

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



**“SALUD, MUJER E INMIGRACIÓN
EN LA SOCIEDAD DEL
CONOCIMIENTO”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
MASTER OFICIAL DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES DE
GÉNERO

CRISTINA LÓPEZ DÍAZ

Dirigido por:

Prfa. Dra. M^a DOLORES CALVO SANCHEZ

CURSO ACADÉMICO 2008/2009



María Dolores Calvo Sánchez, Profesora del Master Oficial de Estudios de Género y Políticas de Igualdad de la Universidad de Salamanca, informa como directora del trabajo de investigación que se presenta, que reúne a mi juicio todos los requisitos necesarios para ser presentado y defendido ante la comisión enjuiciadora.

En Salamanca a 30 de agosto de 2009

Mi especial agradecimiento a mi Directora
 con admiración, cariño y afecto, que sabe que es mucho,
 por su motivación, dedicación y empeño,
ayudándome a crecer no sólo como profesional sino también como persona,
 planteándome nuevos retos y abriéndome horizontes muy ilusionantes.

 A la Universidad de Salamanca por la oportunidad que me brinda
 para mejorar en mi formación y cualificación profesional.

 Y a mi familia por la paciencia y el aliento
 en los momentos de mayor dificultad.

Una injusticia hecha a un individuo,
es una injusticia hecha a toda la humanidad.

(MONTESQUIEU)

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. MARCO NORMATIVO DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN IGUALDAD.....	13
III. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES.....	19
3.1) Definiciones de Salud.....	19
3.2) Clasificación de los determinantes de salud.....	22
3.3) Indicadores e índices de salud.....	25
3.4) Importancia de los indicadores de género.....	30
IV. DESIGUALDADES EN SALUD.....	36
4.1) Principales indicadores sociales de las desigualdades en salud.....	38
4.2) Desigualdades de género en salud.....	42
4.2.1) Concepto de género.....	42
4.2.2) Perspectiva o enfoque de género en salud.....	44
4.2.3) Enfoque de género en los problemas de salud de las mujeres.....	46
4.3) Estudio de las principales diferencias en salud entre mujeres y hombres.....	51
V. INMIGRACIÓN, SALUD Y MUJER.....	61
5.1) Conceptos Básicos sobre la inmigración.....	62
5.1.1) Concepto y clasificación de inmigrante.....	62
5.1.2) Diferencia entre globalización, multiculturalidad y multiculturalismo.....	63
5.2) Garantía de los derechos sociales: la protección de la salud del inmigrante.....	65
5.3) Salud e inmigración.....	70
5.3.1) Factores condicionantes del nivel de salud del inmigrante...	71

5.3.2) La salud de la mujer inmigrante.....	75
VI. POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD.....	78
6.1) Políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud.....	79
6.2) Políticas sanitarias para la equidad de género.....	82
6.2.1) Integración de la perspectiva de género en la política sanitaria.....	82
6.2.2) Equidad de género en salud mediante mainstreaming.....	85
VII. CONCLUSIONES.....	88
BIBLIOGRAFÍA.....	90

ABREVIATURAS

AE - Atención Especializada.

AP - Atención Primaria.

CE - Constitución Española de 1978.

ENS - Encuestas Nacionales de Salud.

INE - Instituto Nacional de Estadística.

INSTRAW - Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación
de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer.

LGS - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

OMS - Organización Mundial de la Salud.

OPS - Organización Panamericana de la Salud
(Oficina Regional de la OMS)

OSM - Observatorio de la salud de la Mujer.

SNS - Sistema Nacional de Salud

UE - Unión Europea

1. INTRODUCCIÓN

El derecho a la protección de la salud es un derecho social que reconoce nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 43 de la Constitución. Pero no siempre se da en situaciones de equidad e igualdad, a pesar de que existen normas como la Ley General de Sanidad cuyo objeto es la regulación de todas las acciones necesarias para hacer efectivo este derecho, garantizando la universalidad de la asistencia y la equidad en salud.

Este derecho universal debe ser protegido y asegurado para todas las personas, pero observamos que existen diferencias importantes en función de la persona a la que va dirigido, dando lugar a las desigualdades en salud.

En el mundo actual encontramos muchas diferenciaciones entre los grupos de población. Unas motivadas por factores sociales, otras por causas económicas, y algunas por motivos culturales, fundamentalmente causadas por el fenómeno de la inmigración y la globalización.

En la sociedad española, estas desigualdades también se reflejan en el campo sanitario, ocasionando diversos grados de bienestar o salud en la población a nivel general, pero también a nivel específico si tenemos en cuenta la variable sexo.

El propósito de este trabajo es conocer la situación de la mujer como grupo de estudio, vinculado al estado de salud que presenta en comparación con el varón, y como influye la variable inmigración en dicho proceso.

Aunque la Constitución Española en su art. 14 reconoce la igualdad entre hombres y mujeres, este precepto no logra hacerse efectivo en todos los ámbitos

de la sociedad, siendo necesaria una reforma normativa que llega con la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. A pesar de estas medidas, existen diferencias entre estos individuos motivadas por el género, que no por el sexo, y por los roles o estereotipos de género aceptados socialmente.

Las diferencias que puedan existir a nivel biológico entre varón y mujer, no pueden considerarse en sí mismas una diferenciación que conlleve desigualdad, porque no son situaciones evitables sino que son estados naturales, y debido a ello la mujer tiene un papel reproductivo que no posee el varón. Pero más allá de representar una discriminación para la mujer por esta función biológica, debemos tratar las peculiaridades de ésta con sus características naturales sin distinguirlas de forma discriminatoria, sino como parte integral del ser mujer, junto con todas las características y necesidades que pueden darse igual que en el hombre.

Pero sí se dan desigualdades en función del género por el hecho de ser mujer basadas en la idiosincrasia del comportamiento de ambos sexos, aspecto que estudiaremos a lo largo de este trabajo mediante la variable “salud” relacionándola con aquellos caracteres que provocan diferenciación en el estado de bienestar por motivos laborales, domésticos, sociales, etc.

El interés del tema se centra en la evidencia científica que demuestra que no todos los individuos enferman de la misma manera, sino que influyen numerosos factores y entre ellos, uno que hasta ahora no se ha estudiado demasiado, el género. Y debido a ello, tampoco existe una demanda de los mismos tratamientos o cuidados en los hombres que en las mujeres.

Actualmente, se persigue que las numerosas publicaciones científicas introduzcan la perspectiva de género en sus investigaciones para evitar las diferenciaciones en salud que se dan entre hombres y mujeres, estudiando de manera específica aquellos aspectos que más influyen en la población femenina, evitando el sesgo de género. De esta manera se aportan los datos que justifiquen

la adopción de medidas preventivas y asistenciales precisas para evitar o minimizar las desigualdades existentes en salud mediante las reformas de políticas públicas actuales.

En el desarrollo de este trabajo partimos de un marco normativo que afecta a la salud, principio rector que reconoce la Constitución Española y que desarrollan otras normas jurídicas, integrando otro derecho inherente a la persona que es la igualdad. Estos dos preceptos constitucionales deberán ir ligados para evitar las desigualdades en salud que se dan entre hombres y mujeres.

En el siguiente apartado exponemos el marco conceptual que afecta a la salud. Se recogen los diferentes conceptos de salud y los factores que determinan el nivel de salud de un individuo independientemente del sexo, así como los distintos indicadores que cuantifican el estado de salud de una población. Estos indicadores de salud nos van a proporcionar una información amplia y variada de la situación actual de la población y su probable tendencia en el tiempo, permitiéndonos realizar estudios en profundidad y de manera comparativa para: determinar las causas o factores de riesgo sanitario, establecer las medidas preventivas necesarias para reducir esos índices o las acciones sanitarias precisas en caso de enfermedad, prever los gastos sanitarios derivados de los problemas de salud detectados y evaluar todo el proceso llevado a cabo para lograr un mantenimiento de la salud o una recuperación en caso de enfermedad bajo las premisas de eficacia, efectividad, calidad, satisfacción y profesionalidad.

Hay que señalar que hasta el momento en los estudios realizados para conocer el nivel de salud de la población no se tenía en cuenta una variable importante en el proceso de enfermar, la variable “género”. Este hecho ha provocado que se disponga de una información sesgada al respecto, sin tener en cuenta las peculiaridades específicas que se dan en salud motivadas por los estereotipos de género, que determinan estilos de vida diferentes en hombres y en mujeres. Así por ejemplo, el stress laboral que sufren los hombres es

diferente al de las mujeres. En el primer caso el principal motivo es profesional, y en el segundo está provocado simultáneamente por causas familiares y laborales, debido a la doble jornada que realizan en la mayoría de los casos muchas mujeres, intentado compaginar su carrera profesional con su vida familiar. También se encuentran diferencias en la sintomatología, o somatización de las diferentes patologías entre hombres y mujeres, presentando distintos porcentajes de ansiedad, angustia, depresión, etc.

Otro punto que abarca este trabajo es el estudio de las desigualdades en salud que se dan entre hombres y mujeres como las que afectan a roles reproductivos y productivos, a los agentes de salud en el hogar, a la división sexual del trabajo dentro y fuera del hogar, así como las desigualdades de poder vinculadas al hogar y la familia, originando problemas de salud distintos para las mujeres.

Muchas de estas diferencias en salud están motivadas por factores sociales como se recoge en otro apartado, en base principalmente a tres elementos: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica y los factores intermediarios. Dentro de estos últimos se agrupan los componentes biológicos, psicológicos, conductuales y las circunstancias materiales.

Todos estos determinantes sociales van a fijar el nivel de bienestar y salud de la población. Debido a ello, es importante el estudio de los mismos relacionado con el fenómeno de la inmigración y la multiculturalidad para poder explicar y proponer medidas dirigidas a evitar las desigualdades en salud, especialmente en el caso de las mujeres inmigrantes como se recoge en este trabajo.

Nuestra investigación finaliza poniendo de manifiesto cuáles son o deberían ser las políticas públicas que intenten reducir o evitar estas diferenciaciones en salud entre hombres y mujeres; no solamente a nivel sanitario, sino también en el ámbito social, debido a que son en su mayoría los

determinantes sociales los que ocasionan las diferencias en salud de la población.

Este nuevo enfoque que incluye la perspectiva de género en las actuaciones sanitarias, tanto preventivas como asistenciales, provoca un cambio de actitudes en el mundo sanitario y en particular en el arte de cuidar que es el objetivo de la ENFERMERÍA.

Para la elaboración del presente trabajo de investigación realizamos una revisión bibliográfica utilizando como material: libros, revistas científicas, la legislación vigente en el momento y documentos de Internet que hacen referencia al tema tratado, a través de las bases de datos de la Universidad de Salamanca y mediante buscadores como google.

Las fuentes de base de datos empleadas para la estadística han sido:

- El Ministerio de Sanidad y Consumo que recoge la Encuesta Nacional de Salud del 2006.
- El Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Instituto de la mujer que conjuntamente elaboran el Informe Mujeres y Hombres en España 2009 elaborado.

Respecto a la metodología, hemos realizado una investigación cualitativa de acercamiento y aproximación al tema junto con un barrido de la doctrina, mediante un análisis deductivo, retrospectivo y descriptivo de la situación de salud de la mujer en general y en particular de la mujer inmigrante.

2. MARCO NORMATIVO DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN IGUALDAD

El derecho a la protección de la salud es un precepto recogido en la Constitución Española de 1978 en su Título I de Derechos y Deberes Fundamentales, artículo 43, que expone ad litteram: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

Este derecho social no solamente reconoce el derecho a la salud en sentido estricto, sino que incluye los medios necesarios para restablecer la salud o evitar su deterioro, incluyendo así un aspecto personal (adopción de estilos de vida saludables) y otro público (medios para la prevención, asistencia y rehabilitación). De tal manera que se le otorga la competencia de la tutela de la salud a los poderes públicos.

El marco legal del derecho a la protección de la salud se encuentra vinculado principalmente con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, porque como se cita en el artículo 1 de esta norma: “tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”.

Estas acciones necesarias para asegurar este derecho social quedan recogidas a su vez en el artículo 18 de la Ley General de Sanidad, estableciéndose los siguientes apartados:

1. “La educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres.

2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la Comunidad.

3. La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

4. La prestación de los productos terapéuticos precisos, atendiendo a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.

5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.

6. La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica; la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.

7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.

8. La promoción y mejora de la salud mental.

9. La protección, promoción y mejora de la salud laboral, con especial atención al acoso sexual y al acoso por razón de sexo.

10. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.

11. El control sanitario de los productos farmacéuticos, otros productos y elementos de utilización terapéutica, diagnóstica y auxiliar y de aquellos otros que, afectando al organismo humano, puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.

12. Promoción y mejora de las actividades de veterinaria de salud pública, sobre todo en las áreas de la higiene alimentaria, en mataderos e industrias de su competencia, y en la armonización funcional que exige la prevención y lucha contra la zoonosis.

13. La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.

14. La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria, incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género.

15. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.

16. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

17. El tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica para permitir el análisis de género, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por sexo”.

Con esta ley se pretende la universalización de la asistencia sanitaria de aplicación en todo el territorio nacional, estableciendo en el Título Preliminar que: “son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional” y reconociendo también este derecho a “los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.”, con lo que delimita la titularidad del derecho pero incluyendo a los extranjeros inmigrantes.

A partir de la Ley General de Sanidad se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), proporcionando una cobertura asistencial universal, gratuita y equitativa a los titulares del derecho, salvando barreras sociales, geográficas, económicas, de educación, etc. Este SNS está orientado principalmente al individuo, a la familia y a la comunidad, superando los desequilibrios territoriales y sociales.

Toda esta legislación vigente citada anteriormente, se ha visto impregnada de otro principio constitucional, el derecho de igualdad, recogido en el artículo 14 de la Carta Magna de 1978: “Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

Este derecho de igualdad se consigue con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que tiene por objeto el desarrollo de los art. 14 (ya citado anteriormente) y el art. 9.2 de la Constitución, donde se recoge que: “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.”

Con ello se persigue la eliminación de la discriminación de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualesquiera de los ámbitos de la vida y, singularmente, en las esferas política, civil, laboral, económica, social y cultural, a través de las políticas públicas que el Estado debe adoptar como medida para evitar la exclusión de ésta.

Debido a estas reformas legislativas, debemos tener en cuenta que el principio de igualdad efectiva debe integrarse de forma transversal en todos los aspectos y ámbitos sociales, jurídicos, etc. Y como no, también en el ámbito sanitario, incluyendo las políticas sanitarias, estrategias y programas de salud

para evitar que las diferencias o estereotipos den lugar a desigualdades en salud como recoge el apartado 4 del artículo 3 de la Ley General de Sanidad añadido por la Ley Orgánica 3/2007: “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”.

En el campo sanitario el término “igualdad” no es equivalente a “equidad”. Siguiendo la Declaración de Madrid, del 2001: “la igualdad de género supone la ausencia de discriminación basada en el sexo en cuanto a las oportunidades, la distribución de recursos o beneficios y el acceso a los servicios” y “la equidad de género significa la imparcialidad y justicia en la distribución de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres”¹.

Por tanto, la igualdad significa una distribución igual de recursos, mientras que la equidad se caracteriza por una distribución diferencial de acuerdo a las necesidades particulares de cada sexo², es decir, hace referencia a un principio de justicia distributiva, y como reconoce Concha Colomer, Directora de los Observatorios del SNS y de la Salud de la Mujer, “las actuaciones sanitarias para ser equitativas, deben tener en cuenta su impacto diferencial sobre la salud de las mujeres y los hombres”³.

El derecho a una protección de la salud en igualdad implica no sólo una igualdad efectiva en el acceso a la asistencia y prestaciones sanitarias como recoge el art.3.2 de la Ley 14/86, sino que va más allá con el reconocimiento de la existencia de unas necesidades de salud diferentes entre hombres y mujeres, que es imprescindible identificarlas para poder resolverlas y evitar así las desigualdades en salud que ocasionan, mejorando la eficacia y efectividad del

¹ Declaración de Madrid. La equidad de género en salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar. OMS.2002

² Equidad de género. Programa “Mujer, Salud y Desarrollo”. OPS.

³ COLOMER REVUELTA C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Rev. Esp. Salud Pública. 2007; 18 (2) :92

SNS, como se recoge en el artículo 2, apartado *a* de la Ley de 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece como principios: “La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias”.

Y como señala COLOMER, el sistema de salud debe adoptar acciones diferentes, “acciones afirmativas”, para pasar de la igualdad a la equidad, atendiendo a las necesidades diversas de la población y actuar en consecuencia para evitar que las desigualdades en salud se incrementen, y por ello podemos hablar de “equidad de género en salud”.

Este nuevo concepto de “equidad de género en salud” es definido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como: “la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres”, es decir, “que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son injustas y evitables”⁴.

⁴ Equidad de género. Programa “Mujer, Salud y Desarrollo”. OPS.

3. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

Actualmente el término de salud es un concepto amplio y dinámico, porque tiene en cuenta muchas variables que determinan el grado de salud o enfermedad de un individuo o de una población. Al considerar que la salud no es un valor absoluto reconocemos que existen peculiaridades que estarán motivadas por distintos factores. Las condiciones de vida de los grupos sociales, el entorno, los avances científicos, la evolución cultural..., han posibilitado que el concepto de salud no se centre exclusivamente en el aspecto curativo, sino que vaya más allá.

El objetivo que se persigue socialmente no es exclusivamente recuperar la salud perdida, sino también mantenerla mediante la promoción, fomento y prevención. Así observamos que, las actitudes de la población respecto a la salud, han ido cambiando en la medida que se operan cambios sociales.

3.1 DEFINICIONES DE SALUD

No existe una única definición correcta de salud, se manejan diferentes conceptos en función de la utilidad de su aplicación.

En el campo de la gestión interesará conceptualizar la salud en términos que nos permita introducir indicadores para medir resultados y en cambio, en otros ámbitos será necesario resaltar los diferentes grados de salud y enfermedad, para establecer planes de actuación⁵.

La primera definición de salud surge a principios del s.XX, manteniéndose durante mucho tiempo como un concepto clásico, basado en la ausencia de enfermedades o invalideces, dando lugar a una definición en

⁵ PÉREZ ANDRÉS C. Mujer, derechos humanos y salud. Rev. Esp. Salud Pública. 1998; 72 (2): 87.

términos negativos para las ciencias sociales, ya que no se trazaba el límite entre lo normal y lo patológico.

A partir de aquí, el concepto de salud ha ido sufriendo variaciones y la primera de ellas surge en 1967 con la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la Constitución Oficial de este organismo⁶ se define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición supuso un avance conceptual porque se habla de salud en términos positivos, holísticos⁷ e innovadores, es decir, se relaciona la salud no sólo con el aspecto físico y mental sino también con el ámbito social; de tal manera que la salud pasa de ser un asunto de interés privado a ser de interés público y social.

Pero aún así, esta definición presenta un estado de salud inalcanzable e utópico, siendo criticado este marco conceptual por diferentes autores basándose en que la salud y la enfermedad no pueden ser valores absolutos, sino que existen diferentes grados de bienestar individual y no un completo estado de bienestar.

Milton Terris diferenció dos aspectos importantes al definir el término salud. Uno subjetivo que se refiere al bienestar o los diferentes grados de sentirse bien, y otro objetivo que implica la capacidad de funcionar. Así define la salud como: "Estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionar y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades"⁸.

Se suceden otras definiciones basadas en el enfoque positivista que hace la OMS de la salud y que intentan integrar las complejas interacciones de los factores biológicos, psicológicos y sociales, surgiendo así diferentes modelos de pensamiento como el modelo ecológico. Éste intenta explicar el concepto “salud” desde un proceso adaptativo del hombre a su complejo medio físico y

⁶ Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución. Ginebra: OMS. 1948.

⁷ El término holístico hace referencia a la concepción del hombre como un todo funcional (Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland. Ed. McGraw Hill-Interamericana).

⁸ TERRIS M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI. 1980.

social. Entre los representantes de esta corriente ecológica se encuentran René Dubos, que entiende la salud como "el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio"⁹.

Posteriormente, Hernán de San Martín en 1985, recoge que: "la salud es una noción relativa, que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cuál todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un estado mórbido"¹⁰, considerando la salud un fenómeno psico-biológico, social, relativo y variable.

También la "salud" ha sido estudiada como un concepto dinámico. Como recoge Luís Salleras: "la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad". En esta definición observamos que se dan diferentes grados entre la salud positiva y la pérdida de salud como muestra el siguiente gráfico (figura 1), donde existe una zona neutra que es el reflejo de que la separación entre el binomio salud-enfermedad no es absoluta, provocando situaciones en las que es difícil diferenciar lo patológico de lo normal porque interfieren factores sociales y ambientales.

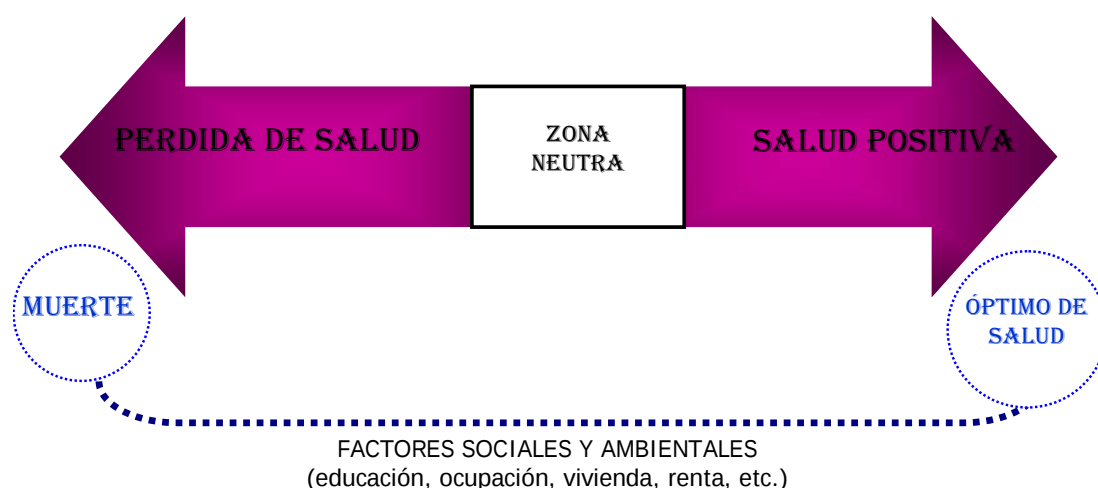
Esta interpretación de la salud intenta dar una definición integral de la persona, encuadrándola en un continuo que va desde la muerte hasta el estado óptimo, sin desdeñar la posibilidad de existencia de salud con ciertas enfermedades o afecciones en fase precoz que no producen síntomas ni limitan la capacidad funcional¹¹.

FIGURA 1: CONTINUO SALUD-ENFERMEDAD SEGÚN L. SALLERAS

⁹ DUBOS R. El espejismo de la salud. México: Fondo de Cultura Económica. 1975.

¹⁰ SAN MARTÍN H: Crisis mundial de la salud. ¿Salud para nadie en el año 2000? Madrid: Ciencia 3. 1985.

¹¹ SALLERAS SANMARTÍ L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid. Díaz de Santos. 1986.



3.2 CLASIFICACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE SALUD

Todas estas definiciones recogen como elemento clave para la salud el proceso de adaptación, que estará condicionado por los diferentes factores que rodean al individuo (natural y social, económico y cultural), y que influyen en su estado de salud. Estos determinantes de salud no se podrán considerar aisladamente sino como en constante interacción, condicionando el nivel de bienestar o los problemas de salud y/o enfermedad de las personas en diferentes momentos.

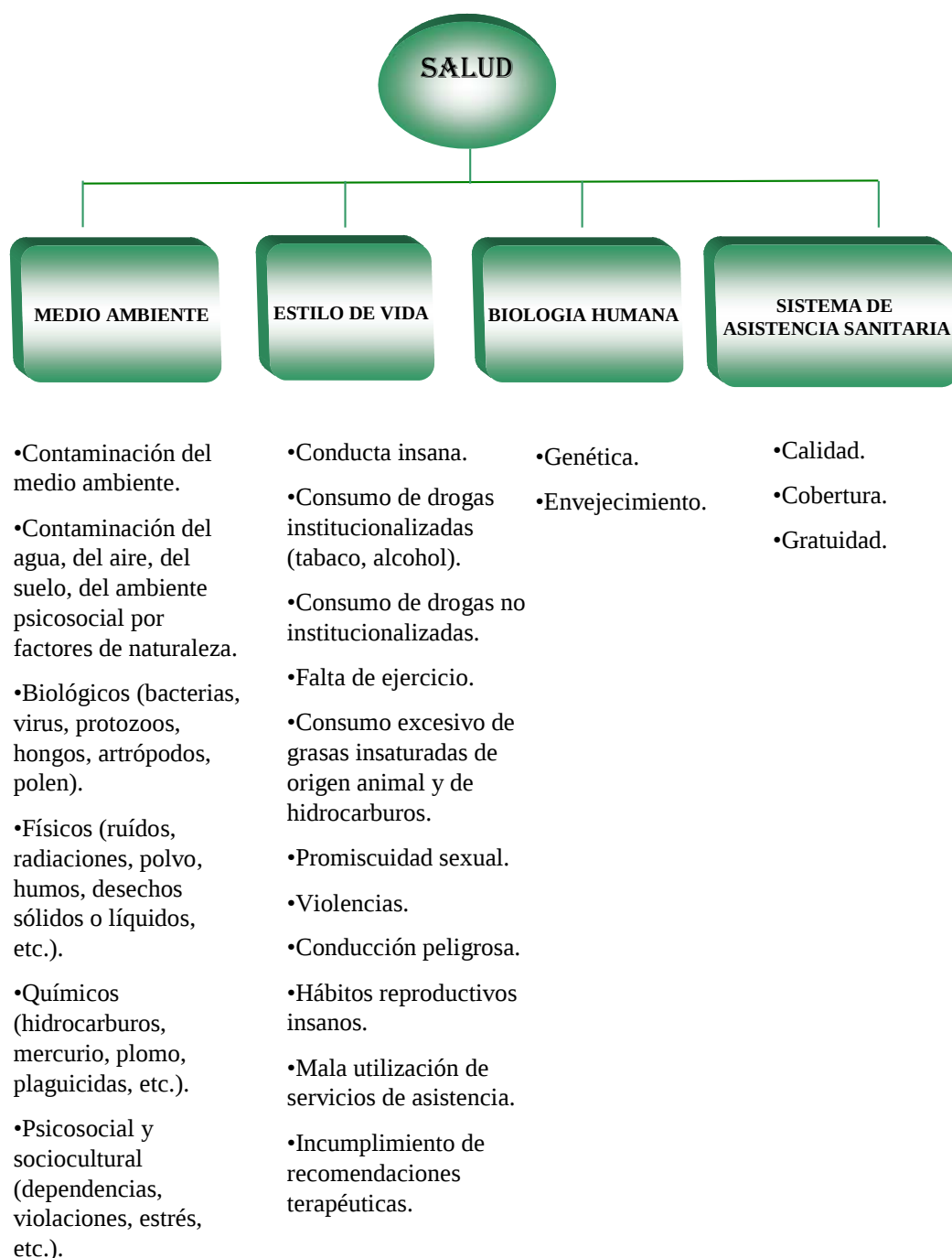
En 1974 con la aparición del informe de Marc Lalonde, ministro de salud canadiense, los determinantes de salud se clasificaron en cuatro grupos¹²:

- La biología humana: procesos de maduración y envejecimiento determinados por la genética.
- El medio ambiente: la contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural provocados por factores de naturaleza física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
- El estilo de vida: hábitos y conductas de salud.
- El sistema asistencial sanitario.

¹² LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canada.1974.

En la figura 2 se muestra de manera esquemática los cuatro determinantes de salud y la clasificación de los factores de cada uno de ellos.

FIGURA 2: DETERMINANTES DE SALUD SEGÚN M. LALONDE Y L. SALLERAS¹³



Fuente: Salleras Sanmartín L, Prat Marín A. y Garrido Morales P.

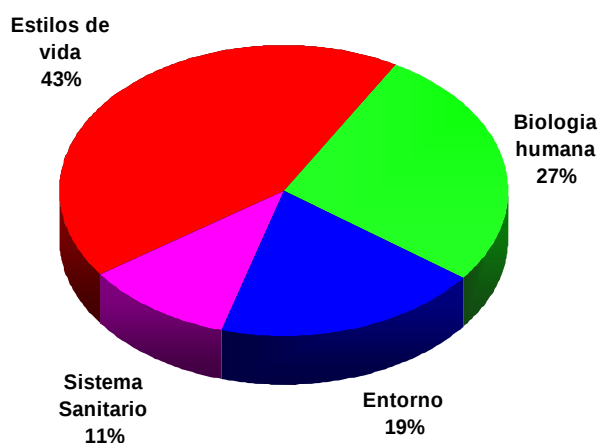
¹³ SALLERAS SANMARTÍ L, PRAT MARÍN A, GARRIDO MORALES P. Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En: Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson. 2002. p. 222

Tras este informe se construye un modelo que sigue vigente y sobre el que se basan otros estudios más recientes.

El siguiente gráfico nos refleja el peso o la influencia (en porcentajes) que tienen los diversos determinantes de salud en el estado de bienestar de las personas. Observamos que el estilo de vida es el factor que más influye negativamente en la salud de los individuos, en comparación con el sistema sanitario que ocupa el último lugar.

Es más importante adoptar hábitos saludables que prevengan la aparición de determinadas enfermedades, que actuar por ejemplo sobre la genética o el envejecimiento de la población, y por ello, es el factor más fácil de modificar mediante la prevención primaria y secundaria a través de programas de educación sanitaria, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

GRÁFICO 1: PESO RELATIVO DE LOS DETERMINANTES DE SALUD SEGÚN M. LALONDE¹⁴.



Fuente: Salleras L, Prat A. y Morales P.

¹⁴ Ibídem, p.223.

Debemos señalar que todos estos factores a los que estamos refiriéndonos, están muy influenciados por factores sociales, y son estos últimos los que contribuyen a las desigualdades en la salud y en la enfermedad de las poblaciones en función de las diferencias sociales y culturales entre individuos, por tanto de las mujeres, grupos y colectividades como posteriormente se recoge en este trabajo¹⁵.

3.3 INDICADORES E ÍNDICES DE SALUD

El concepto “índice” se define por la Real Academia de la Lengua Española como una expresión numérica de la relación entre dos cantidades. Por tanto, cuando hablamos en términos sanitarios, los índices e indicadores son variables numéricas que miden el estado de salud de una población, mediante un análisis de diversos factores específicos. Es decir, son cifras que miden y describen de forma cuantitativa o cualitativa un determinado proceso. Su objetivo es proporcionar una información variada acerca de los niveles de salud y sus tendencias para los grupos de población que se estudian, incluido la segregación por género, de manera que se crea una base de datos para elaborar los programas de salud que precisa la población en el momento del estudio y para asignar y distribuir los recursos sanitarios disponibles.

Existen autores que diferencian entre índice e indicador sanitario. Así, el primero representa medidas complejas y multidimensionales que combinan elementos diferentes (por ejemplo: expectativa de vida con renta per cápita) y por ello podemos afirmar que muchas veces los índices se obtienen de la combinación de varios indicadores. En cambio, el indicador sanitario estudia una selección de población mayor para resumir el conjunto, pero sólo de una variable (por ejemplo la mortalidad), pudiendo convertirse en una medida indirecta del estado de salud de una población¹⁶.

¹⁵ Ibídem, p.222.

¹⁶ VARGAS GLAVÉZ R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. Desarrollo económico y social. Desigualdades en salud. Indicadores sanitarios. En: Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson. 2002. p.1096-1097.

Cuando utilizamos un indicador sanitario, debemos tener en cuenta una serie de características esenciales que permitan analizar y describir un fenómeno social y su evolución, así como la eficacia de los medios utilizados para modificar ese fenómeno. Estas características quedan recogidas en el siguiente cuadro¹⁷.

CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN INDICADOR SANITARIO	
VALIDEZ	Mide aquello para lo que está proyectado.
SENSIBILIDAD	La capacidad para medir los cambios.
ESPECIFICIDAD	Cuando sólo depende del fenómeno que debe medir.
FIABILIDAD	Cuando en mediciones repetidas y bajo las mismas condiciones se obtienen idénticos resultados

Tradicionalmente se han dividido los indicadores sanitarios en dos grandes grupos:

1. Indicadores del estado de salud de las personas: morbilidad, estado nutricional, grado de salud mental, etc.
2. Indicadores relacionados con los determinantes de salud: los biológicos, los estilos de vida, las condiciones medioambientales y la utilización de los recursos sanitarios.

Los indicadores valoran varios aspectos que reflejan el proceso social de la salud-enfermedad de la población, pero ningún indicador de manera aislada puede mostrar el fenómeno global de la salud en realidad. Además, por su función descriptiva y dinámica debemos contar con un conjunto coherente y representativo de indicadores que muestren los distintos aspectos del proceso

¹⁷ Ibídem, p. 1097-1098

social de la salud-enfermedad como pueden ser indicadores sociales, de política sanitaria, etc. Debido a ello, la OMS estableció una clasificación en 1981 con el propósito de evaluar el objetivo general que se marcó: el logro de la salud para todos en el 2000, estableciendo cuatro categorías de indicadores, de los cuáles dos hacen referencia al aspecto socio-político-económico que afecta al estado de bienestar y los otros dos hacen referencia explícita al estado de salud de la población. (Cuadro 1).

CUADRO 1: INDICADORES SANITARIOS SEGÚN LA OMS

 Indicadores de política sanitaria:
➤ Compromiso político para alcanzar la salud para todos. ➤ Asignación y distribución equitativa de recursos. ➤ Participación de la comunidad. ➤ Estructura orgánica y proceso de gestión.
 Indicadores sociales y económicos:
➤ Tasa de crecimiento. ➤ Producto nacional bruto y distribución del ingreso. ➤ Condiciones de trabajo. ➤ Tasa de alfabetización, paro, vivienda y alimentación.
 Indicadores de prestación de salud:
➤ Cobertura de AP y AE.
 Indicadores del estado de salud:
➤ Estado nutricional y desarrollo psicosocial de los niños. ➤ Tasa de mortalidad infantil y expectativa de vida al nacer. ➤ Tasa de mortalidad materna.

Fuente: Vargas R, Guillén J y Bueno A.

El último indicador que describe la OMS en el gráfico anterior mide los cuatro fenómenos más importantes a tener en cuenta para valorar el nivel de bienestar de una población¹⁸:

1. *La mortalidad*: número de defunciones. Nos permite establecer la esperanza de vida, las tasas netas o específicas de mortalidad por edad o por causa (letalidad).
2. *La morbilidad*: se define como toda separación subjetiva u objetiva del estado de bienestar. Puede ser:
 - Morbilidad sentida o percibida por el individuo, pero que no demanda asistencia sanitaria, conociéndose solamente por encuestas de salud realizadas a la población.
 - Morbilidad no sentida u objetiva, que es aquella que sólo se diagnóstica por programas de screening, cribado o programas de prevención.
 - Morbilidad diagnosticada, que puede ser percibida o no, pero que precisa asistencia médica o demanda cuidados, y que se conoce mediante los registros hospitalarios, de enfermedad de declaración obligatoria o de los registros de incapacidades.
3. *Las consecuencias de los problemas de salud*: funcionales, temporales o económicas.
4. *La exposición a factores de riesgo*, para establecer qué población está expuesta y establecer los programas preventivos adecuados.

Posteriormente, Europa creó un programa sobre la vigilancia de la salud, cuyo objetivo era cuantificar la situación sanitaria y los determinantes de salud en los estados miembros¹⁹, estableciendo una lista con los indicadores sanitarios

¹⁸ Ibídem, p. 1098

¹⁹ Decisión 1400/97/CE aprobado por el Parlamento y Consejo Europeo donde se establece un programa de acción comunitario sobre la vigilancia de la salud para: 1) medir la situación sanitaria y los determinantes de salud en Europa, 2) facilitar la planificación, seguimiento y evaluación de los programas y acciones comunitarios, 3) apoyar sus políticas nacionales. (Recogido en Vargas Gálvez R, Guillén Solvas J, Bueno Cavanillas A. Desarrollo económico y social. Desigualdades en salud. Indicadores sanitarios. En: Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson. 2002. p: 1093-1102).

más importantes para los distintos ámbitos sanitarios y sociales como se muestra en la siguiente tabla.

PRINCIPALES INDICADORES SANITARIOS SEGÚN EUROPA	
SITUACIÓN SANITARIA	• Esperanza de vida. • Mortalidad. • Morbilidad. • Situación funcional. • Calidad de vida. • Características antropométricas.
ESTILOS DE VIDA Y HáBITOS DE SALUD	• Consumo de alcohol y tabaco. • Consumo de drogas ilegales. • Actividad física. • Dieta. • Vida sexual. • Otros.
CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO	• Empleo/Desempleo. • Medio de trabajo. • Condiciones de vivienda. • Actividades domésticas y de ocio. • Transportes y medio ambiente exterior.
PROTECCIÓN DE LA SALUD	• Fuentes de financiación. • Infraestructura/Personal. • Costes/Gastos. • Consumo/Utilización. • Promoción de la salud. • Prevención de la enfermedad.
FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES	• Sexo. • Edad. • Estado civil. • Residencia. • Educación. • Ingresos. • Seguridad Social.
VARIOS	• Seguridad de los productos. • Otros.

Estimamos que estos dos esquemas que hemos descrito se complementan. Ambos introducen los factores socio-económicos como indicadores del estado de salud de los individuos, y por tanto como base de las posibles desigualdades que se dan en el ámbito sanitario. Pero sólo se tienen en

cuenta los factores demográficos en Europa, realizando así un estudio más exhaustivo de las diferencias entre las distintas naciones, territorios o regiones de los estados miembros que también pueden llegar a producir divergencias en la calidad de vida y en la salud. En cambio, es a nivel de la OMS donde se introduce la política sanitaria como indicador, ya que determinados mandatos legislativos favorecen o desatienden a los colectivos más desfavorecidos en la esfera sanitaria.

3.4 LA IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES DE GÉNERO

Hasta hace poco tiempo relativamente, las mujeres han sido “invisibles” a la atención sanitaria, a los procedimientos diagnósticos e incluso a los tratamientos como publicó la revista *The New England Journal of Medicine*, conociéndose este fenómeno como el “síndrome de Yentl”. De esa manera los problemas de salud de las mujeres se reducían a problemas socioculturales, ocultando su fisiología, su condición y su entorno²⁰.

La investigación de la ciencia biomédica se ha centrado tradicionalmente en el estudio del ser humano, sin distinguir entre varón o mujer, pero basándose en una visión androcéntrica, ya que al estudiar al ser humano *varón* ya se había estudiado al ser humano *hembra*. Actualmente, esta visión ha sido modificada tras las aportaciones de las investigaciones realizadas por la sociología y el feminismo, a la vez que se ha demostrado que las condiciones de vida y de trabajo, las discriminaciones sociales y laborales, así como la violencia de género influyen de forma importante en el proceso de enfermar de las mujeres.

Encontramos algunos ejemplos que recogen un tratamiento específico de la diferencia de patologías en la mujer, como es la menopausia; pero sólo en base a que refleja un aspecto biológico de la misma.

Posteriormente, tras numerosos impulsos feministas se investiga sobre la morbilidad femenina diferencial que hasta ahora era imperceptible desde un

²⁰ VALLS LLOBET C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. *Rev. Quark*. 2003; 27: 41

punto de vista clínico, porque se había considerado que los problemas de las mujeres eran iguales que los de los hombres, y por ello se podrían extrapolar²¹, como apunta la Dra. Carme Valls, llegando incluso a la exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos o estudios. También señala otro motivo importante por el que las mujeres han sido invisibles como seres diferentes para la ciencia biomédica y ha sido porque sólo se las ha contemplado como no-hombre, confundiendo dos términos importantes: sexo y género.

A menudo se han utilizado estos dos conceptos indistintamente, llegando a producir confusión en las denominaciones y usos de los mismos. Esto es debido a que los dos términos relacionan con la salud de forma simultánea, ya que los individuos no viven siendo de un “sexo” o de un “género”, sino de ambos de la vez.

Como señalan las investigadoras Carme Borrell y Lucia Artazcoz, “ las diferencias de sexo y género determinan diferencias en los determinantes de salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres”²². Por ello, se hace necesaria una definición clara y concisa de ambos términos.

El término sexo hace referencia a la estructura cromosómica en el momento de la concepción dando lugar a las características biológicas del ser humano, es decir, nos estamos refiriendo al concepto de sexo biológico que está determinado por características genéticas, físicas, anatómicas y fisiológicas de los hombres y de las mujeres.

En cambio, el concepto de “género” tiene un significado distinto porque se describe como aquello que la sociedad y la cultura piensan de las

²¹ Ibídem, p. 45.

²² BORRELL C Y ARTAZCOZ L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev. Esp. Salud Pública. 2008; 82 (3): 245

características biológicas diferentes²³. Por ello, este término hace referencia a la gama de roles, relaciones, características de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencia socialmente contruidos, que la sociedad asigna a cada uno de los sexos de manera diferenciada. Por tanto, podemos afirmar que el género es una identidad adquirida y aprendida que varía en función de la cultura.

La Dra. Valls, ponente de la IV Conferencia de Pekín en 1995, recalca la influencia que tienen los problemas de género y los estereotipos en la salud de las mujeres y señala los siguientes problemas de género: la violencia de género, el papel de cuidadora informal que asume la mujer, la mayor demanda de asistencia sanitaria y mayor atención a la sintomatología que presenta, el escaso “empoderamiento”²⁴ de las mismas (bajos niveles de ocupación, de renta, de recursos y de trabajo), la paradoja entre la muerte y la vida (mayor esperanza de vida de las mujeres, pero con mayor tasa de enfermedad y discapacidad) y la falta de índices o indicadores propios de género en las encuestas de población.

A principios de los años 90 los gobiernos tomaron conciencia de la importancia de realizar análisis con enfoque de género en el desarrollo de sus políticas y normativas. Estos cambios están motivados por los discursos feministas que intentan transformar la realidad social mediante una expansión de derechos de la mujer para construir su identidad propia, bajo una realidad emancipatoria que englobe todos los ámbitos de la sociedad, persiguiendo la plena integración y participación. De esta manera, se logra que la mujer tenga una mayor visibilidad, se integre y participe en la toma de decisiones pasando del ámbito privado al público y convirtiendo lo personal en político mediante la aplicación de políticas públicas.

En el campo sanitario ha sido necesario contar con un sistema de indicadores de género que estudiaran la situación de salud de ambos sexos, y realizaran un seguimiento de los cambios en la situación de las mujeres respecto

²³ Ibídem, p. 46.

²⁴ En la IV Conferencia de la Mujer celebrada en Pekín, se consolida el término empowerment o empoderamiento, que consiste en potenciar la participación de las mujeres en igualdad de condiciones con los hombres en la vida económica y política, así como en la toma de decisiones a todos los niveles.

de los hombres para trasladar los resultados a la planificación y aplicación de las políticas y programas sanitarios.

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, ya se propuso desarrollar estadísticas de género, y se fijaron objetivos estratégicos en este sentido con el fin de poder medir determinadas variables que afectaran a la mujer en los diversos campos de estudio: trabajo no remunerado, cuidado de personas a su cargo, trabajo agrícola, etc., para posteriormente difundir estos datos e implantar las políticas públicas necesarias para paliar las desigualdades. Estos objetivos son:

- A.4: “Reunir datos desglosados por sexo y edad sobre la pobreza y todos los aspectos de la actividad económica”, “Elaborar medios estadísticos apropiados para reconocer y hacer visible, en toda su extensión, el trabajo de la mujer y sus contribuciones a la economía nacional, incluso en el sector no remunerado y en el hogar”.
- F.1: “Medir y comprender mejor el tipo, el alcance y la distribución del trabajo no remunerado, particularmente el trabajo de cuidado de los familiares a cargo y el trabajo no remunerado para las empresas o explotaciones agrícolas familiares”.
- G.1: “Reunir y difundir de forma regular datos cuantitativos y cualitativos sobre las mujeres y los hombres en todos los niveles de toma de decisiones del sector público y privado”.
- H.1: “Proporcionar la capacitación para el diseño y el análisis de datos según una perspectiva de género”.
- H.3: “Preparar y difundir datos e información destinados a la planificación y la evaluación desglosados por sexo”²⁵.

También en el informe de Beijing se destaca la necesidad de: “Fortalecer el sistema de recolección y procesamiento de datos estadísticos desagregados

²⁵ RUIZ CANTERO MT. Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva de género. Informe final. Universidad de Alicante. Ministerio de igualdad. p. 6-7

por sexo y adoptar indicadores de género que contribuyan al diagnóstico de la situación de las mujeres y a la implementación de políticas públicas”²⁶.

En España contamos con una fuente de información que son las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) que reflejan sólo una pequeña parte de los determinantes de salud, pero que resulta insuficiente para explicar la influencia de los principales problemas de salud de las mujeres, aunque sí nos permiten conocer la situación actual de la población, observar los cambios o la evolución que sufren los determinantes de salud en tiempo y naturaleza, pero sólo de forma genérica marcando las tendencias que se observan y priorizando los problemas a los que se debe prestar atención²⁷. Pero aún así, no nos proporciona la información necesaria para conocer las diferencias entre hombres y mujeres desagregadas por sexo que pudieran hacer visibles las desigualdades en salud por género, con la finalidad de atender de manera específica los problemas de salud de unos y otros como reconoce la Dra. Carme Valls, evitando así reducir los problemas de las mujeres a un problema social, psicológico o reproductivo²⁸.

También la Directora del Observatorio de la Mujer de España reconoce necesario contar con indicadores sensibles a las desigualdades de género, con el fin de utilizar la información que nos proporcionan para mejorar las políticas, programas y servicios de salud²⁹.

Además también contamos con una resolución de la OMS del 2007³⁰ que insta a los estados miembros a que incluyan el análisis de cuestiones de género en las actividades de planificación, en la formulación de estrategias nacionales para incorporar la perspectiva de género en las políticas, programas e investigaciones de salud (con sensibilidad en materia de mujer y salud) y para

²⁶ Ibidem, p.7

²⁷ BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE MM Y VICENTE MARTÍ-BOSCÀ J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004; 18 (1):02-06.

²⁸ Op. cit VALLS LLOBET C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. Rev. Quark. p.48

²⁹ Op.cit COLOMER REVUELTA C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Rev. Esp. Salud Pública. p.92

³⁰ Resolución WHA 60.254 de la OMS de fecha de 23 de mayo 2007.

que velen por unas condiciones equitativas en cuanto al género en todos los niveles de atención sanitaria³¹.

³¹ MERCADO CARMONA C. Equidad e igualdad de género. *RevistaSalud.com*. 2008; 4 (13). pdf

4. DESIGUALDADES EN SALUD

El concepto “desigualdad” designa las diferencias existentes que se dan en una situación determinada pero bajo la perspectiva de la justicia/injusticia³². En cambio, cuando nos referimos a las “desigualdades en salud” estamos señalando las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, debido a su clase social, género, territorio o etnia, originando una peor salud de los colectivos menos favorecidos de la población³³.

La OMS definió el término “desigualdad” (inequity) como “las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas”; incluyendo, por tanto, una dimensión moral o ética a este concepto³⁴.

Las desigualdades en salud han sido y siguen siendo un tema importante sobre el que se está investigando ampliamente, como reflejan las numerosas publicaciones científicas europeas sobre epidemiología y salud pública que se han realizado. Las conclusiones de dichos estudios muestran la marcada relación de la salud con el nivel socioeconómico de los individuos y con el género, determinándose que cuanto más baja es la clase social peor estado de salud presentan esas personas. Pero este hecho no sólo se constata en países subdesarrollados, sino que también se produce en las naciones o estados del primer mundo, cuyas sociedades se caracterizan por ser más ricas, avanzadas, desarrolladas y modernas pero bajo la influencia de filosofías neoliberales, imponiéndose el valor de mercado en todos los aspectos de la vida³⁵.

³² Op. cit. VARGAS GLÁVEZ R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. Desarrollo económico y social. Desigualdades en salud. Indicadores sanitarios. p.1094

³³ Op. cit. BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE MM, VICENTE MARTÍ-BOSCÀ J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. p: 02.

³⁴ Op. cit. VARGAS GLÁVEZ R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. Desarrollo económico y social. Desigualdades en salud. Indicadores sanitarios. p.1094

³⁵ Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. Rev. Salud 2.000. p. 13

Debido a ello, se deben valorar qué factores determinantes de la salud provocan las desigualdades sanitarias evitables e injustas.

Hay autores, como Stronks y Gunning Shepers, que establecen tres grupos o apartados de desigualdades en base a la libertad que la persona tiene para decidir o escoger las condiciones de vida que van a influir en su salud. Estos grupos son:

- *Desigualdades aceptables*: cuando las diferencias son fruto de una elección personal.
- *Desigualdades inevitables*: aquellas que no se pueden evitar y tampoco son consecuencia de una elección individual.
- *Inequidades*: cuando los determinantes de las desigualdades en salud son evitables y no son fruto de una elección particular del individuo. Por tanto, son unas diferencias innecesarias, evitables, injustas e intolerables³⁶.

Hemos de tener en cuenta que existe una interrelación entre los factores socioeconómicos y las desigualdades en salud que no siempre van vinculadas a una elección libre y personal. Hay variables que se presentan asociadas a los recursos económicos, al medio social donde las personas viven y trabajan, etc., que favorecen una situación de salud precaria.

Además de todo lo descrito anteriormente, a estas diferencias hay que sumarle las inequidades de género en relación con la salud.

Siguiendo el esquema del programa de “Mujer, Salud y Desarrollo” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las inequidades sanitarias de género se clasifican en tres grupos diferentes, recogiendo todos los desajustes que se producen en la salud de las mujeres:

1. *Diferencias entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud.*

³⁶ Op. cit. VARGAS GÁLVEZ R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. Desarrollo económico y social. Desigualdades en salud. Indicadores sanitarios. p.1094

Este primer grupo de inequidades hace referencia al estado de salud y sus determinantes.

Primero se señalan los diferentes riesgos de salud que se producen en las mujeres, derivados en parte de su función reproductiva. Posteriormente, se apuntan los aspectos que condicionan las peores oportunidades que poseen las mujeres de gozar de buena salud como son el menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos.

2. Diferenciación entre las necesidades de salud y el acceso a los recursos.

En este apartado se hace referencia a las diferentes necesidades de salud que presentan las mujeres, derivadas en parte de su función reproductiva, y también a las menores oportunidades de acceder a los recursos materiales y por tanto a los servicios sanitarios.

3. Diferenciación entre las responsabilidades y el poder en el trabajo de salud.

Tenemos que tener en cuenta que las mujeres son el colectivo de trabajadores más numeroso con y sin remuneración, pero que se encuentran en los puestos laborales de inferior categoría, limitando así su poder y capacidad de influencia en la toma de decisiones y en la política de salud, siendo ambos factores importantes para el cambio³⁷.

4.1 PRINCIPALES INDICADORES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Como acabamos de comentar, las desigualdades en salud entre mujeres y hombres están determinadas en su gran mayoría por factores sociales, como el nivel de ingresos, el nivel de vida,...; y a su vez estos determinantes van a estar influenciados por sistemas de género como se recoge más adelante.

³⁷ Equidad de género. El programa “Mujer, Salud y Desarrollo”. OPS

Existen varios modelos conceptuales que intentan explicar los determinantes sociales que provocan las desigualdades en salud. Uno de ellos fue elaborado por la OMS a través de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, en 2007. Siguiendo este modelo diferenciamos tres importantes factores del sistema social. Los dos primeros se fundamentan en la estructura social que favorece estas inequidades, y el último grupo denominado “determinantes intermedios” relaciona algunas variables socioeconómicas con factores psicológicos, físicos o conductuales que ocasionan las desigualdades sociales en salud, como muestra la figura 3.

1. El contexto socioeconómico y político.

Este factor modifica la estructura social de forma significativa porque incluye aspectos tan relevantes como:

- *El gobierno*, es decir, la política, la transparencia, el poder, la corrupción, etc.
- *Las políticas macroeconómicas* de regulación fiscal y de mercado de trabajo.
- *Las políticas sociales* que afectan a la vivienda, al trabajo, al bienestar, a la distribución de recursos, etc.
- *Otras políticas públicas* que atienden a la educación, a la sanidad, protección social, etc.
- *Valores sociales y culturales* como el valor de la salud y los servicios sanitarios.

Aunque no podemos relacionar directamente este factor con la presencia de desigualdades en salud, sí podemos afirmar que las sociedades que potencian un estado de bienestar mediante políticas públicas acortan la diferencia, presentándose mejores resultados y menores desigualdades de salud entre la población.

2. Posición socioeconómica.

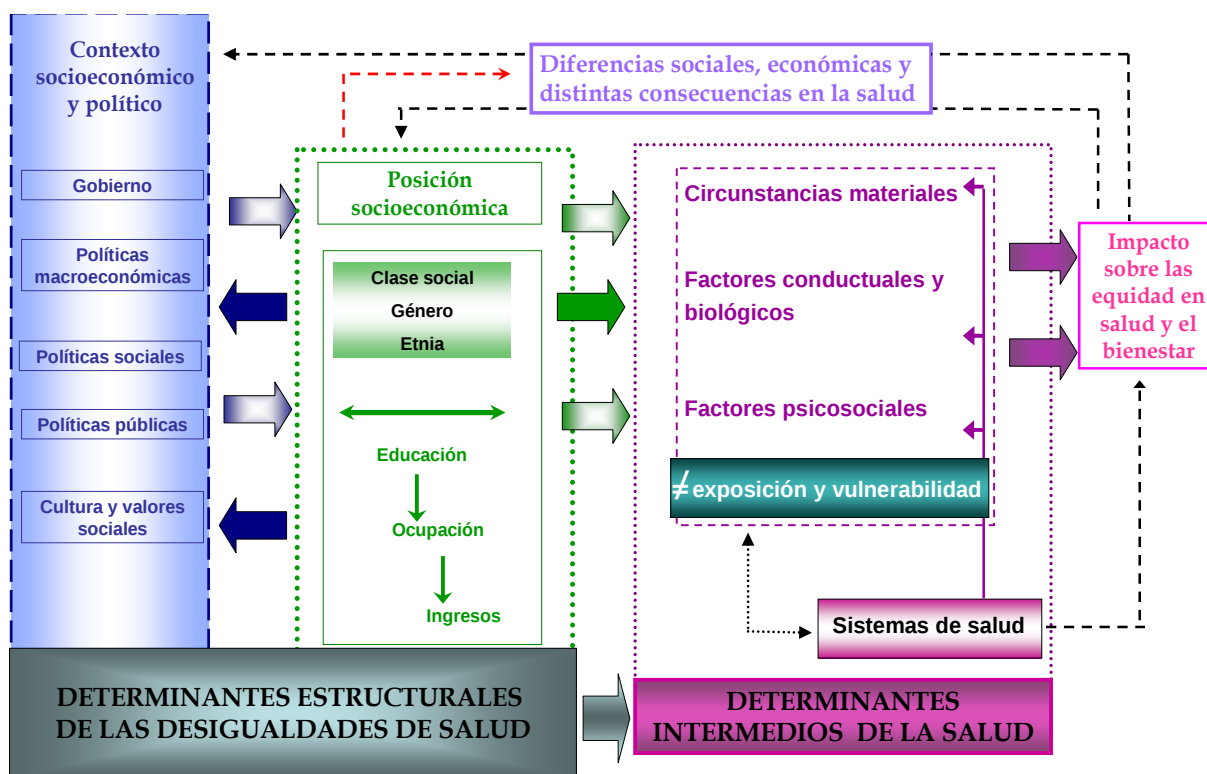
En este apartado hacemos referencia a los siguientes ejes: la clase social, el género y la etnia o raza. En función de estos tres parámetros podemos determinar las oportunidades que los individuos tienen para el acceso a los recursos, a la salud, o al poder.

3. Los determinantes intermedios.

Estos factores los podemos clasificar en:

- *Circunstancias materiales*: la vivienda, nivel de ingresos, condiciones de trabajo, etc.
- *Circunstancias psicosociales*: falta de apoyo social, situaciones de estrés, etc.
- *Factores conductuales y biológicos* como pueden ser hábitos de vida insalubres.
- *El sistema de salud* en cuanto a la accesibilidad o a la menor calidad en función de la clase social³⁸.

FIGURA 3: PRINCIPALES DETERMINANTES Y MECANISMOS CAUSANTES DE DESIGUALDADES EN SALUD.



Fuente: Borrell C y Artazcoz L.

³⁸ BORRELL C Y ARTAZCOZ L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008; 22 (5): 466

Existen otras tesis que reflejan la existencia de unos factores predisponentes a las desigualdades sociales en salud, como son:

- I. La estructura de la población en cuanto a la distribución geográfica o por edades y los fenómenos migratorios.
- II. El índice de pobreza. Existe una relación directamente proporcional entre la pobreza y la morbilidad, especialmente en enfermedades transmisibles, trastornos mentales y violencia. Pero también existe un menor acceso a los servicios sanitarios, bien preventivos o asistenciales, unido a una escasa disponibilidad de recursos para afrontar los problemas de salud y bienestar.
- III. El enfoque de género. Éste nos permite analizar las consecuencias de la discriminación de la mujer en su salud, pero también nos permite relacionar los estereotipos y roles de género socialmente aceptados, y el impacto que tienen en la salud de las mujeres frente a los hombres, como es por ejemplo los problemas de salud asociados a la doble jornada de trabajo.
- IV. Proceso de trabajo. Este factor estudia qué trabajos son predominantes en mujeres, cuáles son los riesgos laborales a los que están expuestas las trabajadoras, cuál es el nivel de cualificación y cuáles los méritos que se exigen en función del puesto y, además, analiza la discriminación, marginación, inseguridad, etc., en ellas.³⁹

El análisis conjunto de estos dos modelos permite resaltar que las desigualdades en salud no afectan a todos los individuos por igual. Las mujeres sufren una mayor diferenciación en el nivel de bienestar ocasionado por los sistemas de género basados en la idiosincrasia de los comportamientos sociales o estereotipos de género que afectan a los roles reproductivos y productivos, a la división sexual del trabajo doméstico y/o extradoméstico, al cuidado de familiares, al empoderamiento y los sistemas de poder, circunstancias y condicionantes que es necesario observar y evaluar en su contexto.

³⁹ Op. cit. VARGAS GÁLVEZ R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. Desarrollo económico y social. Desigualdades en salud. Indicadores sanitarios. p.1095

Todos estos puntos que reflejan la desigualdad social en la salud de la población serán de especial relevancia tenerlos en cuenta cuando se propongan medidas para reducir las diferencias y conseguir un nivel óptimo de salud, bien mediante políticas públicas, actuaciones institucionales o intervenciones sanitarias.

4.2 DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD.

Existen estudios que reflejan la variabilidad de los datos de morbilidad y mortalidad en función del sexo teniendo en cuenta factores como los referidos a la división sexual del trabajo o de las tareas, al desempeño de un rol y a la posición o identidad social de género. Estas investigaciones muestran la necesidad de contar con una información que posea sensibilidad de género, o al menos desagregada por sexo, para conocer la situación real, comprender y paliar las situaciones de desigualdad en salud, y orientar la política nacional hacia la igualdad social, cultural y económica⁴⁰.

4.2.1 Concepto de Género

Los términos “desigualdades de género” y “enfoque de género” en salud son conceptos relativamente recientes, que provocan un debate social por las connotaciones displicentes que se les asignan.

El concepto “de género” se define como “un constructo social que pone de manifiesto las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y los hombres y, por tanto, intenta diferenciar el sexo biológico de la forma en que la sociedad construye el «ser hombre» o «ser mujer»”⁴¹, es decir, es la construcción social de las diferencias

⁴⁰ RUIZ CANTERO MT. Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva de género. Informe final. Universidad de Alicante. Ministerio de Igualdad.

⁴¹ Op. cit .BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE MM Y VICENTE MARTÍ-BOSCÀ J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. p.3

biológicas entre hombres y mujeres. Además, el uso de este concepto requiere la deconstrucción de las expectativas sobre el comportamiento y las características de las mujeres y hombres, descrito como “feminidad” y “masculinidad”⁴².

Según Light, Keller y Calhoun (1991) “género” se define como “todas las características no biológicas asignadas a hombres y mujeres”⁴³, es decir por cualidades, roles, creencias que no están en la persona por su sexo, sino que se asocian a la persona por lo que piensa y cree, en la sociedad donde nace. Por tanto, es una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo, y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social. Debido a ello, la diferencia de género no es un rasgo biológico, sino una construcción mental y sociocultural que se ha elaborado históricamente y, por ello, el término género no se puede equipar a sexo.

También Lourdes Benería define el término género como “un conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre de la mujer a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. Como proceso histórico que se desarrolla a distintos niveles tales como el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales”⁴⁴.

En resumen, se entiende por género un concepto cultural que alude a la clasificación social en dos categorías: lo masculino y lo femenino. Es una construcción de significados, donde se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de feminidad/masculinidad, y por tanto, la acción de la sociedad es definitiva para su aprendizaje y desarrollo. Así pues, este término no es un sinónimo de cuerpo o sexo, sino que tiene que ver con las diferencias en la división de papeles que asume cada uno, creándose unas relaciones

⁴² Equidad de género. El programa “Mujer, salud y desarrollo”. OPS.

⁴³ Definición de género en Light D, Keller S y Calhoun C. Sociología. Bogotá: Mc Graw-Hill. Interamericana; 1991

⁴⁴ MURILLO DE LA VEGA S. El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio. Madrid: Siglo XXI;1996 p. 14.

asimétricas, ya que solamente por pertenecer a un género se le otorga una posición o un reconocimiento, obviando el criterio de mérito y de capacidad. Por tanto, podemos señalar que el termino género hace referencia a las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, y al impacto que estas desigualdades tienen sobre la vida de las personas.

De forma genérica, podemos afirmar que el concepto de género es relacional porque estudia las relaciones sociales entre hombres y mujeres, y el análisis de estas diferencias nos permite hablar de enfoque de género para explicar la existencia de desigualdades.

4.2.2 Perspectiva o Enfoque de Género en Salud

En la actualidad, el concepto de “perspectiva de género” o “enfoque de género” intenta explicar y comprender los diferentes planteamientos personales y sociales existentes en la sexualidad, la salud, el trabajo, la educación, etc., entre las dos categorías anteriormente citadas. Por ello, el enfoque de género en salud se extiende más allá del campo de la «salud de las mujeres», porque lejos de olvidar a los varones, los incluye como elemento esencial en las relaciones de poder y desigualdad que afectan a la salud de todos, tanto de los hombres como de las mujeres⁴⁵. Debido a ello, sirve de herramienta para identificar y explicar la existencia de las diferencias de género en salud y para describir las consecuencias que el trabajo, productivo y reproductivo, tiene en la manifestación de desigualdades de género en salud⁴⁶.

La integración del enfoque de género en la acción sanitaria se está llevando a cabo de forma paulatina, debido a que la evidencia científica ha demostrado la existencia de las desigualdades en salud (diferencias injustas) entre mujeres y hombres, basadas en el diferente reparto de los roles sociales y

⁴⁵ Op. cit. BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE MM, VICENTE MARTÍ-BOSCÁ J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. p. 3

⁴⁶ MERCADO CARMONA C. Equidad e igualdad de género. *RevistaeSalud.com*. [online]. 2008; 4 (13).

de poder entre ambos. Igualmente, las investigaciones científicas han mostrado un peor estado de salud percibida de las mujeres, una peor calidad de vida y una demanda de servicios sanitarios de forma distinta a los varones.

Por ello, el enfoque de estudio de estas desigualdades debe evitar la perspectiva individual y androcéntrica, basada en una idea genérica de salud, y debe prestar atención a los diferentes aspectos que atañen a las mujeres, como son las condiciones laborales del trabajo remunerado, del trabajo doméstico y la doble jornada, la violencia de género y sus efectos, así como las consecuencias o efectos negativos del cuidado de las personas menores, mayores o discapacitados a cargo de las mujeres, asumiendo así un papel de cuidadora informal.

Como señala el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), “las mujeres tienen, además de los problemas y necesidades de salud específicas, una perspectiva del proceso de salud y enfermedad diferente a la de los hombres. Mientras para ellas es una concepción global, cercana a la de la OMS, que la diferencia de la ausencia de enfermedad, la relaciona con la energía, el equilibrio y el bienestar e integra los diferentes elementos vitales como un continuo, enlazando salud, familia, consumo, calidad de vida, medio ambiente..., ellos poseen una visión fragmentada de los diferentes factores y tendiendo a aislarlos, diferenciarlos y explicarlos de forma individual.

A medida que la mujer se incorpora al trabajo productivo, va transformando esa visión integrada en otra que busca el equilibrio entre los diferentes elementos por el desplazamiento del rol maternal hacia el rol laboral fuera del hogar”⁴⁷. Y es este punto, el de la perspectiva de género, el que debe estudiarse en el campo de la salud para reconocer el impacto de género que se produce en:

- El estado y los determinantes de salud para hombres y mujeres.
- Los obstáculos de acceso a los servicios y recursos de salud.

⁴⁷ Observatorio de la Salud de las Mujeres. Estrategia de Acción 2004-2007. La salud de las mujeres. Ministerio de sanidad y Consumo. p: 3-4.

- Las políticas y programas de salud⁴⁸.

Siguiendo las recomendaciones del Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), se debe realizar el análisis de género en salud porque su utilización ofrece una forma sistemática de observar el impacto diferenciado de programas, proyectos, políticas y piezas legislativas sobre los hombres y sobre las mujeres⁴⁹.

4.2.3 Enfoque de Género en los Problemas de Salud de las Mujeres

La diferente situación de salud de la mujer respecto al hombre puede explicarse en parte, por los distintos riesgos y vulnerabilidades que existen debidos a:

- *Los roles* que son diferentes comportamientos y actitudes adoptados por hombres y mujeres.
- *Los estereotipos de género* que se definen como las diferencias de modelos (expectativas que se configuran antes de nacer las personas); es decir, los hombres y mujeres aprenden lo que se espera, y con el contexto social inmediato lo que es posible y deseable hacer como miembros de cada sexo. Las imágenes estereotipadas de hombres y mujeres marcan luego los comportamientos. Así, si la imagen de la mujer es la de una persona sumisa, insegura, interesada por la apariencia, lógica, centrada en el hogar, emotiva y pasiva es probable que se generen estructuras, comportamientos, actitudes y relaciones que respondan al estereotipo. Ese hecho, a su vez, refuerza la imagen previa. de su sexo.
- *Los estilos de vida y prácticas preventivas* distintos entre mujeres y hombres.

⁴⁸ Equidad de género. El programa “Mujer, Salud y Desarrollo”. OPS

⁴⁹ Op.cit. MERCADO CARMONA C. Equidad e igualdad de género. *RevistaeSalud.com*. [online]. 2008; 4 (13).

- *Las condiciones estructurales* en que estos roles se desarrollan.

Hay autores como Denton y cols. que defienden, dentro del modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS, que los factores socio-estructurales y psicosociales⁵⁰ son los más importantes para explicar la salud de las mujeres, mientras que los comportamentales⁵¹ resultan más relevantes en los hombres. De esta manera, se observa que existe mayor repercusión sobre la salud de las mujeres debido a que hay mayor número de factores encadenados que influyen en el bienestar de las mismas.

También debemos señalar que estas diferencias en salud entre mujeres y hombres dependerán, en gran medida, del indicador que utilicemos y del momento del ciclo de la vida en el que se realice las mediciones, ya que debemos tener en cuenta las etapas vitales de ese ciclo para comprender mejor las desigualdades de género y salud⁵².

Estas diferencias en salud entre mujeres y hombres están ocasionadas por diversos factores de género como recogen distintos estudios:

1. Las mujeres y los hombres contribuyen de forma diferente y desigual a la sociedad y existe un diferente y desigual acceso a los recursos y su control.
2. Los roles de género que han sido contruidos y aceptados socialmente sobre los conceptos de masculinidad y feminidad.
3. El diferente modo de interrelación de las mujeres y los hombres para compartir responsabilidades en la vida social y familiar.

⁵⁰ Nos referimos a los factores socio-estructurales como los determinantes estructurales que engloban el contexto y la posición socioeconómica que recoge la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Y a los factores psicosociales como los determinantes intermedios de la salud. (Ver figura 3.)

⁵¹ Los factores comportamentales se encuadran dentro de los determinantes intermedios de salud denominados factores de conducta.

⁵² GARCÍA CALVENTE MM, DELGADO SANCHEZ AM, MATEO RODRÍGUEZ I, MAROTO NAVARRO G, BOLÍVAR MUÑOZ J. El género como determinante de desigualdad en salud y utilización de servicios sanitarios. En el Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. Rev. Salud 2.000. 2007; 114: 14

4. Los hombres tienen más poder que las mujeres en la mayoría de las esferas de toma de decisiones de la sociedad⁵³.

En base a esta supremacía de la ideología androcéntrica y la socialización de los roles podemos crear un marco estructural de los problemas de salud de las mujeres bajo la perspectiva de género siguiendo el modelo presentado por la Universidad de Alicante (figura 4). Este modelo diferencia tres apartados importantes a tener en cuenta:

1. El estudio de los determinantes sociales, económicos y psicológicos que dan lugar a las desigualdades en salud.
2. Los problemas de salud diferenciales.
3. Las consecuencias o efectos negativos para las mujeres⁵⁴.

En dicho modelo se distinguen primeramente las diferencias biológicas que se dan entre ambos sexos para delimitar las patologías que afectan básicamente a la esfera reproductiva, y por tanto a la mujer.

Es importante no confundir estos determinantes biológicos con los de género, debido a que no pueden considerarse en sí mismos discriminatorios porque no son situaciones evitables sino que los determina la naturaleza. En cambio, los de género sí producen exclusión porque afectan a la esfera productiva y social de las mujeres ocasionando las desigualdades en salud.

Por ello, las diferencias en el bienestar, la calidad de vida y la salud de las personas estarán influenciadas por ideologías de carácter androcéntrico, patriarcal y capitalista. Todas ellas son formas de dominación que constituyen la ideología de género.

Podemos definir el concepto de “ideología de género” como el conjunto de características que definen al sujeto en su condición histórica. Es el resultado de una construcción simbólica.

⁵³ RUIZ CANTERO MT. “Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva del análisis de género” Informe final del proyecto. Universidad de Alicante. Ministerio de igualdad. p.12

⁵⁴ Ibídem, p.12

Así, esta ideología dominante y la socialización de los roles de género van a influir en las identidades y estereotipos de tal manera, que provoquen la discriminación de la mujer en salud, como refleja la figura 4, en base a:

- El valor social de la mujer como objeto de deseo masculino mediante la modelación de cuerpos ideales.
- La aceptación de un comportamiento sexual femenino y masculino (promiscuidad).
- La existencia de barreras educativas.
- Limitaciones económicas: segregación horizontal/vertical, tasa de empleo/desempleo y doble jornada de trabajo.
- La adopción de roles en el ámbito reproductivo y en el ámbito doméstico (cuidados informales de las personas a cargo de la mujer).
- La existencia de barreras sociales y culturales.
- El acceso desigual al sistema sanitario (sesgo de género terapéutico).

Entendemos por “sesgo de género”, según la Dra. M^a Teresa Ruiz: “el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres (en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos), el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto al otro”. De tal manera deducimos que en la práctica clínica que la situación de salud de las mujeres y los hombres y sus riesgos son similares cuando son distintos, o que son diferentes cuando realmente son iguales. Pero cualquiera de las dos situaciones menoscaba la salud de ambos sexos, pero especialmente la de las mujeres⁵⁵.

También debemos tener en cuenta la situación de discriminación que sufre la mujer por el desigual reparto de poder en el mundo laboral. Estas diferenciaciones se producen porque a los hombres se les asigna socialmente el trabajo productivo (económico-mercantil que se realiza fuera del hogar) y a las

⁵⁵ RUIZ CANTERO MT, VERDU DELGADO M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit. 2004; 18 (1): 120

mujeres el trabajo reproductivo (dentro del ámbito doméstico) que carece de valor social, como señalan las investigadoras Carme Borrell y Lucía Artazcoz.

Esta visión primaria va cambiando tras la incorporación de las mujeres al mercado laboral, aunque siguen padeciendo una fuerte discriminación por:

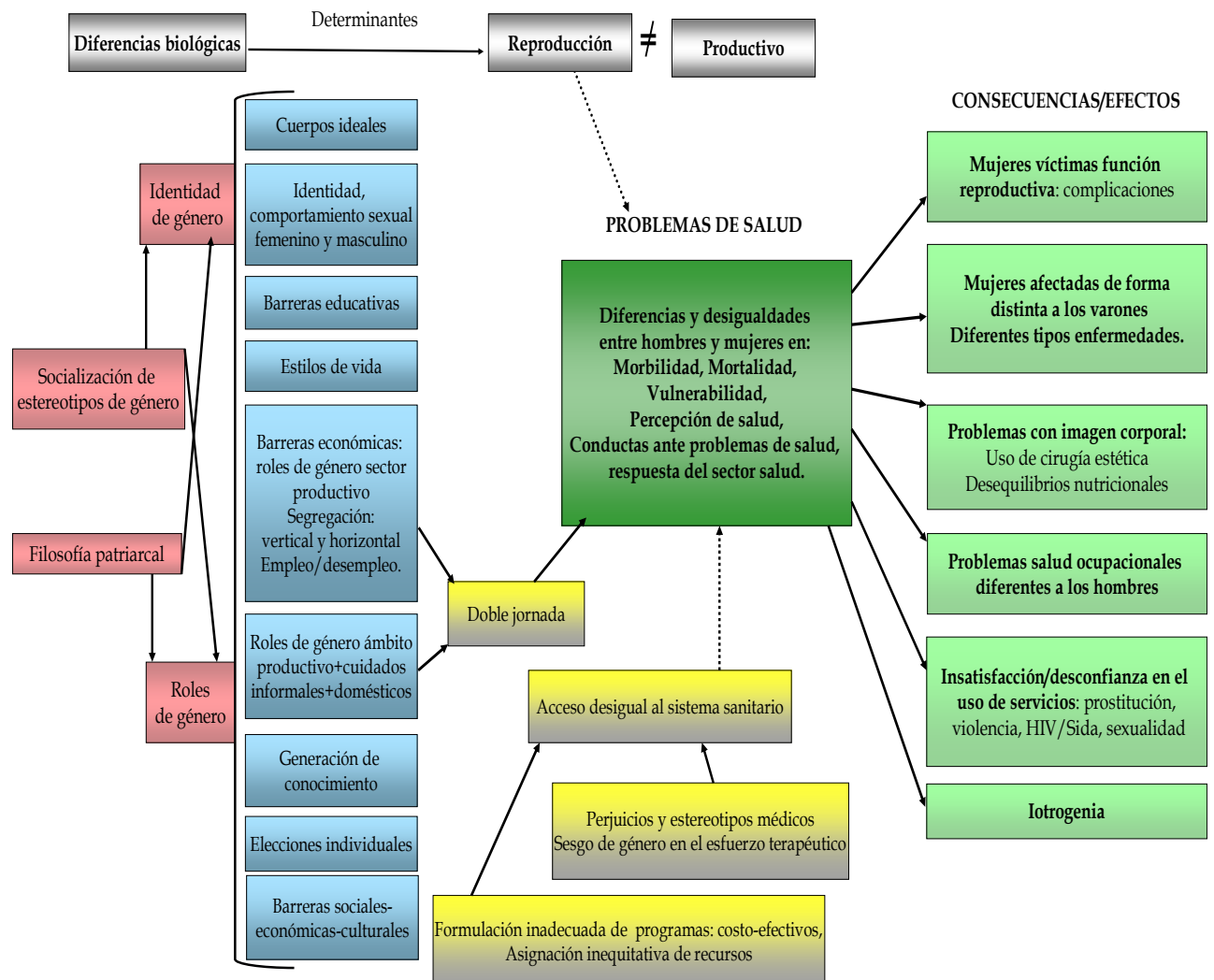
- La segregación laboral tanto horizontal porque ocupan puestos mayoritariamente en el área servicios, como vertical, porque desempeñan puestos que requieren menor cualificación y menor autoridad.
- La menor exposición a factores de riesgo, ya que son los varones los que trabajan en ocupaciones con alto riesgo de sufrir accidentes laborales.
- La mayor tasa de desempleo y de contratos precarios como los contratos de media jornada⁵⁶.

Estos son datos importantes a tener en cuenta para el análisis de los diferentes problemas de salud en función del género, ya que ocasionan efectos negativos y diferentes en la salud de las mujeres que se visualizan a través de los indicadores sanitarios de morbilidad, mortalidad, vulnerabilidad, percepción de salud, hábitos y conductas⁵⁷.

⁵⁶ Op.cit. BORRELL C Y ARTAZCOZ L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev. Esp. Salud Pública. p.466-467

⁵⁷ Op. cit. RUIZ CANTERO MT. “Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva del análisis de género”. Informe final. Universidad de Alicante. Ministerio de igualdad. p.15-16

FIGURA 4: ENFOQUE DE GÉNERO EN LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES⁵⁸



4.3 ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS DE SALUD ENTRE MUJERES Y HOMBRES

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en el año 2006⁵⁹ muestra datos muy reveladores e importantes de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, aunque no aporta datos suficientes para el análisis y estudio de la variable género en salud.

⁵⁸ Ibídem, p. 13

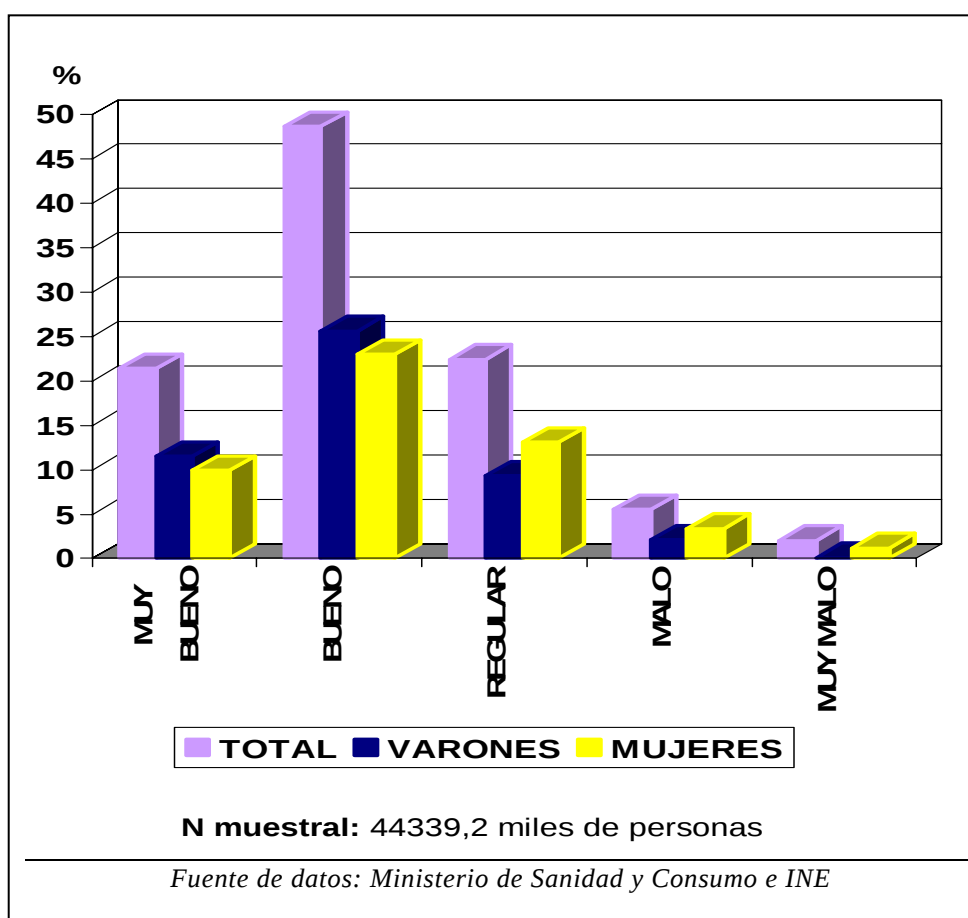
⁵⁹ Mujeres y Hombres en España 2009. Publicación del Instituto Nacional de Estadística y el Instituto de la Mujer.

El total de encuestas realizadas fue de 4339,2 miles de personas, siendo el 49,41% contestadas por hombres frente al 50,58% que fueron realizadas a mujeres.

Una de las variables de estudio de dicha investigación fue el grado de salud percibida o sentida por la población, es decir, la autopercepción de enfermedad. Esta apreciación negativa de la salud es más frecuente entre las mujeres y está vinculada a factores culturales, geográficos y socioeconómicos como señalan otras investigaciones⁶⁰.

En España, también observamos esta diferenciación del estado de salud percibido entre hombres y mujeres, como se muestra en el gráfico 2.

GRÁFICO 2: VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PERCIBIDA SEGÚN SEXO



⁶⁰ GÓMEZ GÓMEZ E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública. [online]. 2002; 11 (5-6).

Esta diferencia en la calidad de salud percibida está vinculada con la búsqueda de atención sanitaria. Cuanto peor es el estado de salud percibido mayor es la demanda de servicios sanitarios. Así en el caso de las mujeres llega a un 89,2% frente al 78,3% de los varones.

Esta demanda de asistencia está influenciada por la socialización de roles diferenciales entre los hombres y las mujeres como sugieren algunos estudios, ya que los varones tienden a calificar la enfermedad, y por tanto la búsqueda de atención médica y cuidados como manifestaciones de debilidad y falta de hombría que contradicen el estereotipo de masculinidad como son la valentía, la fortaleza, la entereza, el dominio y la independencia. En cambio, las mujeres demandan mayor asistencia porque muestran una considerable preocupación por la salud y están más familiarizadas con la detección de síntomas debido al rol de cuidadoras informales que asumen en muchos casos. Pero, ante los problemas graves de salud no existe una diferencia sustancial en la demanda de servicios sanitarios, ya que acuden por igual hombres y mujeres, como señalan algunos estudios⁶¹.

Ahora bien, si estudiamos los principales problemas de salud que padece nuestra población en el año 2006, distinguimos no sólo diferencias en cuanto a la distribución en función del sexo, sino también en su clasificación, dando lugar a una actuación profesional distinta tanto a nivel preventivo como asistencial.

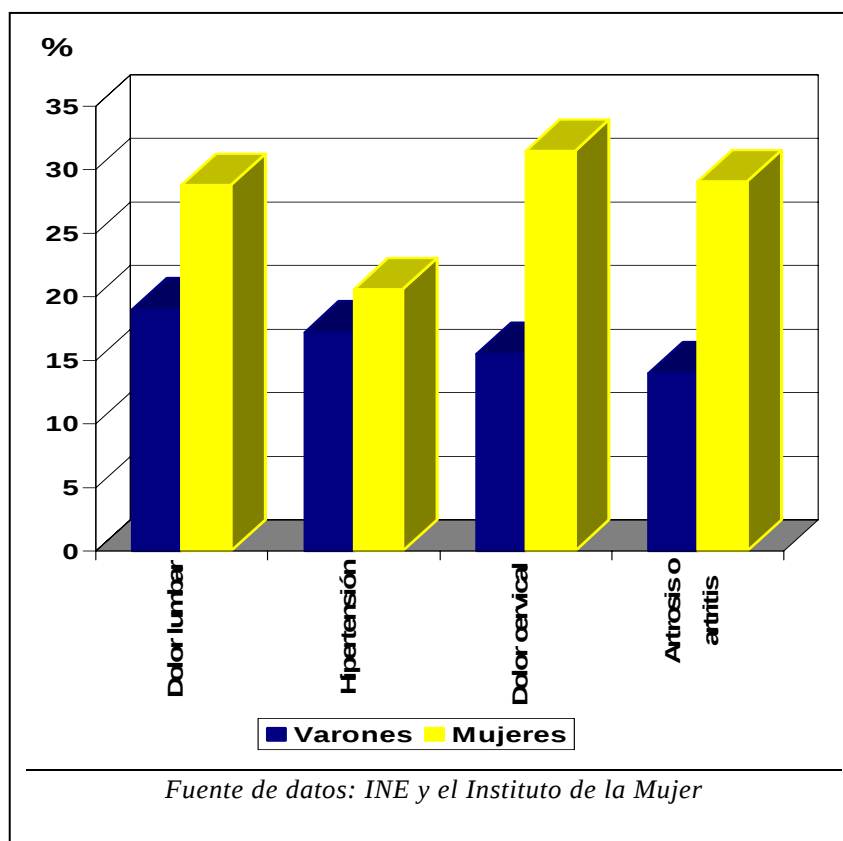
Atendiendo a la frecuencia y distribución en función de la variable sexo podemos clasificar estos problemas de salud de la siguiente manera:

⁶¹ Op. cit. GÓMEZ GÓMEZ E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Publica. [online]. 2002

VARONES	MUJERES
1º Dolor crónico lumbar	1º Dolor crónico cervical
2º Hipertensión arterial	2º Artrosis, artritis o reumatismo
3º Dolor crónico cervical	3º Dolor crónico lumbar
4º Artrosis, artritis o reumatismo	4º Varices en miembros inferiores
5º Colesterol elevado	5º Hipertensión arterial

También se observa una diferenciación de las patologías que dan lugar a mayor demanda de cuidados. En el gráfico 3 se recogen los principales problemas de salud de larga evolución o crónicos que sufren las personas mayores de 16 años en el 2006. En general, se observa una mayor cronicidad de ciertas enfermedades en la mujer asociadas a trastornos musculoesqueléticos y cardiocirculatorios.

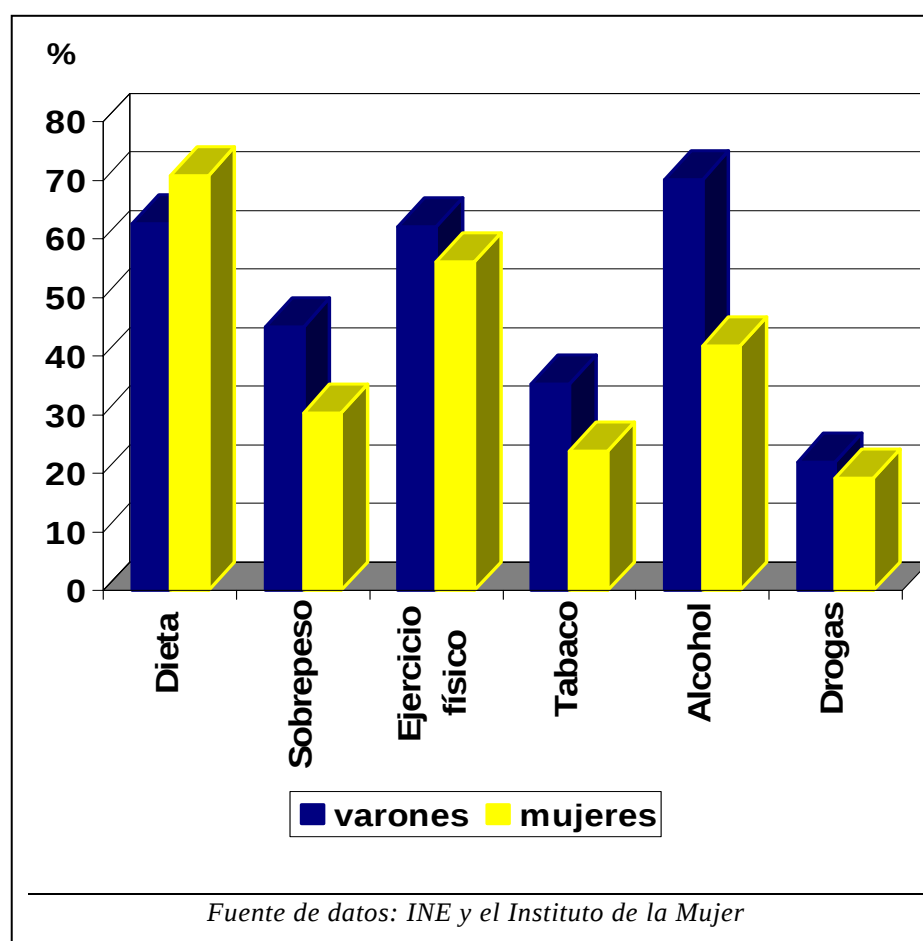
GRÁFICO 3: PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LARGA EVOLUCIÓN O CRÓNICOS



En este estudio que realiza el INE y el Instituto de la Mujer, también quedan reflejadas las desigualdades en salud según uno de los determinantes sociales de salud: los hábitos de vida. Éstos los podemos definir como conductas adquiridas a través del aprendizaje social, fuertemente influenciadas por la situación socioeconómica y que adquieren un significado social según la pertenencia cultural. Están fuertemente vinculados a los niveles de salud de la población y se pueden clasificar en conductas saludables o nocivas⁶².

En el gráfico 4 se recogen diversos ítems que estudian los estilos de vida de la población española donde se observan ciertos contrastes.

GRÁFICO 4: DIFERENTES HÁBITOS DE VIDA ENTRE HOMBRES Y MUJERES.



⁶² Op. cit. GARCÍA CALVENTE MM, DELGADO SANCHEZ AM, MATEO RODRÍGUEZ I, MAROTO NAVARRO G, BOLÍVAR MUÑOZ J. El género como determinante de desigualdad en salud y utilización de servicios sanitarios. En el Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía (Indesan-1). Rev. Salud 2.000. p. 15

Cuando nos referimos a la variable dieta estamos haciendo alusión al consumo de frutas y verduras. Éste es mayor en las mujeres que en los hombres, un 70,8% frente a un 62,7% respectivamente. También se recoge en las ENS el porcentaje de población que está sometida a un régimen especial o a alguna dieta, observándose también una mayor cifra en mujeres (13%) que en varones (9,3%), aunque la variable de índice de masa corporal refleja que existe el mismo porcentaje de obesidad en los hombres que en las mujeres (15%), a pesar de ser mayor la cifra de varones con sobrepeso (45,1%).

Otro ítem estudia el ejercicio físico. Un 62,1% de los hombres contestaron en que realizaban ejercicio habitualmente en su tiempo libre, frente al 56,2% de las mujeres. Pero al añadir la variable edad encontramos oscilaciones en los porcentajes. En la etapa de juventud son los hombres los más representativos, pasando a serlo las mujeres en la etapa de la madurez.

En el consumo de sustancias o drogas existen mayores diferencias. El hábito tabáquico es superior en los hombres, pero existe una mayor habitualidad en las mujeres debido a que sólo hay un 2,4% de las encuestadas que refiere ser fumadora ocasional, frente a un 3,7% en los varones del total de la población que se reconoce fumador/a. También se observa un mayor abandono del tabaco en los hombres en un 28,1% en contraposición a las mujeres con un 13,2%. Del total de encuestados, más de la mitad de las mujeres nunca han fumado. Este hecho se refleja en un aumento de las enfermedades pulmonares y cardíacas en los varones, dando lugar a una mayor mortalidad por estas patologías en estos individuos como veremos posteriormente.

En el consumo de alcohol es mayor la diferencia que existe entre los sexos. El varón consume un 28,4% más alcohol que las mujeres, en todos los rangos de edad, ocasionando una mayor probabilidad de padecer enfermedades hepáticas en los hombres.

En el ítem de consumo de drogas existen diferencias entre los sexos según el tipo de droga o sustancia consumida. En el varón es superior el

consumo de cannabis, éxtasis y cocaína, mientras que en la mujer es más frecuente el consumo de tranquilizantes o hipnosedantes. Pero aún así, el porcentaje medio es muy similar aunque difiera el tipo de droga.

Sería interesante cruzar estos datos de los hábitos de vida en salud con el nivel de educación y la posición socioeconómica de la población de estudio como ya se ha realizado en la comunidad andaluza. Ello demostraría que existe una interrelación entre los peores niveles de salud con la existencia de factores de riesgo o hábitos nocivos, con el bajo nivel de estudios académicos y con la falta de recursos económicos⁶³.

Al estudiar los problemas de salud y discapacidad de la población de estudio, observamos que hay 750.000 mujeres más que hombres que afirman tener una discapacidad. Pero al relacionar la tasa de discapacidad con la edad advertimos que estas tasas son mayores en las mujeres con edades superiores a 45 años, y en los varones en los tramos de edad inferiores a 44 años⁶⁴.

Este hecho supone otro motivo para la mayor demanda de asistencia por parte de las mujeres, ya que presentan una superior incidencia y prevalencia de enfermedades asociadas a una mayor longevidad.

La mortalidad es otra variable que muestra diferencias entre los sexos. A pesar de haber descendido ligeramente a nivel general, esta tasa sigue siendo superior en los varones debido a los hábitos de vida y factores de riesgo aunque se han acortado distancias con las mujeres ya que han disminuido las muertes por uso de drogas, sida y accidentes de tráfico. Así, en el 2007 la tasa de mortalidad para los varones fue de 52,2%, aunque en el grupo de edad de 15 a 29 años llegó a alcanzar un 76,2% del total de las defunciones. Solamente en edades avanzadas, el porcentaje de muertes en mujeres supera la mortalidad de

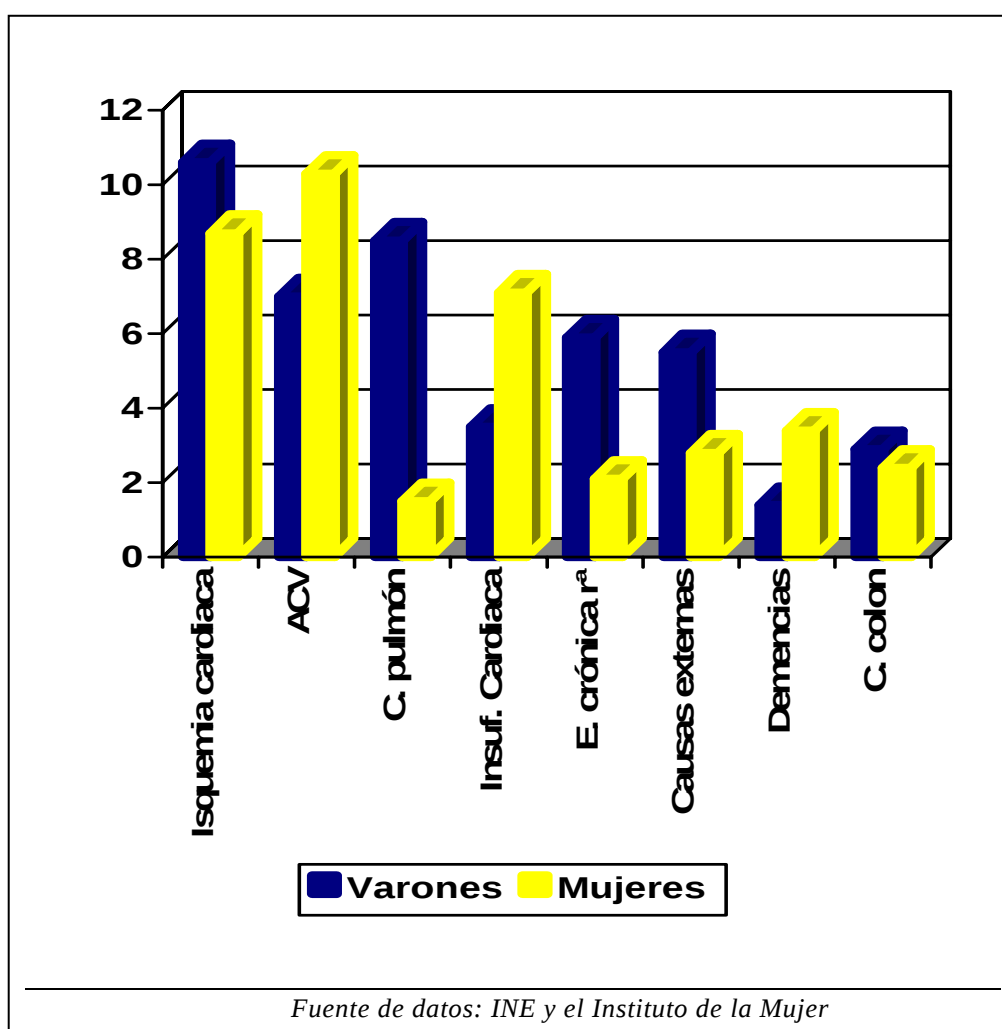
⁶³ Op. cit. GARCÍA CALVENTE MM, DELGADO SANCHEZ AM, MATEO RODRÍGUEZ I, MAROTO NAVARRO G, BOLÍVAR MUÑOZ J. El género como determinante de desigualdad en salud y utilización de servicios sanitarios. En el Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía (Indesan-1). Rev. Salud 2.000. p.15.

⁶⁴ Según los resultados provisionales de la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia del año 2008 elaborada por el INE que se recogen en Mujeres y hombres en España 2009.

los varones porque la población femenina es mayor a la masculina en este tramo de edad.

Si atendemos a las causas de fallecimiento que se recogen en el gráfico 5 para el 2007, también observamos que existen diferencias según el sexo. Se establece como primera causa de muerte en los varones las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, angina de pecho,...), y las enfermedades cerebrovasculares en el caso de las mujeres.

GRÁFICO 5: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES Y MUJERES⁶⁵.



⁶⁵ Los datos hacen referencia al porcentaje total de muertes de cada sexo, pero son datos provisionales de defunciones según la causa de muerte del INE, que se recogen en “Mujeres y Hombres en España 2009”

En la siguiente tabla se especifica el orden de las principales causas de muerte entre hombres y mujeres. Las diferencias más significativas las encontramos en la demencia senil, ya que en las mujeres ocupa un puesto relevante en cuanto a la prevalencia con respecto a los hombres, y por el contrario, las patologías de vías respiratorias en las mujeres ocupan los últimos puestos, mientras que en los varones están en los primeros.

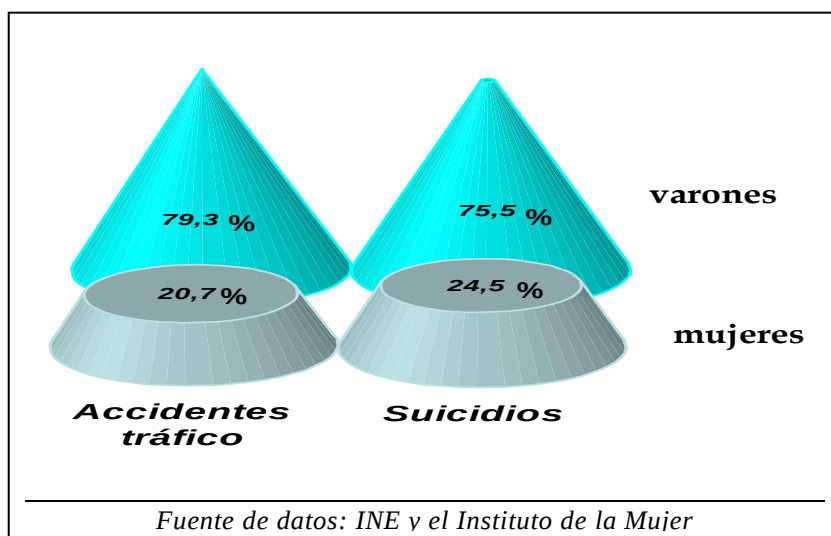
VARONES	MUJERES
1º Enfermedades isquémicas del corazón	1º Enfermedades cerebrovasculares
2º Cáncer de pulmón y de bronquios	2º Enfermedades isquémicas del corazón
3º Enfermedades cerebrovasculares	3º Insuficiencia cardiaca
4º Enfermedades de vías respiratorias inferiores	4º Demencia
5º Causas externas	5º Causas externas
6º Insuficiencia cardiaca	6º Cáncer de colon
7º Cáncer de colon	7º Enfermedades de vías respiratorias inferiores
8º Demencia	8º Cáncer de pulmón y de bronquios

La ENS recoge que las defunciones de los varones son fundamentalmente por causas cardiacas y pulmonares o de vías respiratorias (cáncer de bronquios o de pulmón), mientras que en el caso de las mujeres las defunciones son más elevadas cuando están originadas por el sistema nervioso (como la enfermedad de Alzheimer o la de Parkinson), por trastornos mentales (como la demencia) y por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (como la diabetes mellitus).

En el caso de los fallecimientos por causas externas nos estamos refiriendo a los provocados principalmente por suicidios y accidentes de

transporte (que incluye los accidentes de tráfico de vehículo a motor, de transporte por agua, de transporte aéreo y los relativos a peatones, ciclistas, etc.), y son mayoritariamente en varones, como refleja el gráfico 6.

GRÁFICO 6: MUERTES POR ACCIDENTES DE TRÁFICO Y SUICIDIOS SEGÚN SEXO.



Hemos de señalar que en este apartado no se incluye la cifra de muertes provocadas por violencia de género, que representaría un 33,93% del total de fallecimientos de las mujeres (47,8%) en el año 2007⁶⁶.

Como apuntábamos anteriormente, aunque se recogen datos relativos a las diferencias en salud de mujeres y hombres, falta incluir y analizar los ítems o indicadores sensibles a las desigualdades de género en salud.

⁶⁶ Este porcentaje se obtiene a partir de los 71 casos de fallecimientos de mujeres por violencia de género en el 2007. Fuente de datos: La Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género del Ministerio de Igualdad.

5. INMIGRACIÓN Y MUJER

Los movimientos migratorios se han sucedido a lo largo de la historia y no hay un solo Estado, ni Nación que no los haya sufrido⁶⁷. El origen de los mismos han sido los acontecimientos políticos y socioeconómicos como la industrialización, las guerras, la hambruna y los despotismos coloniales⁶⁸. Actualmente, los motivos que generan estos flujos migratorios difieren ligeramente pero siguen siendo la miseria, el desempleo, las guerras, la violación de los derechos humanos, las enfermedades, la persecución, la violencia, etc.

En este momento, España está pasando por una etapa creciente de inmigración tras atravesar un periodo de cambio social que fomenta una mano de obra barata y una precariedad laboral que no es admitida por los nacionales, pero sí es aceptada por las personas que emigran a nuestro país porque pretenden mejorar las condiciones de vida de sus lugares de origen. Aunque la realidad es bien distinta se encuentran, en la mayoría de los casos, con una situación de “explotación y marginación” que ocasiona un recrudecimiento de las desigualdades existentes, pero además estas diferencias se agravan cuando hablamos de mujeres y niños.

En el primer caso, que es el que nos ocupa, no solamente la mujer se ve disminuida por el hecho de ser extranjera, sino también por el hecho de ser mujer. Estas diferencias están provocadas en algunos casos por la mala adaptación socio-cultural de la persona a su nuevo entorno, como veremos más adelante, ocasionando numerosos problemas de salud.

⁶⁷ URBEZ GARCÍA JM. Inmigración en la Unión Europea. Rev. Acciones e investigaciones sociales. 1996 (4): 159.

⁶⁸ Ibídem, p.160.

5.1 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA INMIGRACIÓN

5.1.1 Concepto y Clasificación de Inmigrante

Debemos primeramente hacer referencia a los conceptos que configuran la inmigración. En general, entendemos por persona migrante aquella que se traslada de forma provisional o definitiva de un lugar a otro. Dentro de este término encontramos dos acepciones diferentes, el emigrante que es la persona que traslada su domicilio a otro país y se establece en él, y el inmigrante que es el individuo que llega a un país con la finalidad de establecerse en dicho lugar. Una de las causas que motiva estos desplazamientos de población es la necesidad o el deseo de mejorar las condiciones de vida que estos individuos tienen en su lugar de origen.

Nos interesa, para el desarrollo de nuestro trabajo, distinguir dos categorías de inmigrante. La primera es la del inmigrante legal como aquel extranjero inmigrante que residiendo en nuestro país presenta la documentación necesaria para residir, trabajar o estudiar en él, obteniendo así el derecho de ciertas prestaciones sociales que contemplan las leyes.

La segunda categoría es la del inmigrante ilegal, que es aquel extranjero inmigrante que se encuentra en España sin los permisos y documentación exigida por nuestra legislación. Por tanto, están al margen de la ley y pueden ser expulsados del país si son descubiertos. Esta situación les coloca en una posición más propicia para padecer desigualdades porque en la mayoría de los casos viven en clandestinidad, con malas condiciones higiénico-alimenticias, etc.

Debemos distinguir entre estas dos categorías, los denominados inmigrantes irregulares, que son aquellos extranjeros inmigrantes que todavía no

tienen solventada su situación legal de residencia en España pero presentan la documentación que les acredita e identifica dentro de la nación.

5.1.2 Diferencia entre Globalización, Multiculturalidad y Multiculturalismo

El desarrollo social que estamos viviendo está provocando numerosos cambios en la estructura social de las naciones, afectando a la política, economía, cultura, etc., en parte debido al aumento de la circulación de personas, de bienes e información. Todo ello conduce a la denominada globalización, la cual se define como el fenómeno de apertura de las economías y las fronteras, como resultado del aumento de interconexiones que se dan lugar en la cultura, economía y vida social, es decir, el incremento de los intercambios comerciales, los movimientos de capitales, la circulación de las personas y las ideas, la difusión de la información, los conocimientos y las técnicas.

Este desbloqueo es fuente de múltiples oportunidades y por ello, ha suscitado que diferentes autores estudien este fenómeno, manifestando distintos puntos de vista. Desde el punto de vista positivo se subraya la existencia o reconocimiento de unos retos comunes: la salud pública, la educación, los derechos humanos, el intercambio de información, la conservación del medio ambiente y el sistema legal. Pero en los aspectos negativos se resalta la explotación económica y el imperialismo cultural. Por tanto, es uno de los mayores desafíos a los que nos enfrentamos, ya que a la hora de explotar los aspectos positivos que aporta este fenómeno se debe garantizar un reparto justo para aportar equilibrio y cohesión social. Y en el ámbito sanitario esto es un pilar básico para lograr un desarrollo efectivo⁶⁹.

El término multiculturalidad es un concepto sociológico o de antropología cultural, y hace referencia a la coexistencia de diferentes culturas

⁶⁹ LÓPEZ ALONSO SR. La globalización y la salud en los grupos minoritarios. Cult Cuid. 2001; 5 (10): 64

en un mismo espacio geográfico y social. Aunque estas culturas conviven simultáneamente, tienen un escaso poder de influencia de unas sobre otras dando lugar a situaciones de marginación y aislamiento. Además, la sociedad que acoge a estos individuos que poseen una cultura diferente, suele ser una sociedad hegemónica que establece jerarquías sociales, colocando a estos grupos en una situación de inferioridad. Todo ello conlleva al conflicto, a la creación de estereotipos, al menosprecio, a los prejuicios dificultando la inserción social y la convivencia⁷⁰.

En cambio, cuando hablamos de multiculturalismo nos estamos refiriendo a una ideología que representa la equidad y el respeto mutuo en sociedad entre las diferentes comunidades étnicas.

Este modelo de pensamiento social valora positivamente la diversidad sociocultural y establece como eje fundamental la conservación de la identidad propia de cada grupo. Así, la diversidad se mantiene, no desaparece ni por adquisición de la cultura dominante y abandono de la original, ni por la eclosión de una nueva cultura integradora.

El objetivo de esta filosofía consiste en buscar vías de entendimiento e interacción respetando las diferencias, por ello, los fundamentos esenciales del multiculturalismo o pluralismo cultural son:

- 1) Aceptación de las diferencias.
- 2) Defensa y reivindicación explícita del derecho a la diferencia, poniendo énfasis en el reconocimiento de la diferencia como derecho.
- 3) Reconocimiento general de la igualdad de derechos y deberes⁷¹.

⁷⁰ ARGIBAY M, EIZAGUIRRE M, FUEYO A, FERNANDEZ JI. Experiencias en el campo de la Educación para el desarrollo. En: NAYA GARMENDIA LM. La educación para el desarrollo en el mundo globalizado. Donostia. Erein. 2003.

⁷¹ JIMÉNEZ C, MALGESINI.G .Guía de conceptos sobre migraciones racismo e interculturalidad. Madrid. Catarata. 2000

5.2 GARANTÍA DE LOS DERECHOS SOCIALES.

PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL INMIGRANTE.

Basándonos en esta última filosofía del multiculturalismo, nuestro Estado español se plantea uno de los grandes retos a cumplir, la integración social de todos incluyendo al contingente de extranjeros inmigrantes, en igualdad de derechos y obligaciones, respetando su diferencia, pero siempre y cuando se mantengan dentro de la ley, es decir, siempre que cumplan con los requisitos exigidos por la misma.

Para ello, se hace necesario hacer extensibles las garantías de protección social tanto al colectivo de inmigrantes como a los propios individuos nacionales. Pero este hecho no ha sido fácil de llevar a cabo porque se ha interpretado como una lucha de derechos entre los que les corresponden a los autóctonos con las prestaciones y recursos sociales que se destinan a los inmigrantes, teniendo en cuenta que cada vez es mayor el número de individuos extranjeros que llegan a nuestro país.

Se han hecho numerosas reformas legislativas pero la última, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, introduce un título expreso que hace referencia a esta integración social, reconociendo los derechos y libertades de los inmigrantes, y estableciendo así en su artículo 3 que: “Los extranjeros gozarán en España de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución en los términos establecidos en los Tratados Internacionales, en esta Ley y en las que regulen el ejercicio de cada uno de ellos. Como criterio interpretativo general, se entenderá que los extranjeros ejercitan los derechos que les reconoce esta Ley en condiciones de igualdad con los españoles”. Por ello, se le reconoce el derecho a la prestación sanitaria para proteger su salud como señala el artículo 43 de la Constitución Española.

Atendiendo al artículo 1, apartado 2 y 3 de la Ley General de Sanidad, “son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”, y también “los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan”.

Posteriormente, con la normativa específica que regula el fenómeno de la inmigración, se reconoce el disfrute de la protección de la salud a los inmigrantes en el apartado 1 del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, que dice: “Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”. Y, en el apartado 2 del mismo articulado: “Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica”. Este último punto supone un avance con respecto al anterior ordenamiento jurídico de 1985 en materia de extranjería (BOE nº 158), ya que anteriormente sólo se contemplaba el derecho a la protección de la salud de los extranjeros regularizados, y no así de los ilegales o irregulares⁷².

Hemos de señalar que el derecho a la protección de la salud es un derecho que va a estar muy influenciado por el desarrollo de normativas, declaraciones, tratados o acuerdos internacionales como reconoce la propia Ley Orgánica 4/2000 citada con anterioridad. Por ello, debemos hacer una mención a la Declaración de los Derechos Humanos que recoge en su articulado unos preceptos que regulan este derecho constitucional de la protección a la salud. Así, en el artículo 1 de dicha declaración se especifica que: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, (...)”. En este párrafo se hace referencia al derecho de igualdad que también reconoce nuestra Carta

⁷² BLAZQUEZ RODRÍGUEZ MI. Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. *Cult Cuid.* 2004; 8 (16): 42

Magna, apoyando un acercamiento a la igualdad efectiva de derechos entre los nacionales y los extranjeros, ya que también recoge en su artículo 2 que: “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía”.

Cuando nos referimos al derecho a la salud podemos vincularlo con el artículo 3 de este mismo acuerdo internacional: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”, y ya más específicamente, se menciona el derecho a la salud y el bienestar en el artículo 25 de la misma norma universal: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. Y en el apartado 2 de este mismo articulado se hace una mención especial a grupos de especial vulnerabilidad, reconociendo que: “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

Además de lo expuesto hasta ahora, hemos de señalar que para garantizar el derecho a la protección de la salud de los inmigrantes es necesario reconocer unas prestaciones sanitarias que aseguren el bienestar de los individuos, y por tanto de las mujeres. De tal manera que la Ley Orgánica de extranjería en su artículo 14 recoge a qué tipo de prestaciones de la Seguridad Social tienen derecho los distintos inmigrantes legales o ilegales, en función de su residencia y situación administrativa sin distinción de género, estableciendo que:

1. Los extranjeros residentes tendrán derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros residentes tendrán derecho a los servicios y a las prestaciones sociales, tanto a los generales y básicos como a los específicos, en las mismas condiciones que los españoles.
3. Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas.

De todo ello, se deduce que el elemento clave que garantiza el acceso a la asistencia sanitaria de los extranjeros inmigrantes en España se centra en la obtención del empadronamiento en sus localidades de residencia, y vinculado a la tramitación de la tarjeta sanitaria individual (TSI). Dicho documento acredita que se reúnen las condiciones necesarias para acceder al sistema público de salud⁷³.

Por último, nuestra legislación reconoce el derecho de asistencia sanitaria de colectivos inmigrantes de especial riesgo como los menores y las embarazadas. Así, en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, en el apartado 3 se especifica: “Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”. Este artículo supone un avance en el reconocimiento del derecho de asistencia al menor extranjero, ya que anteriormente sólo se consideraba garantizado este derecho cuando el menor inmigrante se encontrase en situación de riesgo o bajo la tutela de la administración pública competente como contemplaba la Ley orgánica 1/1996 de protección del menor. Además, el disfrute de este derecho por el menor extranjero no queda vinculado a una situación administrativa concreta, con lo que se garantiza la asistencia sanitaria del inmigrante menor legal e ilegal.

⁷³ JANSÁ JM, GARCIA DE OLALLA P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004; 18 (Supl): 208

También, es importante reseñar que se recoge explícitamente el derecho a la asistencia sanitaria de las mujeres embarazadas en el apartado 4 del mismo artículo: “Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y post-parto”. En esta situación tampoco se requiere un empadronamiento de la madre o una situación de regularidad administrativa de la misma⁷⁴. Además, no sólo se reduce a una atención al embarazo, parto y puerperio, sino que se extiende dicha protección a los casos que concurra cualquier deficiencia de la madre, ya que dicha asistencia se extiende hasta que la madre se recupere del post-parto. Sobre estas circunstancias se ha pronunciado el Tribunal Constitucional manifestando que existe una relación de especial naturaleza entre la madre y el nasciturus, considerando que en base a esta relación se debe proteger la vida de ambos, puesto que la vida constituye el presupuesto ontológico necesario para que la persona pueda disfrutar del resto de sus derechos⁷⁵.

Para finalizar el análisis de la garantía de la protección de la salud del extranjero, debemos señalar que el reconocimiento de los derechos sanitarios de los extranjeros inmigrantes está fuertemente vinculado al derecho a la vida y a la dignidad humana. Es decir, reconociéndoles el derecho a la protección de la salud para que gocen de buena salud, también se garantiza el derecho a la vida; de tal modo que siendo tratados con unas condiciones sanitarias dignas y no discriminatorias se evita atentar contra la propia dignidad humana.

Además podemos añadir que sin la debida protección de la salud se estaría atentado indirectamente contra el resto de derechos que posee la persona, ya que el disfrute de los mismos depende de que el individuo posea una salud óptima que le permita ejercer sus derechos y desarrollarse así libremente como persona⁷⁶.

⁷⁴ Op. cit BLAZQUEZ RODRÍGUEZ MI. Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. Cult Cuid. p. 42

⁷⁵ STC 53/1985, de 11 de abril.

⁷⁶ ALONSO LIGERO M. El derecho a la protección de la salud. Revista de Seguridad Social. 1980; 8:57

5.3 SALUD E INMIGRACIÓN

Actualmente ante la gran movilidad geográfica que se está dando en los distintos estados, nuestro país no se encuentra exento de estos flujos migratorios. Debido a ello, se hace necesario una reestructuración de nuestra sociedad para incorporar la nueva realidad sociodemográfica que se produce tras el fenómeno migratorio. Y además se deberá atender a este colectivo de manera específica porque presenta unas necesidades y prioridades distintas al resto de la población, generadas por su inestable situación legal, económica, cultural, laboral e incluso sanitaria.⁷⁷.

Siguiendo el pensamiento de algunos autores ante este gran fenómeno de la inmigración, creemos que es necesario reflexionar sobre ello para favorecer la integración de estos extranjeros mediante un proceso de adaptación sociocultural entre la sociedad de acogida y el inmigrante, de tal manera que la minoría de acogida se incorpore a la sociedad de adopción en igualdad de condiciones, derechos, obligaciones y oportunidades con los ciudadanos nacionales sin renunciar a su cultura de origen. Pero también la sociedad de acogida debe incorporar los cambios normativos, institucionales e ideológicos necesarios para conseguir dicha integración⁷⁸.

Existen estudios que reflejan que el tema salud no es un tema prioritario para la población inmigrante, sólo les preocupa en la medida en que puede afectar a su capacidad y autonomía para trabajar. De tal manera, existe una relación directamente proporcional entre salud y trabajo, ya que el desempleo influye en la mala salud, y la pérdida de la salud lleva a la falta de empleo⁷⁹.

⁷⁷ Op. cit. JANSÁ JM, GARCIA DE OLALLA P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. p: 208

⁷⁸ FUERTE C, MARTÍN LASO MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Sis San Navarra. Pamplona. 1996; 29 (1): 10

⁷⁹ Op.cit. BLAZQUEZ RODDÍGUEZ MI. Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. Cult Cuid. p. 44

Conceptualmente, para la población inmigrante, la salud es un concepto organicista. Esto significa capacidad normal de funcionamiento de todas las partes del cuerpo y supone capacidad de funcionamiento, como recoge el trabajo de investigación de la Universidad de Oviedo, ya que sus prioridades son: encontrar un trabajo, adaptarse a su nueva situación y por último, tener salud como resultado de los dos objetivos primeros⁸⁰.

La autopercepción que el inmigrante posee con respecto a la salud y la enfermedad se articula en función de las diferentes culturas. Pero en general establecen la existencia de una relación del cuerpo con lo social, lo espiritual y lo psicológico, de tal manera que psicosomatizan el malestar social⁸¹.

Según señalan algunos investigadores, “el cuerpo somatiza, manifiesta con disfunciones orgánicas las frustraciones y conflictos cuya génesis se debe a una situación de estrés prolongada, carencias afectivas, fracaso de expectativas, experiencias de rechazo, escasez económica, inactividad, etc. Por lo que ante los signos y síntomas que manifiesta el sujeto, hemos de analizar los procesos no sólo biológicos, sino también sociales, políticos, económicos, es decir, correlacionar lo que siente con las circunstancias en las que se encuentran”. Por tanto, podríamos relacionar la morbilidad que presentan determinados grupos, como puede ser la inmigración, con los factores estructurales que sufren⁸².

5.3.1 Factores Condicionantes del Nivel de Salud del Inmigrante.

Debemos señalar y tener en cuenta que el proceso que sufre un inmigrante desde su llegada al destino elegido, genera una situación inestable y cambiante en el tiempo, que precisa de una adaptación al entorno, a la cultura, a

⁸⁰ MAZARRASA LAVEAR L, CASTILLO S, SANZ B, BOLAÑOS E, TORRES AM. La salud de las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid: percepción, accesibilidad y utilización de servicios de salud.

⁸¹ Op. cit. BLAZQUEZ RODRÍGUEZ MI. Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. Cult Cuid. p. 44-45

⁸² Ibídem, p. 45.

las costumbres, que influirá decisivamente en su estado de salud desde el principio de su aventura.

Hemos de distinguir varias etapas en el proceso migratorio y cada una de ellas va a influir en el extranjero inmigrante de diferente manera, siendo estos factores los que determinen las condiciones de salud de este contingente. Los parámetros fundamentales a tener en cuenta en la primera etapa son:

1. *Las características del país de origen* como hábitos alimenticios, rasgos culturales, etc.,
2. *Las desigualdades sociales y económicas entre el país receptor y el país emisor*: factores de riesgo ambiental, deficiente control sanitario de los alimentos, limitaciones de acceso a los recursos sanitarios, etc.
3. *Los trastornos vinculados al desplazamiento migratorio*: agotamiento físico y emocional, estrés, depresiones, hacinamiento y malas condiciones de vida, condiciones de trabajo, etc.

En la segunda etapa encontramos alteraciones relacionadas sobre todo con las diferencias sociales y económicas como son la aparición de enfermedades infecciosas latentes (ej. tuberculosis), trastornos relacionados con los desequilibrios nutricionales, ausencia de seguimiento de embarazos, trastornos psicoafectivos, etc.

Y en la última etapa, el inmigrante se encuentra adaptado e instalado en su nuevo mundo, identificándose con la situación del país de acogida desde el punto de vista sanitario. Hace uso de los recursos de salud, participa en los programas preventivos, se asemejan sus patrones de morbilidad con la población autóctona, etc.⁸³

Todos estos parámetros que influyen en el estado de bienestar de estos individuos son los denominados “determinantes de salud”, que como ya señalábamos en capítulos anteriores, son todos aquellos factores que rodean al

⁸³ Op. cit. JANSÁ JM, GARCIA DE OLALLA P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. P: 208-209

individuo, lo condicionan e influyen en su estado de salud. La OMS los define como “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”⁸⁴.

Los determinantes de salud que afectan específicamente al inmigrante, independientemente de su sexo, podemos encuadrarlos de forma genérica en la clasificación de M. Lalonde, pero debemos tener en cuenta las peculiaridades que presentan en comparación con los autóctonos. De tal manera que, las variables que condicionan la salud de los mismos se derivan de una falta de recursos económicos y trabajos precarios, de unas malas condiciones higiénico-alimentarias, de la situación de irregularidad, del difícil acceso a los servicios sanitarios, a los problemas de comunicación por el idioma y por las diferencias etnoculturales⁸⁵ como muestra la siguiente tabla.

DETERMINANTES DE LA SALUD DEL INMIGRANTE.	
<u>Situación económica:</u> • Responsabilidades en su país de origen, como deudas o mantenimiento de familiares. • Escasos recursos económicos.	<u>Situación legal:</u> • Indocumentación. • Situación irregular. • Invisibilidad. • Laguna legal (bajas por enfermedad)
<u>Estilos de vida:</u> • Estrés. • Aislamiento. • Malas condiciones de vivienda y hacinamiento. • No residencia fija. • Hábitos dietéticos distintos. • Hábitos tóxicos, conductas de adicción. • Jornadas laborales intensas.	<u>Situación sociocultural:</u> • Choque cultural que precisa de cambios socioculturales respecto a su país de origen y necesidad de adaptación al país receptor. • Muestras de discriminación y xenofobia. • Exclusión social. • Separación familiar. • Desarraigo cultural. • Débil red de apoyo social. • Duelo migratorio.

⁸⁴ Op. cit. FUERTE C, MARTÍN LASO MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Sis San Navarra. Pamplona. p .11

⁸⁵ Ibídem, p. 12.

<u>Situación laboral:</u> • Desempleo. • Empleos precarios y condiciones laborales de riesgo.	<u>Educación:</u> • Barreras idiomáticas. • Titulaciones no convalidadas en el país receptor. • Nivel de estudios bajo.
<u>Factores medioambientales:</u> • Inadaptación a cambios climáticos. • Mayor exposición a factores medioambientales: ruidos, radiaciones, contaminación, polución, etc.	<u>Factores biológicos:</u> • Enfermedades de base genética. • Pérdida de inmunidad y cobertura vacunal incompleta. • Psicosomatización del estrés.
<u>Género:</u> • Relaciones de poder asimétricas, sobre todo en el ámbito laboral (acceso a los recursos, autoestima, acción). • Mayor dificultad de integración en el país receptor por la ideología androcéntrica de su cultura.	<u>Servicios sanitarios:</u> • Diferencias culturales en la atención. • Desconocimiento y falta de información del sistema público español. • Distinta percepción de la salud y enfermedad. • Dificultades de acceso y utilización: horarios, recursos económicos, tiempo, incomprensión, “papeles”. • Práctica de medicina tradicional.

Fuente: FUERTE C, MARTÍN MA y MAZARRASA L.

De lo anteriormente descrito debemos puntualizar los siguientes aspectos:

1. La deficiente salubridad de las viviendas en las que, en muchos casos, los inmigrantes se hacían favoreciendo la aparición de determinadas enfermedades infecciosas como la tuberculosis, sífilis, malaria, VIH etc.
2. En cuanto al trabajo que realizan, debemos mencionar la temporalidad y la precariedad de los empleos, el incumplimiento de las normas de seguridad e higiene en el trabajo asumiendo puestos con una alta exposición a factores de riesgo, propiciando un mayor número de accidentes laborales. Hay estudios que reflejan un porcentaje tres veces más elevado de accidentes de trabajo en la población inmigrante que en la población trabajadora española, en

especial de los inmigrantes varones, que son los que ocupan los trabajos con mayores riesgos para la salud y la seguridad.

3. Muchos de los problemas de salud que presentan estos individuos son ocasionados por el proceso de adaptación que sufren y el duelo migratorio. Este último se refiere a la separación del individuo con su país de origen, con sus familiares, a la pérdida de su propia identidad presentando problemas psicológicos, y al igual que el proceso de adaptación se manifiesta con síntomas difusos que indica la existencia de una problemática social o económica, de falta de integración y aislamiento o debido al desarraigo familiar, dando lugar a enfermedades psicosómicas⁸⁶.

5.3.2 La Salud de la Mujer Inmigrante

Las mujeres inmigrantes, desde el punto de vista de la salud, se ven sometidas a una doble discriminación. La primera, igual que los inmigrantes varones, es el reflejo de las desigualdades existentes en el país de acogida, y la segunda motivada por razón de género, ya que la consideración social de la mujer se ve influenciada por la cultura de la sociedad de procedencia.

Además, debemos tener en cuenta que la mayoría de las mujeres inmigrantes que vienen a España lo hacen dentro del marco de la reagrupación familiar, pero también es cierto que cada vez va creciendo más el número de mujeres que llegan solas. Esto no implica que sean sólo solteras, pueden ser viudas, divorciadas, separadas o abandonadas, aquí o/y en sus países de origen. Muchas de ellas son cabezas de familia que han dejado a sus hijos a cargo de otras personas en su país de origen hasta conseguir el traslado, o que llegan embarazadas aprovechando la oportunidad de que su hijo nazca en España, para así nacionalizarlo automáticamente

⁸⁶ Ibídem, p.15.

Estas situaciones descritas hacen que la mujer sea más susceptible de padecer las desigualdades, porque siendo mujer necesita trabajar y mantener a su familia, colocándola en desventaja y favoreciendo el que sufra un abuso mayor que el inmigrante varón. Y es esta presión a la que está sometida, junto con la condiciones de trabajo y vida, lo que provoca un menoscabo en su salud.

Los condicionantes de salud en la mujer inmigrante no difieren mucho de los sufridos por los extranjeros varones a nivel general, exceptuando algunos casos. Pero deben tener en cuenta algunos aspectos específicos de las mujeres que influyen en su salud como:

- aumento de embarazos no deseados por no utilizar métodos anticonceptivos, por usar métodos no seguros, o por la dificultad de acceso a los anticonceptivos ya que al no tener receta, los tienen que pagar. Tampoco utilizan anticonceptivos de emergencia⁸⁷.
- inadecuado control y seguimiento de los embarazos provocando mayor número de partos prematuros y un aumento de la morbilidad neonatal.
- excesivo tiempo de lactancia materna sin apoyo de la lactancia artificial, dando lugar a problemas de anemias y desgaste de la madre.
- aislamiento social provocado por la ocupación de nichos laborales específicos como: servicio doméstico, hostelería, empresas de limpieza, manipulación agrícola o pescadora, etc., que dificultan las relaciones con las redes sociales nativas del país de acogida. Además, estos puestos de trabajo son precarios (dificultad para mantener y/o renovar el empleo) y automatizados (trabajador individual, puestos aislados), con malas retribuciones, insuficiente o inexistente protección social y condiciones arbitrarias de trabajo (horarios, carga, etc.)
- mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, de sufrir violencia sexual y embarazos no deseados por ejercer la prostitución

⁸⁷ LLACER GIL DE RAMALES A, MORALES MARTÍN C, CASTILLO RODRÍGUEZ S, MAZARRASA ALVEAR L, MARTINEZ BLANCO ML. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. Index de Enferm. 2006; 15 (55):14

como medio de vida ante la falta de capacitación, por indocumentación o por la escasez de recursos.

- atentados a la integridad de la personalidad y a la persona física de las mujeres dentro del seno de los hogares, impidiendo el desarrollo personal, sufriendo maltratos y brutalidades provocadas por culturas androcéntricas donde las mujeres deben estar sometidas al varón.
- patologías inespecíficas causadas por el proceso de adaptación a la nueva realidad, sin olvidar las tradiciones, costumbres y comportamientos exigidos en el ámbito familiar, provocando interferencias entre ambas culturas⁸⁸.

Debemos mencionar algunas excepciones a esta norma general citada anteriormente, como la situación de las inmigrantes musulmanas, algunas tribus africanas, niponas, etc., que debido a sus creencias religiosas y su cultura, presentan una situación más precaria de salud provocada por distintos ritos, ceremonias y prácticas a las que son sometidas, incluso fuera de su país de origen, menoscabando su integridad física y psíquica, sufriendo problemas de salud y enfermedades relacionadas con esas prácticas.

⁸⁸ Ibídem, p.20.

6. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Para reducir todas estas inequidades en salud que hemos estudiado a largo de este trabajo, se precisa de un conjunto de políticas públicas que contengan principios para disminuir esas diferencias, primeramente abordando el problema social que menoscaba el bienestar físico, psíquico y social de la población más desfavorecida, para posteriormente adoptar políticas sanitarias que persigan la equidad de género en salud.

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud de la OMS recoge en sus conclusiones que “las inequidades sanitarias son resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Para subsanar las desigualdades en materia de salud es necesario que los gobiernos nacionales, la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil desplieguen una acción concertada a todos los niveles. La mejora de la salud, y una distribución más justa de la salud deben constituir objetivos comunes”⁸⁹. Y señala tres áreas fundamentales en las que se debe actuar:

1. *Mejorar las condiciones de vida* mediante:

- Políticas de equidad desde los primeros años de vida para invertir en el desarrollo de esos niños y así disminuir la incidencia de desigualdades.

⁸⁹ “Subsanar las desigualdades en una generación. ¿Cómo?”. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005-2008. Informe Final. OMS. p.1

- Invertir en la creación de entornos salubres para la población sana que incluya la vivienda, la alimentación, la salud medioambiental, etc.
 - Políticas económicas y sociales que permitan prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno.
 - Garantizar una protección social a lo largo de toda la vida mediante políticas integrales.
 - Atención de salud universal mediante sistemas sanitarios basados en los principios de equidad, prevención de enfermedad, promoción de la salud, independientemente de la capacidad de pago.
2. *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos* mediante el cumplimiento de los compromisos adquiridos y la evaluación de los mismos haciendo uso de la monitorización de los indicadores de los determinantes sociales.
3. *Medición y análisis del problema y evaluación de los efectos* de las intervenciones a través de programas que detecten las desigualdades sanitarias y permitan su interpretación y análisis para la elaboración de políticas que solventen el problema⁹⁰.

6.1. POLÍTICAS PARA DISMINUIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

La OMS ha propuesto distintas estrategias para disminuir las desigualdades en salud. Una de ellas, “Salud para todos en el siglo XXI”, se marcó como objetivo: “Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los Estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de

⁹⁰ Ibídem, p. 1-3.

salud de los grupos más desfavorecidos”, obligando así a las naciones a incluir en su agenda política este hecho, e instaurando políticas destinadas a tal fin⁹¹.

También, este organismo internacional, elabora a través de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud un esquema de acciones para abordar las desigualdades en salud provocadas por los determinantes sociales, como muestra la figura 5. En él se representa el nivel o los niveles sobre los que se podrá promover el cambio de los determinantes estructurales (el contexto socioeconómico, el político, así como la posición socioeconómica) y los intermedios (circunstancias materiales, psicosociales, factores conductuales, biológicos y sistemas de salud), a los que hacíamos referencia en capítulos anteriores, que producen las inequidades sanitarias. Así, se establece que las estrategias para abordar estos contextos específicos previamente señalados pueden ser:

- Políticas generales que tratan de disminuir las desigualdades sociales fundamentales de manera redistributivas.
- Políticas intermedias que procuran proteger a los miembros de los colectivos socialmente más desfavorecidos, que presentan peores estados de bienestar porque están más expuestos a sufrir mayores riesgos para su salud.

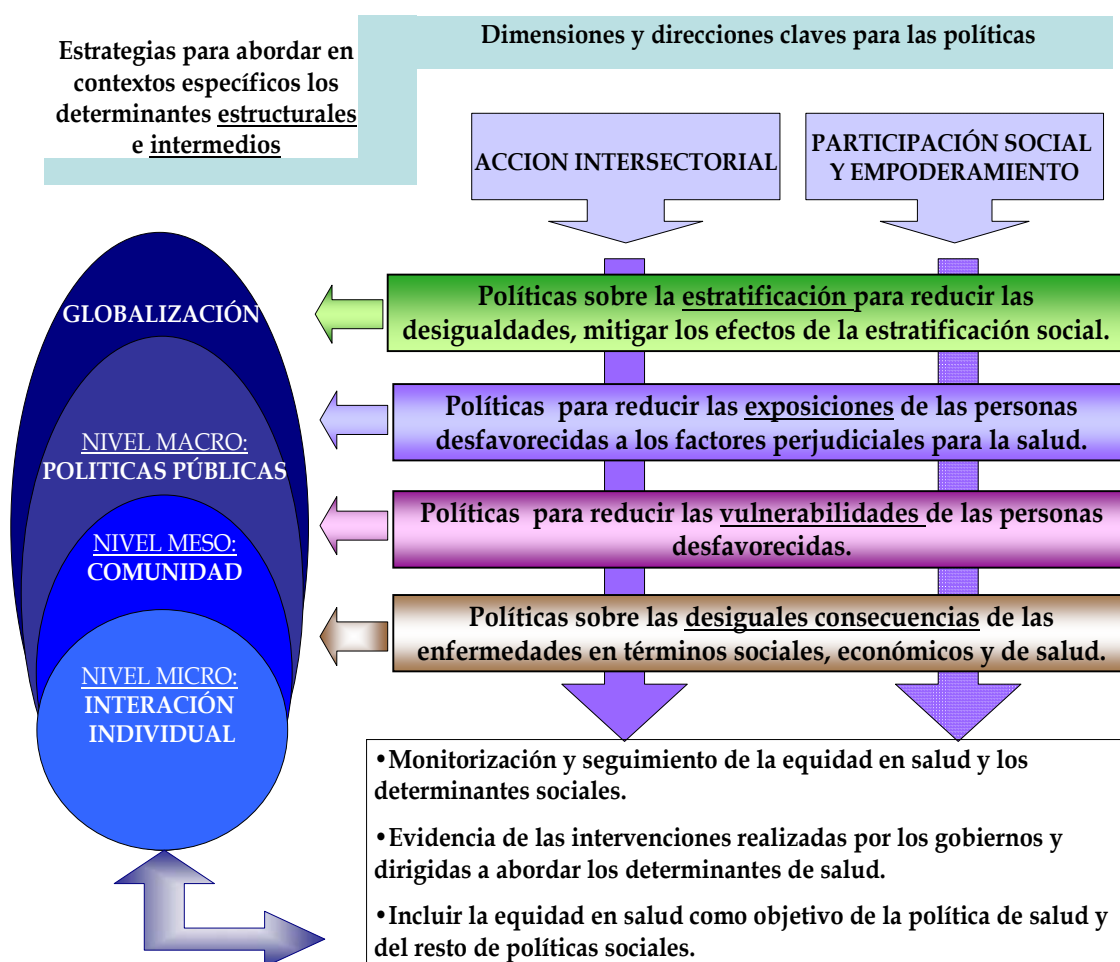
La acción llevada a cabo por los poderes públicos es necesaria que incluya la participación social junto con el empoderamiento y la acción intersectorial, para conseguir los objetivos propuestos. Y los puntos que se deben tratar y sobre los que se deben orientar esas políticas o intervenciones realizadas en los determinantes sociales de la salud serán:

- Reducir la estratificación social propiamente dicha, disminuyendo las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza vinculadas a las diferentes posiciones socioeconómicas de la población.

⁹¹ Op. cit. BORRELL C, ARTAZCOZ L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. p. 471.

- Reducir la exposición específica a factores que dañan la salud sufridos por las personas en las posiciones más desfavorecidas.
- Procurar reducir la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas y las condiciones perjudiciales para la salud en las que se encuentran.
- Intervenir mediante la atención de salud para reducir las consecuencias desiguales de la mala salud y prevenir el deterioro socioeconómico adicional entre las personas desfavorecidas que se ponen enfermas.

FIGURA 5: ESTRATEGIAS PARA ABORDAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD⁹²



Fuente: Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.

⁹² Ibídem, p. 62

Todo este esquema se llevará a cabo bajo la perspectiva de la equidad, que debe ser un elemento integral e integrado en las políticas públicas, que será efectivo si se realiza una mediación y seguimiento de esta equidad en salud y una evaluación de las intervenciones bajo esta premisa⁹³.

Para adoptar una política sanitaria de éxito y que aborde los determinantes sociales en salud es necesario tener en cuenta las especificidades de los contextos nacionales y locales, de tal manera que se priorice sobre los factores más urgentes sobre los que habrá que actuar para mejorar la salud de la población, y qué herramientas políticas son más apropiadas para ello, según determine cada país.

6.2. POLÍTICAS SANITARIAS PARA LA EQUIDAD DE GÉNERO

Tras el estudio de los diversos factores que interaccionan con la salud de la población que hemos recogido en este trabajo, debemos señalar que las políticas sanitarias deben incluir aspectos que traten de forma específica las desigualdades de género, como son:

- La construcción social de los problemas de salud.
- La toma de decisiones para proteger la salud.
- La formulación, implantación y evaluación de las políticas de salud.

6.2.1 Integración de la Perspectiva de Género en la Política Sanitaria

La integración desde el punto de vista de género supone conocer y reconocer que existen diferencias entre mujeres y hombres que afectan a todos los ámbitos. Por

⁹³ A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH- OMS).2007:51-52

ello, la incorporación sistemática de la perspectiva de género en salud proporciona una atención sensible y adecuada a las diferentes necesidades y problemas de salud que se dan entre mujeres y hombres⁹⁴, evitando que las desigualdades existentes se consoliden.

No solamente permite asegurar una atención sanitaria diferenciada, sino que garantiza una prestación de calidad, una optimación de los recursos y unos resultados satisfactorios.

Existen diferentes políticas que tratan la cuestión de género, como se muestra en la siguiente tabla⁹⁵.

POLITICAS Y GÉNERO	
Políticas con “ceguera de género”	Aquellas que no distinguen entre sexos, ignorando las desigualdades existentes por género.
Políticas sensibles al género	Reconocen diferentes roles para hombres y mujeres, que son la base de las desigualdades sociales y económicas, y también reconocen políticas sanitarias que les afectan de modo diferente.
Políticas neutrales al género	Abordan y benefician de modo efectivo a hombres y mujeres, en el contexto de la distribución de recursos y responsabilidades por razón de género existentes.
Políticas específicas de género	Dan respuesta a las necesidades de género de colectivos específicos.
Políticas redistributivas de género	Transforman la realidad para crear un mayor equilibrio en la distribución de recursos y responsabilidades entre mujeres y hombres.

⁹⁴ Conformación de la política sanitaria desde la equidad de género. Informe realizado por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad a solicitud de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona. 2004; p. 17

⁹⁵ Ibídem, p 18.

Como vemos, la incorporación de la problemática de género para reducir las desigualdades existentes en salud pasa por desarrollar políticas sanitarias que incluyan una planificación estratégica y una definición de objetivos en los planes y programas de salud orientados a la equidad de género, haciendo visible en dichas reformas este enfoque y evitando la ceguera al respecto

En la siguiente tabla se recogen las distintas fases de desarrollo de las políticas y programas de salud, y cómo se puede incorporar este enfoque en las distintas etapas. Existen varios modelos, pero el que representamos modula la formulación de la política mediante el planteamiento y resolución de preguntas claves⁹⁶.

INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ETAPAS DE DESARROLLO DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD	
<i>Fases de Desarrollo</i>	<i>Cuestiones básicas de género</i>
1. Identificación de problemas y definición de política.	¿Se ha estudiado el problema de modo suficientemente exhaustivo como para reflejar las diferentes necesidades de mujeres y hombres? ¿Existe información y evidencia relevante y significativa para el análisis de género? ¿Qué intentos previos se han hecho para remediar el problema?, ¿qué resultados se obtuvieron?, ¿de qué modo estos resultados fueron diferentes para mujeres y hombres?
2. Definición de objetivos y principales resultados.	¿Cómo afecta el problema y las acciones políticas para resolverlo a mujeres y hombres, y a diferentes subgrupos de mujeres y hombres? ¿Cómo pueden conciliarse los diferentes intereses de equidad de los diferentes grupos?
3. Investigación y consulta.	¿Se ha recopilado exhaustivamente aquella información relevante incluyendo a hombres y mujeres en los procesos de definición de necesidades de investigación, de obtención de evidencia y de interpretación de la información? ¿Se ha consultado y se han implicado efectivamente a aquellas fuentes de información y organizaciones pertinentes desde un punto de vista de género?

⁹⁶ Ibídem, p.20

4. Desarrollo y análisis de alternativas.	¿Cuáles son los probables efectos a corto y largo plazo de la aplicación del programa/política sobre mujeres y hombres? ¿Son ambos sexos tratados con igual justicia distributiva? ¿Se tiene en consideración la diversidad entre grupos de hombres y mujeres, chicas y chicos?
5. Implementación y comunicación.	¿Cómo afecta la selección de los medios de comunicación de la política a mujeres y hombres, y a los distintos grupos que componen estos colectivos?
6. Evaluación.	¿Cómo se reflejará en el proceso de evaluación la valoración de las experiencias y las opiniones de mujeres y hombres? ¿Cómo se medirán y se evaluarán los impactos diferenciales del programa/política sobre mujeres y hombres? ¿Qué cambios debería incluir el programa para dar mejor respuesta a las necesidades diferenciales de los diversos grupos de hombres y mujeres?

Este desarrollo en los programas y planes sanitarios supone a su vez gestionar un cambio en la organización y planificación sanitaria, ya que será necesario implicar a los profesionales de la salud en el compromiso de la aplicación de este enfoque en la resolución de los problemas de salud y enfermedad que presente la población, en la utilización de los instrumentos necesarios para aplicar esta perspectiva en el trabajo cotidiano y la gestión diferenciada de la diversidad⁹⁷.

6.2.2 Equidad de Género en Salud mediante Mainstreaming

Este nuevo concepto de “mainstreaming” hace referencia a la estrategia más reciente de la política de igualdad entre mujeres y hombres de la Unión Europea (UE), denominándose en España ‘transversalidad’.

Este término se acuñó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres en 1995, y se define como “la organización (la reorganización), la mejora, el

⁹⁷ Ibídem, p.20-21.

desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas”⁹⁸. Y para su correcta aplicación se establecen unos requisitos que debe cumplir esta nueva estrategia:

1. Un concepto más amplio de igualdad de género con un enfoque más global que combata explícitamente el sistema patriarcal, incluyendo la perspectiva de género para no limitar el enfoque a los problemas de las mujeres sino a las relaciones entre los sexos y el papel de género de cada uno de ellos.
2. La incorporación de la perspectiva de género en la agenda política dominante, abordando los problemas de igualdad de género dentro de aquellos aspectos generales o específicos que generan las decisiones políticas.
3. La participación equilibrada de las mujeres en los procesos de toma de decisiones.
4. La prioridad a las políticas de género y a las que tienen especial relevancia para las mujeres, como las políticas sociales y familiares con el objetivo de conseguir una igualdad sustancial.
5. Un cambio en las estructuras institucional y organizativa que afecta al proceso político, los mecanismos, y los actores políticos. Este último requisito implica la participación de expertos de género y sociedad civil en el proceso político, la cooperación horizontal en asuntos de género entre todos los ámbitos, departamentos y niveles políticos, y el uso de herramientas y técnicas adecuadas para integrar la variable de género en todas las políticas, hacer un seguimiento y evaluar estas últimas desde la perspectiva de género (recogida de datos estadísticos desagregados por sexo, métodos de evaluación del impacto de género, etc.)⁹⁹.

Este concepto, por tanto, determina las estrategias políticas y técnicas más efectivas para conseguir la equidad de género.

⁹⁸ Definición del Grupo de expertos del Consejo de Europa, recogida en: LOMBARDO E. El mainstreaming: la aplicación de la transversalidad en la Unión Europea. Aequalitas. 2003; 13: 6

⁹⁹ Ibídem, p. 6-8

En la Declaración de Madrid sobre la equidad de género en salud, se estableció como principios de esta estrategia la promoción de la integración de los condicionantes de género en el diseño, seguimiento y análisis de las políticas, programas y proyectos para garantizar que las mujeres y los hombres alcancen un estado de salud óptimo, incluyendo en estas políticas y planes de salud el reconocimiento a la diversidad de necesidades entre mujeres y hombres, y las características culturales y las del país de los individuos, aportando una perspectiva más amplia porque vincula estas políticas no sólo a las personas con la nacionalidad del país sino también a los extranjeros inmigrantes.

Además en esta declaración se señala la importancia de la utilización del análisis de género para “examinar las diferencias y disparidades en los roles que desempeñan las mujeres y los hombres, el desequilibrio de poder existente en sus relaciones, sus diferentes necesidades, las oportunidades y limitaciones a las que tienen que enfrentarse, y cómo éstas determinan diferencias en la exposición a los factores de riesgo, en los síntomas, en la gravedad y frecuencia de las enfermedades, en las consecuencias sociales y culturales de la enfermedad y cómo se crean desigualdades de acceso a las tecnologías, la información, los recursos y la atención sanitaria”, fomentando así la investigación sobre temas de género y mostrando, a través de la evidencia científica, la necesidad de remodelar las políticas para introducir estrategias sensibles al género¹⁰⁰.

De todo ello, deducimos que para adoptar todas las medidas y reformas necesarias y conseguir la equidad de género, primeramente será necesario conocer los problemas existentes en este sentido a través de la sociedad del conocimiento, que nos permitirá actuar sobre los elementos básicos y reconocer la existencia de esas inequidades en todos los ámbitos, pero en especial en el tema que nos ocupa: la salud. A su vez, esta sociedad del conocimiento nos permite modificar y desarrollar las actividades propias de una sociedad moderna que tiende a la igualdad y equidad.

¹⁰⁰ Declaración de Madrid. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar. OMS 2002.

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

De todo lo expuesto en el desarrollo del tema como conclusiones destacamos:

- I. Las diferencias en la salud de las personas no sólo están motivadas por los llamados “Determinantes de Salud”: el medio ambiente, el estilo de vida, la biología humana y el sistema sanitario, sino que también el nivel de salud de la población va a estar condicionado también por los factores sociales, y dentro de éstos por la variable de “género”.
- II. Las inequidades sólo pueden ser transformadas cuando se hacen visibles, y para ello es necesario contar con indicadores de género que permitan:
 - Analizar los diversos estereotipos de género y las relaciones de poder, de hombres y mujeres, dentro de cada rol.
 - Identificar las diferentes necesidades de salud, los múltiples factores de riesgos, las distintas enfermedades y sus consecuencias, que se dan por la diferenciación de sexos.
 - Señalar las desigualdades sociales vinculadas a la salud.
- III. Toda la investigación científica biosanitaria debe estar orientada a proporcionar información precisa y desagregada por sexos, mediante la inclusión en las encuestas de salud de indicadores sensibles al género, que permita conocer la situación real de las mujeres en el ámbito sanitario.

- IV. Las desigualdades en salud están fuertemente vinculadas a las desigualdades sociales. Existe una relación directamente proporcional entre la posición socioeconómica y el estado de salud de la población, de tal manera, que los colectivos más desfavorecidos como los inmigrantes, presentan una precariedad en su estado de bienestar, que en el caso de las mujeres se agrava por desigualdades de género.

- V. Se debe prestar una especial atención a los factores, circunstancias y problemas de salud de la población inmigrante, y dentro de ella al colectivo de mujeres, ya que presentan unas peculiaridades propias que las hacen más vulnerables y susceptibles de contraer diferentes enfermedades.

- VI. La única intervención eficaz para evitar o disminuir las desigualdades sociales en salud son las políticas públicas, por ello es necesario promover las reformas en las políticas sanitarias para proponer estrategias que persigan la equidad de género y la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health
Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH- OMS).2007:1-77.
www.who.int/social.../csdh_framework_action_05_07.pdf (14 Agosto 2009)
- ALONSO LIGERO M. El derecho a la protección de la salud. Revista de Seguridad Social. 1980; 8: 57-66.
- ARGIBAY M, EIZAGUIRRE M, FUEYO A, FERNANDEZ JI. Experiencias en el campo de la Educación para el desarrollo. En: NAYA GARMENDIA LM. La educación para el desarrollo en el mundo globalizado. Donostia: Erein. 2003. p:127- 162.
- BLAZQUEZ RODRÍGUEZ MI. Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. Cult Cuid. [online]. 2004; 8 (16): 41-46.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1059285> (24 Mayo 2009)
- BORRELL C y ARTAZCOZ L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. [online] 2008; 22 (5):465-473.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500012&script=sci_arttext (30 Mayo 2009)
- BORRELL C, ARTAZCOZ L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev. Esp. Salud Pública. [online]. 2008; 82 (3): 245- 249.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000300001&script=sci_arttext (24 mayo 2009)
- BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE MM, VICENTE MARTÍ-BOSCÀ J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. [online]. 2004; 18 (1):02-06.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400002&script=sci_arttext (30 Mayo 2009)
- COLOMER REVUELTA C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Rev. Esp. Salud Pública. [online]. 2007; 18 (2): 91-93.

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000200001&script=sci_arttext (30 Mayo 2009)
- Conformación de la política sanitaria desde la equidad de género. Informe realizado por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad a solicitud de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona. 2004: 1-54.
www.fundsis.org/.../Conformacion-de-la-politica-sanitaria-desde-la-equidad-de-genero-0.pdf (8 Agosto 2009)
 - Declaración de Madrid. La equidad de género en salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar. OMS. 2002.
www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/.../declaracionMadrid.pdf (8 Agosto 2009)
 - DUBOS R. El espejismo de la salud. México: Fondo de Cultura Económica. 1975.
 - Equidad de género en salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud.
www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf (24 Mayo 2009)
 - FUERTE C, MARTÍN LASO MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Sis San Navarra. Pamplona. [online]. 1996; 29 (1): 9-25.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200002&script=sci_abstract (24 Mayo 2009)
 - GÓMEZ GÓMEZ E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev. Panam Salud Pública. [online]. 2002; 11 (5-6).
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500008&script=sci_arttext (27 Julio 2009)
 - IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. (Beijing1995).
<http://www.un-instraw.org/es/proyecto-participacion-politica/mapa-conceptual/beijing-1995-cuarta-conferencia-mundial-sobre-la-m.html#recursos> (3 de Agosto 2009)
 - JANSÁ JM, GARCIA DE OLALLA P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. [online]. 2004; 18 (Supl): 207- 213.
<http://www.scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s1/05inmigracion.pdf> (24 Mayo 2009)
 - JIMENEZ C, MALGESINI G. Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid. Catarata. 2000
 - LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canada. 1974.

- LLACER GIL DE RAMALES A, MORALES MARTÍN C, CASTILLO RODRÍGUEZ S, MAZARRASA ALVEAR L, MARTINEZ BLANCO ML. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. Index Enferm. 2006; 15 (55):13- 17
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000300003&script=sci_arttext (14 de agosto 2009)
- LOMBARDO E. El mainstreaming: la aplicación de la transversalidad en la Unión Europea. Aequalitas. 2003; 13: 6-11
- LÓPEZ ALONSO SR. La globalización y la salud en los grupos minoritarios. Cult Cuid. [online]. 2001; 5 (10): 63-71.
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4937> (13 Febrero 2009)
- MAZARRASA ALVEAR L, CASTILLO S, SANZ B, BOLAÑOS E, TORRES AM. La salud de las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid: percepción, accesibilidad y utilización de servicios de salud. Proyecto SEPY 1045/98. Universidad de Oviedo. Instituto de la Mujer. Ministerio de igualdad.
www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/1999/444p.pdf (24 Mayo 2009)
- MERCADO CARMONA C. Equidad e igualdad de género. RevistaSalud.com. [online]. 2008; 4 (13).
<http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/210/517> (24 Mayo2009)
- Mujeres y Hombres en España 2009. Publicación del Instituto Nacional de Estadística y el Instituto de la Mujer.
<http://ine.es/prodyser/pubweb/myh/myh09.pdf> (23 Abril 2009)
- MURILLO DE LA VEGA S. El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio. Madrid: Siglo XX; 1996.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución. Ginebra: OMS. 1948.
- Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía (Indesan-1). Rev. Salud 2.000. [online] 2007; 114: 13-19.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2470467>(26 Julio 2009)

- PÉREZ ANDRÉS C. Mujer, derechos humanos y salud. Rev. Esp. Salud Pública. [online]. 1998; 72 (2): 87-89.
<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n2/editorial.pdf> (30 Mayo 2009)
- RUIZ CANTERO MT, VERDU DELGADO M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit. [online] 2004; 18 (Supl1): 118-125.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400019&script=sci_arttext (31 Mayo 2009)
- RUIZ CANTERO MT. Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva de género. Informe final del proyecto. Universidad de Alicante. Ministerio de Igualdad. NIPO.:207-05-057-1 http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/667.pdf (24 de julio 2009)
- SALLERAS SANMARTÍ L, PRAT MARÍN A, GARRIDO MORALES P. Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En: Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson. 2002. p: 221-231.
- SALLERAS SANMARTÍ L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid. Díaz de Santos. 1986.
- SAN MARTÍN H. Crisis mundial de la salud. ¿Salud para nadie en el año 2000? Madrid: Ciencia 3. 1985.
- Subsanan las desigualdades en una generación. ¿Cómo? Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. 2005 -2008. Informe Final. OMS.
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index.html6. (14 Agosto 2009)
- TERRIS M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI. 1980.
- URBEZ GARCÍA JM. Inmigración en la Unión Europea. Rev. Acciones e investigaciones sociales. [online] 1996 (4): 157-168.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=170202> (24 Mayo 2009)
- VALLS LLOBET C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. Rev. Quark. 2003; 27: 41-53.
<http://www.prbb.org/quark/27/027041.htm> (24 Mayo 2009)
- VARGAS GÁLVEZ R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. Desarrollo económico y social. Desigualdades en salud. Indicadores

sanitarios. En: Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson. 2002. p: 1093-1102.

LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CONSULTADA

1. Constitución Española de 1978.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
3. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
4. Ley de 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
5. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
6. Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948.
7. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
8. Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril.

PORTALES WEBS

<http://scielo.isciii.es>
<http://dialnet.unirioja.es>
<http://ine.es>
<http://migualdad.es/mujer>
<http://prbb.org/quark>
<http://paho.org>
<http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing>

<http://www.un-instraw.org>.

<http://www.un.org>

<http://rua.ua.es>

<http://www.msc.es>

<http://www.who.int>