ven como los aspectos principales y, a nivel político, la principal respuesta es la de reformar las políticas de salud.

En el orden patriarcal, las mujeres han sufrido las mismas descalificaciones que los discapacitados, ambos han estado condenados al silencio. Las mujeres consideradas

como seres incompletos, de naturaleza inferior, sometida a la tutela del varón, igual que los discapacitados, no se han considerado libres, iguales e independientes.

El feminismo denuncia el trato injusto que han sufrido las mujeres y los discapacitados. Una de las causas de esta injusticia ha sido la “devaluación de los cuerpos”. Las mujeres consideradas como deficientes, disminuidas, en cuanto a fuerza física, mental o salud. Para el feminismo la fuente de la discriminación está en la sociedad. Es la sociedad la que no admite lo “atípico”. Las diferencias biológicas entre hombres, mujeres y discapacitados son innegables, pero no deben traducirse en desigualdades. Por esta razón, el feminismo hace suyo el modelo social de discapacidad, como modelo de integración. La inclusión o exclusión de todas las personas en la sociedad es un problema de actitudes e ideológico. Es necesario un cambio social, lo que a nivel político se convierte en un problema de derechos humanos.

También es un problema ideológico el debate presente en nuestra sociedad sobre la salud mental de los hijos y de las hijas de familias homoparentales. Así lo refleja **Blanca L. Doménech Delgado** en su aportación “Homoparentalidad y acceso a la subjetivación y salud mental de los hijos: reflexiones desde el psicoanálisis”. Reflexiona sobre los conceptos de padre, madre, función paterna, función materna, familia. Critica la ideología patriarcal que eleva a universal el modelo de familia heterosexual y la homofobia existente en la sociedad. Las funciones paternas y maternas, desde el punto de vista del psicoanálisis, pueden ser ejercidas por varones o por mujeres. Las diferencias anatómicas de los padres o de las madres no son garantía de salud para los hijos y para las hijas.

Los trabajos que presentamos son una contribución más a desvelar las desigualdades de género en la sociedad. Las mujeres y los hombres se relacionan y perciben de forma diferente la salud y la enfermedad. Estas diferencias se convierten en desigualdades cuando son injustas y evitables. Consideramos que es necesario integrar el enfoque de género en la salud pública. En 1986 en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa se definieron las estrategias de promoción de la salud: desarrollar políticas de salud, crear entornos

saludables, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios sanitarios. Desde entonces se han celebrado sucesivas conferencias en las que de forma explícita se contempla la necesidad de promocionar la salud de las mujeres.

La OMS (2009) propone la elaboración de una agenda en pro de la salud de las mujeres. Reconoce que se necesitan cambios y nuevas políticas en el sector de la salud y fuera de él. Ello comporta la participación activa y plena de las mujeres y sus organizaciones, fortalecer los sistemas de salud para que satisfagan las necesidades de salud de las mujeres por lo que se refiere al acceso, su carácter integral y su capacidad de reacción, reducir la pobreza, aumentar el acceso a la educación, contribuir a una mayor participación de las mujeres en las actividades económicas, obtener mayor conocimiento acerca de las mujeres y su salud... “Mejorar la salud de las mujeres es mejorar el mundo”.

BIBLIOGRAFÍA

- Altable Vicario, Ch. (2007): “¿Qué supone la coeducación sentimental”. En XIV y XV Jornadas culturales. Asociación feminista FLORA TRISTÁN. *Control Social de las Mujeres. Sentimientos. Salud*. Pp. 53-71.
- Blanco García, A.I. y Marcos Santiago, R. (2006): “Mujer y Feminismo”. En A. Lucas Marín (coord.): *Estructura social. La realidad de las sociedades avanzadas*. Madrid: Prentice Hall, pp. 177-201.
- Gordillo, M.V. (2003): “Mujer y SIDA”. En M.P. Sánchez López (dir.): *Mujer y Salud. Familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos, pp. 127-139.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005): *Informe Salud y Género*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006): *Informe Salud y Género. Las edades centrales de la vida*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009): *Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias*.
- Organización Mundial de la Salud (2009): *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy. La agenda de mañana*.
- Valls-Lobet, C. (2009): *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Varela, J. (2005): *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B S.A.