



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

ARTÍCULO

Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres

Health Policies and equality between Women and Men

Polítiques sanitàries i igualtat entre dones i homes

TASIA SÁNCHEZ *

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: www.bioeticayderecho.ub.edu/master. En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

* Tasia Sánchez. Investigadora postdoctoral, Departamento de Filosofía del Derecho, Universidad de Granada. E-mail: tasia@ugr.es.

Resumen

El *mainstreaming* es una estrategia institucional de la Organización Mundial de la Salud. Dicha estrategia tiene la finalidad de implementar la perspectiva de género en las políticas públicas de los Estados. La Declaración de Madrid (2001) constituye un documento clave en relación con el *mainstreaming* en las políticas sanitarias. Manifiesta el paso de una concepción de la salud como ausencia de enfermedad a una que contempla los condicionantes sociales. Algunos de los condicionantes sociales que afectan a la salud de las mujeres son la división sexual del trabajo, los ideales de belleza, la economía de mercado y la contaminación ambiental. El objetivo del presente artículo es enfatizar la necesidad de que las políticas sanitarias, en consonancia con el *mainstreaming*, traten de remover aquellos factores sociales (como las violencias de género) que inciden sobre la salud de las mujeres y que, por tanto, han de considerarse asuntos de salud pública.

Palabras clave: *mainstreaming*; políticas sanitarias; género; mujeres; igualdad; cuidados; medicalización; transversalidad.

Abstract

Mainstreaming is an institutional strategy of the World Health Organization. This strategy has the purpose of implementing the gender perspective in the public policies of the States. The Madrid Declaration is a key document in relation to mainstreaming in health policies. Mainstreaming in health express the evolution from a conception of health as absence of disease to one that contemplates the social determinants. Some of the social determinants that affect women's health are the sexual division of work, the ideals of beauty, gender violence, market economy and environmental pollution. The objective of this article is to emphasize the need for health policies (in order to apply mainstreaming) to try to remove those social factors (such as gender violence) that affect women's health and, therefore, should be considered public health issues.

Keywords: mainstreaming; health policies; gender; women; equality; care; medicalization; transversality.

Resum

El *mainstreaming* és una estratègia institucional de l'Organització Mundial de la Salut que té la finalitat d'implementar la perspectiva de gènere en les polítiques públiques dels Estats. La Declaració de Madrid (2001) constitueix un document clau en relació amb el *mainstreaming* en les polítiques sanitàries que palesa el pas d'una concepció de la salut com a absència de malaltia a una que té en compte els condicionants socials. Alguns dels condicionants socials que afecten la salut de les dones són la divisió sexual del treball, els ideals de bellesa, l'economia de mercat i la contaminació ambiental. L'objectiu del present article és emfatitzar la necessitat que les polítiques sanitàries, d'acord amb el *mainstreaming*, tractin de remoure aquells factors socials (com les violències de gènere) que incideixen sobre la salut de les dones i que, per tant, han de considerarse com un afer de salut pública.

Paraules clau: *mainstreaming*; polítiques sanitàries; gènere; dones; igualtat; cures; medicalització; transversalitat.

1. El *mainstreaming* de género en las políticas sanitarias

1.1. El concepto del *mainstreaming* de género

El *mainstreaming* de género es una estrategia de aplicación de las políticas de igualdad entre mujeres y hombres. Dicha estrategia, que ha sido impulsada por la ONU y posteriormente por la Unión Europea¹, ha sido implementada en España con el nombre de “transversalidad”, aunque la jurista María Ángeles Barrère² considera que la traducción se queda corta porque la palabra original significa “corriente principal”, lo cual enfatiza el hecho de que el sistema sexo-género atraviesa los distintos sistemas de discriminación (las mujeres son discriminadas por razón de sexo sea cual sea su procedencia o clase social). El *Mainstreaming* implica que la igualdad ha de informar todas las políticas (educación, transporte, salud, etc.), dado que una medida puede afectar a mujeres y hombres de distinta manera, produciendo discriminación. La transversalidad no significa, como advierte Emmanuela Lombardo³, que se deban eliminar las instituciones y programas dedicados específicamente a la promoción de la igualdad. Expertos del Consejo de Europa han señalado⁴ que el *mainstreaming* y las políticas específicas de igualdad forman una estrategia doble y ambos son necesarios para el logro de la igualdad.

El *mainstreaming* significa, en suma, que las políticas de género deben ser una prioridad en la agenda política dominante y en las políticas generales. En el derecho español, este concepto ha sido recogido en la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 15, titulado “Transversalidad del principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres” que indica: “El principio de igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres informará, con carácter transversal, la actuación de todos los poderes públicos”. Este principio ha sido recogido también en el derecho autonómico e informa numerosas políticas públicas⁵.

1.2. El *mainstreaming* de género en el derecho europeo

El *mainstreaming* se ha incorporado a las políticas sanitarias europeas. En esta materia un documento muy importante es la Declaración de Madrid de 2001⁶ de la sección europea de la Organización Mundial de la Salud. La Declaración fue elaborada por participantes de 28 países europeos. En dicha Declaración se acuerdan los principios orientadores de la aplicación del *mainstreaming* a las políticas sanitarias de los Estados Europeos de la OMS. Añade la Declaración que, aunque muchos Estados de la OMS han aprobado acuerdos internacionales que recogen el

género como determinante de la salud, muy pocos han trasladado ese compromiso internacional a políticas nacionales concretas.

La Declaración expresa que las mujeres y hombres tienen derecho a vivir sin discriminación y que la atención sanitaria puede constituir un factor discriminatorio. Para conseguir los mejores niveles de salud es necesario que las políticas sanitarias contemplen las diferencias biológicas y los roles de género, pues estos tienen repercusiones sobre las necesidades, los obstáculos y las oportunidades de las mujeres. Asimismo indica que se debe fomentar la investigación sanitaria sobre temas de género y que habrá de incluirse la perspectiva de género como uno de los criterios para la financiación de cualquier investigación relevante.

Como indica la Declaración, la eficacia del *mainstreaming* requiere la participación en las políticas sanitarias de todos los sectores relacionados con el sistema de salud, incluidas las ONG y asociaciones de la sociedad civil. En la elaboración e implementación de las políticas deberán participar mujeres y hombres en condiciones de igualdad, y habrá de incorporarse personal técnico formado en género. Todos los programas y políticas de la salud deberán señalar expresamente que se han elaborado con perspectiva de género y dicha perspectiva debe percibirse con claridad en los contenidos.

2. La transformación feminista de la concepción de la salud

En 1946 la OMS modificó su definición de la salud, pasando de una visión biologicista que entiende la salud como ausencia de enfermedad, a una visión que integra los aspectos socioculturales que posibilitan la calidad de vida. Como señala Vicente Navarro, “salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad”⁷. Miguel Llorente⁸ indica que esto supone trascender la dimensión individual y física de la salud, de modo que cobran sentido todo tipo de políticas sociales encaminadas a mejorar la salud. Ya no son solo los individuos, sino que es la propia sociedad la que tiene una serie de características que pueden ser modificadas para mejorar el nivel de salud de la población.

Esta nueva concepción de la salud fue imponiéndose en la agenda internacional durante los años sesenta, setenta y ochenta como correlato de la asunción de la perspectiva de género. Carmen Mozo⁹ señala que en los años setenta el movimiento feminista visibilizó, mediante la noción de género, al sexo que había sido excluido y esta operación se realizó también en el análisis del androcentrismo en la ciencia. Sin embargo, como explica Carme Valls¹⁰, en el ámbito de la medicina, hasta los ochenta dominaba un enfoque que sostenía que las mujeres y los hombres son básicamente

iguales en lo biológico y que las discriminaciones sanitarias encuentran su causa en la sociedad. En los noventa la menstruación y la menopausia se perciben como problemas de salud que hay que resolver mediante tratamiento hormonal. Esto da lugar, como reacción, al interés por las diferencias biológicas, sociales y psicológicas entre mujeres y hombres. En España, la red de mujeres profesionales de salud del CAPS¹¹ (Centro de Análisis y Programas Sanitarios) representa el cambio de paradigma hacia uno que rechaza el patrón masculino como definitorio de la salud. Asimismo, como indica Isabel Ruiz Pérez¹², en los años noventa aumentó el interés por las necesidades de salud de las mujeres más allá de la salud reproductiva y se denuncia el desconocimiento científico acerca de las enfermedades de alta prevalencia femenina. La última década del siglo veinte llevó consigo un fuerte cuestionamiento de la investigación y las pruebas de medicamentos, por la ausencia de participación femenina en dichos estudios que luego se extrapolaban a las mujeres. Carmen Mozo coincide con Valls y Ruiz Perez, situando en la década de los noventa el verdadero desarrollo de la perspectiva de género en la medicina en España, con la reivindicación de que las mujeres aparezcan como sujeto en las investigaciones y protocolos, que se estudien sus enfermedades específicas y las diferencias en la sintomatología de las enfermedades.

En el panorama internacional, para la difusión de esta nueva perspectiva sanitaria, fue muy relevante la campaña que desarrolló la OMS en 1977, titulada “Salud para todos en el año 2000”¹³. Sin duda esta visión de la salud permitió el creciente interés por los efectos de los problemas medioambientales sobre la salud pública, así como que en 1998 la OMS reconociese que la violencia en general, y la violencia de género en particular, constituye un problema de salud pública¹⁴. En 1999, una Recomendación General del Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer (ONU) sobre Mujeres y Salud¹⁵ señala que debe prestarse especial atención a la salud de mujeres de grupos vulnerables como niñas, ancianas y mujeres con discapacidad; destaca la desigual relación de hombres y mujeres en el hogar y el trabajo y enfatiza los riesgos que corre desproporcionadamente la salud mental de las mujeres por efecto de la discriminación de género.

La nueva definición de la salud incorpora la variable de género y otras variables sociales como la calidad de los servicios sanitarios. Para la salud son relevantes tanto las diferencias de género como las diferencias de sexo, es decir, tanto las sociales como las fisiológicas. La salud femenina se extiende a cuestiones como las violencias de género, la invisibilidad del rol de cuidadoras, la desigualdad de salarios y recursos que padecen las mujeres, la desigualdad de oportunidades laborales y económicas, las triples jornadas, la falta de descanso, la falta de corresponsabilidad, los ideales estéticos o la violencia laboral. La concepción psicosocial de la salud conecta plenamente, como indica Begoña López-Dóriga¹⁶, con la estrategia europea de *mainstreaming* de género en las políticas públicas. La lucha contra las desigualdades en el acceso

a la salud y en la atención sanitaria se afronta mucho mejor desde este paradigma de la salud. En el derecho español la perspectiva de género se ha integrado expresamente en la salud a través de la Ley para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (Ley orgánica 3/2007) establece la obligación de integrar el principio de igualdad en investigaciones y programas de salud: “Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias”¹⁷.

La concepción social de la salud, adoptada por la OMS, reza como sigue: “La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁸. Desde este nuevo enfoque, la salud alude a la calidad de vida y está integrada por varias dimensiones que abarcan la salud física (el dolor, la movilidad, calidad de sueño, capacidad de cuidar el propio cuerpo, de asearse, alimentarse), la salud social (capacidad de relacionarse, de comunicarse, de poder tener relaciones sexuales, de implicarse activamente en actividades sociales y de ocio), la salud psicológica (estados de ansiedad, depresión y aceptación de la enfermedad) y la salud laboral (posibilidad de realizar un trabajo remunerado y acabar las ocupaciones domésticas que decidas realizar).

3. Condicionantes sociales de la salud femenina

A pesar de que la esperanza de vida de las mujeres es más alta que la de los hombres, las mujeres presentan una incidencia más alta de enfermedad y discapacidades que los hombres, especialmente porque acumulan más enfermedades crónicas¹⁹. En prácticamente todas las enfermedades crónicas hay una mayor tasa de mujeres enfermas que de hombres²⁰, y eso se refleja lógicamente en la peor autopercepción femenina del estado de salud. Algunas de las enfermedades en las que la prevalencia femenina es mayor son el colesterol, hipertensión, varices, depresiones, trastornos cardíacos, mala circulación, molestias de espalda, migrañas, diabetes, artrosis y alergias.

Resulta llamativo en las estadísticas sanitarias²¹ que las mujeres tengan mayores tasas de enfermedad y que sus enfermedades parezcan estar asociadas al desgaste que produce el exceso de trabajo, a la tristeza y la domesticidad. En los hombres los problemas de salud se asocian en mayor medida a la realización de conductas de riesgo y al trabajo fuera de casa (accidentes de tráfico, deportivos, accidentes laborales, enfermedades agravadas por el consumo de alcohol o tabaco). Esta comparativa nos permite sospechar que los factores sociales inciden mucho sobre la

salud de las personas. Carmen Valls Llobet señala que hay múltiples aspectos sociales que afectan a la salud de las mujeres como “la influencia de la pobreza, clase social, demandas de trabajo, medio ambiente, exposición a sustancias contaminantes y de la distribución gubernamental de los servicios sociales”²². A continuación presentamos algunos de estos condicionantes, sin pretensión de establecer una lista cerrada:

3.1. La división sexual del trabajo

Se considera que una de las causas de la mayor incidencia de la enfermedad en las mujeres tiene origen en la división sexual del trabajo, que produce una sobrecarga a través de la doble o triple jornada²³. Por consiguiente, la salud de las mujeres parece cargar sobre sí las consecuencias de un orden socioeconómico que posibilita la existencia de personas pobres y en la que la clase sexual representa uno de los sistemas clave de estratificación de dicha pobreza. La desigual distribución de las cargas familiares de cuidado sitúa en el primer plano la especial importancia para la salud femenina de las políticas sociales y las condiciones laborales.

María del Mar García²⁴ señala el impacto sobre la salud que tiene la realización de tareas de cuidados de parientes (menores, personas dependientes o ancianas). Expone un estudio realizado por investigadoras de la Escuela Andaluza de Salud Pública²⁵ que pone de manifiesto que las tareas de cuidado tienen un impacto sobre la salud (tanto física como psicológica) de las mujeres, dando lugar a enfermedades crónicas y alteraciones del ánimo²⁶. El trabajo de cuidados es casi siempre realizado por mujeres y como explica María Ángeles Durán²⁷, se realiza puertas adentro, se considera un asunto de familia, una actividad que no tiene precio porque no se remunera y se minusvalora socialmente. Esta discriminación a las mujeres que genera la división sexual del trabajo de cuidados no está siendo paliada por el Estado. Según los datos del Libro Blanco de la Dependencia²⁸ el 83% de las personas cuidadoras no reciben ayuda del Estado para desarrollar dichas tareas. La perspectiva reduccionista de la salud como enfermedad conduce a etiquetar a los malestares de las cuidadoras como “síndrome del cuidador” (nótese como se oculta tras el masculino el sexo mayoritario de las afectadas) y se trata con fármacos aquel mal que es producido por la sobrecarga y las desigualdades sociales que hacen diana en la vida de la cuidadora. Esta misma situación se produce en relación con las tareas domésticas. Un estudio andaluz de 2003²⁹ concluye que indica que a la pregunta, ¿quién hace las tareas domésticas?, la respuesta de las mujeres: “yo sola” es más de siete veces superior a la de “yo solo” de los hombres.

Enrique Martín y José Luis Moreno³⁰ desarrollaron en 2005 un estudio sociológico sobre alimentación en la Universidad de Sevilla que arroja conclusiones de interés. Una de ellas es, como

advierte Josefa Ruiz Fernández³¹, que se sigue considerando popularmente que una buena madre es la que dedica mucho tiempo a cocinar para su familia. Hoy en día se valora en las mujeres el desarrollo de una vida profesional exitosa, pero no ha desaparecido la presión para ser una madre sacrificada y mantener un hogar limpio. Es frecuente, según Ruiz Fernández, que el ocio de la mujer solo esté legitimado cuando es útil, es decir, cuando se utiliza para formación. Según la psicóloga Ana Távora³² esta presión existente en los roles tradicionales de género choca con los deseos femeninos de desarrollar un proyecto de vida autónomo. Ambos elementos contradictorios presentes en la individualización de identidad pueden dar lugar a enfermedades mentales como la depresión.

3.2. Los ideales de belleza

La belleza corporal es uno de los tópicos sobre los que se construye la identidad social femenina. La anorexia y la bulimia, según Carmen Mozo³³, expresan la fuerza de la presión de la belleza. No es que las mujeres deseen adaptarse a los modelos estéticos hegemónicos por falta de juicio crítico o por facilidad para dejarse manipular por la propaganda, sino que la adecuación es determinante para la construcción de la identidad social. En gran medida se las valora por su apariencia física y el cuidado corporal se orienta a remarcar la estética “femenina” y a mantener la delgadez y tersura corporal. A ello se añaden las exigencias sociales de proyecto profesional, dinamismo, pareja y maternidad. La belleza se convierte en la fuente de éxito social por excelencia y muchas de sus exigencias se camuflan tras la idea de salud, lo cual supone medicalizar la desigualdad social.

Las estadísticas de obesidad³⁴ ponen de manifiesto que está más extendida entre las clases bajas y medias que entre las clases acomodadas. A menor clase social más gordura e, inversamente, a mayor clase social más delgadez. Es un lógico correlato de la sobrecarga femenina de trabajo el hecho de que las mujeres que expresan no tener tiempo para hacer ejercicio sean más frecuentes que los hombres, y si miramos las personas que hacen actividad regular o entrenamiento varias veces por semana, los hombres duplican a las mujeres³⁵. Consideramos que pueden extraerse conclusiones interesantes de estos datos: expresan que las mujeres de todas las clases sociales tienen una marcada preocupación por la delgadez, pero que los estratos más elevados de la población pueden realizar esta meta en mayor medida. Posiblemente el traspaso de las tareas domésticas hacia las mujeres con menos recursos explique la mayor delgadez de las acomodadas. Aunque evitar la obesidad sea, sin duda, positivo para la salud, no cabe duda de que la presión hacia la delgadez y la belleza va mucho más allá de lo saludable. Este exceso de valoración social de la belleza femenina se ve acompañado por un exceso de tiempo y de atención

necesarios para su mantenimiento. El rol de la belleza en la perpetuación de la desigualdad entre mujeres y hombres no debe pasar desapercibido, pues las mujeres ascienden socialmente a través de la belleza y la juventud, mientras el techo de cristal desincentiva la inversión del tiempo en tareas más estimulantes.

3.3. Las violencias de género

Todas las formas de violencia de género tienen enormes consecuencias sobre la salud de las mujeres y, por consiguiente, han de ser consideradas un problema de salud pública. Las violencias contra las mujeres están definidas en el artículo 3 del “Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica”. Constituyen violencia contra las mujeres “todos los actos de violencia basados en el género”³⁶ que implican “daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica”. Hemos de hacer mención, entre la multiplicidad de violencias, a las que se producen en el ámbito del trabajo, que están conceptualizadas en la ley 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres: el acoso sexual y el acoso por razón de sexo, refiriéndose el primero a los comportamientos degradantes de naturaleza sexual y el segundo a cualquier tipo de comportamiento destinado a menoscabar la dignidad de una mujer en función de su sexo.

Entre las violencias contra las mujeres se incluye la violencia doméstica, que de acuerdo con el citado convenio es aquella que se produce “en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales” con independencia de que hayan convivido o no. Miguel Llorente³⁷ expone que muchas enfermedades de la morbilidad diferencial de las mujeres están relacionadas con la exposición a la violencia en la pareja. Hace tiempo que se reconocen los daños físicos agudos tras una agresión, y también se admite que existe un daño psíquico tras esta, así como un daño psíquico crónico derivado de la exposición prolongada a la violencia. Ahora están identificándose una serie de alteraciones físicas crónicas: respiratorias, cardiovasculares, osteoarticulares y endocrinas que pueden ser producidas por el estrés crónico y por las agresiones repetidas. La violencia, por tanto, parece ser un factor agravante de las enfermedades de alta prevalencia femenina.

Más allá de la violencia de alta intensidad en la pareja, la asimetría inherente a las relaciones entre mujeres y hombres en una sociedad patriarcal parece estar detrás del incremento de contagio heterosexual de VIH a mujeres. Así, Sara Velasco³⁸ destaca que en estos contagios hay componentes como la entrega incondicional de las mujeres, la autovalidación de las mujeres a través de sus relaciones románticas, la dificultad a poner límites por temor a reacciones de disgusto y, en definitiva, la dificultad para negociar relaciones sexuales en las que se utilicen

medidas de protección. Los hombres son la otra cara de estos roles mediante la negativa al uso del preservativo, que representa su dominio en una relación de poder, el sexo como posesión y la expresión de una sexualidad boyante, urgente e incontenible que refuerza su hombría. Añadimos que esta situación que denuncia Velasco está presente también en el contagio del virus del papiloma humano. En esta enfermedad se produce un fenómeno de doble moral: son los hombres los que suelen resistirse a usar preservativo, pero son las mujeres las estigmatizadas socialmente por el contagio y las que, al ser diagnosticadas (ellos son difíciles de diagnosticar), inhiben su actividad sexual y padecen sentimientos de vergüenza y de temor al cáncer, teniendo que someterse a revisiones ginecológicas periódicas en las que se exponen a reproches por su “mal comportamiento sexual”. Margarita López Carrillo³⁹ explica que el virus del papiloma (HPV) es muy fácil de adquirir y nuestro sistema inmunitario lo suele eliminar. En el 10% de los casos en los que no remite espontáneamente evoluciona hacia un cáncer a un ritmo de veinte años de promedio, lo que implica que puede controlarse por medio de una citología, e intervenir de modo sencillo si entra en fase de lesión precancerosa.

3.4. La economía de mercado

La economía de mercado da lugar a la medicalización de la salud, que es la transformación de la atención sanitaria en una industria. Las industrias se lucran cuando pueden colmar necesidades a cambio de un precio. La investigación de la salud se ve afectada por el fenómeno de la medicalización. Margarita López Carrillo⁴⁰ denuncia el hecho de que la investigación sanitaria se reduzca, casi exclusivamente, a la investigación farmacológica. La biología femenina se percibe como problemática, y esto da lugar a que se transforme cualquier proceso corporal femenino en un potencial problema de salud: el embarazo, la menstruación, la menopausia, el parto e incluso el envejecimiento se tratan de forma análoga a la enfermedad, mediante medicamentos.

Un ejemplo de medicalización es la terapia hormonal sustitutiva para la menopausia, destinada a mantener la menstruación. En 2003 un macro estudio independiente (Women's Health Initiative⁴¹) puso de manifiesto que la terapia hormonal sustitutiva no protegía el corazón ni prevenía la osteoporosis y que, además, incrementaba el riesgo de padecer cáncer. A partir de este momento se produjo una reducción drástica de su prescripción. López Carrillo alerta sobre la avaricia del laboratorio farmacéutico, que a pesar de estos precedentes, intentó relanzarla. Otro ejemplo de medicalización son los intentos de la industria por mantener el consumo de anticonceptivos hormonales, a pesar de que hay evidencias de que pueden provocar problemas cardiovasculares y cáncer. Valls⁴² denuncia que incluso se ha intentado promover una píldora que

inhibe totalmente la menstruación. Se ha difundido el discurso de que la menstruación no sirve para nada. López Carrillo sentencia: “la paradoja de estas dos intervenciones es que mientras tenemos la regla nos la quieren eliminar y cuando ya no la tenemos, nos la provocan con la terapia hormonal sustitutiva”⁴³.

3.5. La contaminación ambiental

Carmen Valls-Llobet⁴⁴ advierte que los daños medioambientales de las sociedades industrializadas tienen un especial efecto sobre las mujeres. Esta afirmación, que podría parecer tendenciosa, responde como explica la endocrinóloga a razones fisiológicas, dado que numerosos productos químicos (especialmente pesticidas y plaguicidas) son disruptores endocrinos que alteran la salud endocrina de las mujeres, lo que explicaría el rápido aumento de la prevalencia de ciertas enfermedades (como la endometriosis). Valls Llobet⁴⁵ señala que la industria debería limitar al menos el uso de las sustancias químicas más peligrosas.

4. Conclusión

La exposición de estos condicionantes pone de manifiesto que la morbilidad diferencial está relacionada con la biología de las mujeres y también con factores sociales como son las violencias de género, las condiciones de trabajo, el estrés y la doble jornada. Esto justifica plenamente la aplicación a la salud del *mainstreaming* de género en la línea propuesta por la Declaración de Madrid y en desarrollo del mandato dirigido a los poderes públicos por la ley de igualdad. Las políticas sanitarias han de contemplar las diferencias en el modo de enfermar y los aspectos sociales que inciden sobre la salud de las mujeres, haciéndolos parte prioritaria de su agenda y otorgándoles el estatus de problemas de salud pública. Consideramos que las desigualdades sanitarias pueden confrontarse mejor desde un enfoque social de las políticas sanitarias que desde un enfoque centrado únicamente en la enfermedad del individuo.

Fecha de recepción: 27 de noviembre 2017

Fecha de aceptación: 24 de abril 2018

¹ Plataforma para la acción de la cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer. Naciones Unidas. Beijing. 1995. Punto cuatro: Los gobiernos y otros actores promocionarán una política activa y visible del *mainstreaming* de género, en todas las políticas y programas, para que, antes de que se tomen las decisiones, se realice un análisis de los efectos producidos en mujeres y hombres, respectivamente.

² BARRÈRE UNZUETA, M.A: “La interseccionalidad como desafío al *mainstreaming* de género en las políticas públicas”. *Revista Vasca de Administración Pública*, nº 87-88, 2010, p. 230 (pp. 225-252).

³ LOMBARDO, E.: “El *mainstreaming*. La aplicación de la transversalidad en la Unión Europea”. *Aequalitas. Revista Jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, vol. 10-15, 2003. p. 7 (6-11)

⁴ *Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de buenas prácticas. Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en *mainstreaming* (EG-S-MS)*, Consejo de Europa, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Serie documentos, número 28, Madrid, 1999, pp. 26.

⁵ Josefa Ruiz Fernandez, durante su mandato como Directora General de Salud Pública y Participación de Andalucía, señaló que el *Mainstreaming* de género está presente en los Planes de Salud de Andalucía y también lo está en los contratos-programa que la Consejería de la Salud firma con el SAS, pues recogen un interés expreso de remover toda discriminación a las mujeres en la salud. RUIZ FERNANDEZ, JOSEFA: “Informe de salud de las mujeres en Andalucía. *Mainstreaming* y políticas de salud para Europa”. En *Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga. 29 y 30 de mayo de 2006.

⁶ La equidad de género en la salud mediante el *mainstreaming*: La necesidad de avanzar. La Declaración de Madrid. Oficina Regional de la OMS. Programa de *Mainstreaming* de género. Madrid. 2001.

⁷ NAVARRO, V.: “Concepto actual de la salud pública”. En Martínez, F., Castellanos, P. L, Navarro, V., *Salud Pública*. Mc Graw-Hill. Ciudad de México. 1998. p. 49. (49-54).

⁸ LORENTE ACOSTA, MIGUEL: “La violencia de género y sus consecuencias sobre la salud pública”. En *Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga. 29 y 30 de mayo de 2006.

⁹ MOZO GONZÁLEZ, CARMEN: “Construcción social del género y su impacto en la salud”. En *Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga. 29 y 30 de mayo de 2006.

¹⁰ VALLS LLOBET, CARME: “El derecho de las mujeres a conocer, decidir y ser protagonistas de su salud” En *Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga. 29 y 30 de mayo de 2006.

¹¹ Red CAPS. Centre d’Anàlisi i Programes Sanitaris. (Red de Mujeres Profesionales de la Salud”. www.caps.cat/redcaps.html. Esta red es una organización informal, de ámbito estatal, formada por profesionales de la salud de las mujeres desde distintas disciplinas (médicas, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales, sociólogas, periodistas...) impulsada y coordinada por la asociación CAPS. Esta asociación catalana funciona desde 1983, y la red estatal de mujeres funciona desde 1999.

¹² RUIZ PÉREZ, ISABEL: “*Sesgo de género en los estudios con medicamentos en las mujeres*”. En *Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga. 29 y 30 de mayo de 2006.

¹³ Estrategia de salud para todos en el año 2000: plan de acción para aplicar la estrategia. Asamblea Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1982

¹⁴ Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. OMS/OPS, junio de 1998.

¹⁵ Recomendación General número 24 (artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer). HRI/GEN/1/Rev.9. vol. II: "debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos como los de las emigrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las niñas y las ancianas, las mujeres que trabajan en la prostitución, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad física o mental", "la amplia gama de riesgos que corre desproporcionadamente la salud mental de las mujeres por efecto de la discriminación por motivo de género, la violencia, la pobreza, los conflictos armados, los desplazamientos y otras formas de privaciones sociales".

¹⁶ LÓPEZ-DÓRIGA ALONSO, BEGOÑA: "Incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud". En *Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga. 29 y 30 de mayo de 2006.

¹⁷ Ley 14/1986 General de Sanidad, artículo 3.4. Añadido por la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, a través de la disposición adicional octava.

¹⁸ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la salud. Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946. *Official Records of the World Health Organization*. Nº2, p. 100.

¹⁹ VALLS LLOBET, CARME: "Aspectos de la Morbilidad Femenina Diferencial. Informe de Situación". *Quadern Caps*. 1991. p. 16 (8-32)

²⁰ Encuesta Andaluza de Salud, 2007. Prevalencia de enfermedades según sexo.

²¹ La autora se remita a la Encuesta sobre discapacidades y deficiencias de 1999, Andalucía. Pero la situación sigue siendo así. Encuesta de Integración Social y Salud. Instituto Nacional de Estadística. 2012.

²² VALLS LLOBET, CARME: "Desigualdades de género en Salud Pública". *Quadern CAPS*, nº 30, 2001. p. 3.

²³ ROHLFS BARBOSA, IZABELLA. op.cit.

²⁴ GARCÍA CALVENTE, MARÍA DEL MAR: "Impacto del trabajo reproductivo sobre la salud de las mujeres". En *Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga. 29 y 30 de mayo de 2006.

²⁵ GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR; MATEO-RODRÍGUEZ, INMACULADA; EGUIGUREN, ANA P. "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad". *Gaceta Sanitaria*. vol.18 nº.4. 2004.

²⁶ El 20% de las personas cuidadoras dicen que cuidar ha tenido un impacto sobre su salud. En la investigación sobre el cuidado informal en Andalucía, el 35% de las cuidadoras percibían su salud como mala, el 24% dice estar poco satisfecha con la vida que lleva, el 21% padece una discapacidad o limitación, el 63% padece un problema crónico de tipo físico y un 30% había consultado al médico en las últimas dos semanas.

²⁷ DURÁN HERAS, MARÍA ANGELES: "Tiempo de salud, tiempo de enfermedad: diferencias de edad, género y clase social". *Inguruak: Soziologia eta zientzia politikoaren euskal aldizkaria (Revista vasca de sociología y ciencia política)*, nº 44, 2007, p. 229-248.

²⁸ TORRES, JULIO ALBERTO: "Libro Blanco para las personas en situación de dependencia en España", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº. 60, 2006.

²⁹ RUIZ FERNÁNDEZ, JOSEFA. Directora General de Salud Pública y Participación. "Informe de salud de las mujeres en Andalucía. Mainstreaming y políticas de salud para Europa". *Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga 29 y 30 de mayo.

³⁰ MARTÍN CRIADO, ENRIQUE; MORENO PESTAÑA, JOSÉ LUIS. "Conflictos sobre lo sano: un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía". Consejería de Salud. Sevilla. 2005.

³¹ RUIZ FERNANDEZ, JOSEFA: "Informe de salud de las mujeres en Andalucía. Mainstreaming y políticas de salud para Europa". op. cit.

³² TÁVORA RIVERO, ANA: "La investigación sobre los problemas de salud mental de las mujeres. De la enfermedad a la subordinación". Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga 29 y 30 de mayo.

³³ MOZO GONZÁLEZ, CARMEN. "Construcción social del género y su impacto en la salud". Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga 29 y 30 de mayo.

³⁴ ORTIZ-MONCADA, ROCIO; ÁLVAREZ-DARDET, CARLOS; MIRALLES-BUENO, JUAN JOSÉ; RUÍZ-CANTERO, MARÍA TERESA; DAL RE-SAAVEDRA, MARÍA ANGELES; VILLAR-VILLALBA, CARMEN; PÉREZ-FARINÓS, NAPOLEÓN; SERRA-MAJEM, LLUÍS: "Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006", *Medicina Clínica*. vol. 137. nº 15, 2011. Las mujeres de clase social manual presentan un 49% más riesgo de tener sobrepeso y un 96% más riesgo de obesidad que las mujeres de clase social no-manual. Mientras, los varones de clase social manual presentan menos riesgo de sobrepeso (18%) y obesidad (12%) frente a los de clase social manual.

³⁵ MARTÍN CRIADO, ENRIQUE; MORENO PESTAÑA, JOSÉ LUIS. "Conflictos sobre lo sano: un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía". Consejería de Salud. Sevilla. 2005. Muchas mujeres de las clases populares expresaban que querían preparar comidas que permitiesen a la familia estar más delgada, pero que su familia se resistía a ello.

³⁶ De acuerdo con esta norma las violencias de género son aquellas que se producen contra una mujer por el hecho de ser mujer, así como aquellas que afectan a las mujeres de manera desproporcionada con respecto al número de hombres afectados.

³⁷ LLORENTE ACOSTA, MIGUEL: "La violencia de género y sus consecuencias sobre la salud pública". Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga 29 y 30 de mayo.

³⁸ VELASCO, SARA. Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida en Mujeres. Colección Salud 2. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

³⁹ LÓPEZ CARRILLO, MARGARITA: "La medicalización de la vida y la salud de las mujeres". Mujeres y Salud.

⁴⁰ LÓPEZ CARRILLO, MARGARITA: op. cit.

⁴¹ JAMA. "Effect of estrogen plus progestin on stroke in postmenopausal women: the Women's Health Initiative: a randomized trial". 289, 20, 2003. pp. 2673-84.

⁴² VALLS LLOBET, CARME: Mujeres, salud y poder. Cátedra. Madrid. 2009.

⁴³ LÓPEZ CARRILLO, MARGARITA: op. cit. p.2.

⁴⁴ VALLS LLOBET, CARME: "Morbilidad invisible y cooperación". *Quadern CAPS*, ISSN 0213-4462, Nº. 31, 2003. (60-67)

⁴⁵ VALLS LLOBET, CARME: "Terapia hormonal". Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la Salud desde una perspectiva de género. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social. Málaga 29 y 30 de mayo.