

# Salud comunitaria con perspectiva de género

**Autora:**

**Carme Valls-Llobet.** Directora del programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios), Barcelona

**Para contactar:**

5506cvl@comb.es

## La invisible salud de las mujeres para la medicina

«La devaluación cultural es también importante como una de las influencias que hace enfermar a las mujeres. Todos los grupos sociales trabajan por medio de una gran variedad de discursos que hacen parecer como naturales las desigualdades y las diferencias de género. Las mujeres tienen que crear su identidad –su sentido de sí mismas– dentro del marco de las definiciones de lo que es ser mujer, a veces conflictivas y construidas culturalmente. Pueden haber sido reverenciadas como madres o como guardianas de la moralidad, o pueden ser vistas como «enfermizas», neuróticas, manchadas o simple y fundamentalmente menos valiosas que el hombre. El mensaje dominante es que las mujeres no son sólo diferentes, sino física, psicológica y socialmente inferiores. En un mundo definido por y para los hombres, las mujeres son «el otro». Bajo estas circunstancias no es sorprendente que muchas encuentren difícil desarrollar las sensaciones de competencia y autoestima asociadas con una salud mental positiva» (Lesley Doyal)<sup>1</sup>.

Diferenciar las estadísticas por sexos ya ha sido una forma de saber qué es lo que ocurre a mujeres y hombres en determinadas enfermedades, o con relación a condiciones de vida o trabajo concretas. Ha sido un primer paso para visibilizar las diferencias. Pero el análisis de los resultados no siempre se ha hecho teniendo en cuenta la perspectiva de género, el hecho de entender que los roles de género (el papel de las mujeres como cuidadoras o trabajadoras en el ámbito doméstico, con la actual doble o triple jornada para las que trabajan también fuera de casa, y el del varón como suministrador exclusivo de los bienes de la familia) han supuesto una forma de supresión de los deseos y de enmascaramiento de los síntomas de uno y otro sexo.

Sexo y género no son sinónimos, aunque a veces la literatura anglosajona puede sustituir una palabra por otra. La perspectiva de género y la palabra género ha nacido de las ciencias sociales para identificar cómo los estereotipos llegan a condicionar las conductas, y también de las ciencias psicológicas, que

han comprendido cómo se han sesgado las construcciones de la subjetividad de mujeres y hombres por los estereotipos en que han vivido, sumergidos en el seno de las familias, las escuelas y la sociedad.

Estoy de acuerdo con Marcela Lagarde<sup>2</sup> cuando cree que la perspectiva de género va a contribuir a hacer más visibles a las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad: «A pesar de no existir en el mundo patriarcal, las mujeres han sido realmente existentes. Es notable que el humanismo no las haya advertido. La perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres».

Pero a veces la palabra género puede encubrir las diferencias, como la violencia doméstica o de género encubre la violencia contra las mujeres. «Género» no es igual a «mujer», y a veces el concepto de género se convierte en una nueva forma de reclusión de las diferencias en los discursos de algunas personas, y específicamente de algunos políticos y políticas que, sin haberse analizado, creen poder entender de lo que hablan, y sustituyen simplemente la palabra sexo por género, como si de hablar del género gramatical masculino y femenino se tratara. Una vez más, la clarividencia de Marcela Lagarde nos ilumina: «Se cree que con decir género se adquiere por arte de magia una visión particular. Incluso está en boga aplicar recetas de género a políticas institucionales, tras haberlo aprendido en cursos de cuatro horas... El trabajo bajo la perspectiva de género llega a ser experimentado como una concesión a las mujeres: tomarlas en cuenta, nombrarlas, gastar recursos en ellas, distraerse con ellas, ya que no son significativas ni realmente importantes. Lo que está claro en el fondo es que las mujeres no deben ser parte de los esfuerzos institucionales económicos y políticos, que el desarrollo y la democracia son asuntos masculinos. Aunque se logre visibilizar a las mujeres descorriendo un pequeño velo de su opresión y exclusión, casi nunca se profundiza en las causas que las han originado. Se intenta pasar de puntillas sobre el origen para no tocar nada de las fuentes de dominio que han originado la opresión, para no plantear ni promover cambios genéricos en los hombres, ni en

A VECES LA PALABRA GÉNERO PUEDE ENCUBRIR LAS DIFERENCIAS, COMO LA VIOLENCIA DOMÉSTICA O DE GÉNERO ENCUBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, Y A VECES EL CONCEPTO DE GÉNERO SE CONVIERTE EN UNA NUEVA FORMA DE RECLUSIÓN DE LAS DIFERENCIAS

las instituciones que éstos han creado». El concepto género puede ser usado precisamente en contra de la visibilidad y participación de las mujeres en la vida social, científica y académica. Todo depende del sentido y de la acción de las investigadoras para utilizarlo, y para que no esconda las diferencias.

Para Rosi Braidotti<sup>3</sup>, la noción de género desafía la pretensión de universalidad y objetividad de los sistemas convencionales de conocimiento y de las normas aceptadas del discurso científico. Introduce la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica. En la medida en que pretende articular una alternativa a la pretensión de objetividad, neutralidad y universalidad del conocimiento científico, el concepto de «género» puede cumplir una función revitalizadora en otras esferas científicas.

Ésta es la gran asignatura pendiente para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres: introducir la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica, demostrando paso a paso los sesgos de la pretendida neutralidad de la ciencia biomédica oficial. El hecho de abandonar toda investigación sobre las condiciones sociales, laborales o ambientales como factores de riesgo de las enfermedades de mujeres y hombres y concentrar los presupuestos de investigación en el estudio del genoma humano ya es un primer sesgo que deberemos combatir para evitar una nueva invisibilidad de los condicionantes del enfermar de los seres humanos.

### Los estereotipos de género como límites del abordaje biopsicosocial

Atendiendo a la definición de la palabra discriminación, es la acción o el efecto de establecer diferencias sociales, raciales, sexuales, segregando y dando trato de inferioridad por dichas diferencias<sup>4</sup>. En la investigación médica los primeros sesgos han sido la exclusión de las mujeres de los trabajos de investigación en los que se basa la asistencia y la docencia actual, y la falta de estudio diferencial de los resultados según el sexo incluyendo en los análisis la perspectiva de género. Dado que la asistencia sanitaria, y en concreto la Atención Primaria, basa su ciencia y actuación en la evidencia científica, la falta de investigación sobre la morbilidad diferencial, y la visión androcéntrica que tiene al varón como norma, ha sesgado la atención cotidiana de las mujeres que han demandado, a las que se atendía a veces en unidades especializadas en salud reproductiva como si esto significara atención integral a las mujeres. La rigidez de la visión centrada sólo en el hombre ha producido sesgos en el momento del diagnóstico,

tanto por considerar que enferman igual hombres y mujeres (cuando hay diferencias) como por considerar inversamente que, como son diferentes, no pueden tener problemas similares<sup>5</sup>, o bien por no tener en cuenta los condicionantes biopsicosociales de las enfermedades<sup>6</sup>. Además de los sesgos en los diagnósticos, también se han producido sesgos de género en los métodos de exploración, en la valoración de la normalidad en los análisis clínicos y en la aplicación de terapias sin ninguna diferenciación por sexo, ni en dosis ni en vía administrada.

En la década de 1990 un movimiento internacional de investigadores impulsó la inclusión de las mujeres en los ensayos clínicos y el rigor científico aplicado al estudio de los problemas más prevalentes entre las mujeres. En el terreno de investigar las diferencias en mortalidad y morbilidad fue Verbrugge<sup>7</sup> la primera que empezó a analizar y a demostrar que existían diferencias en las enfermedades que afectaban a hombres y mujeres, señalando la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y utilización de los servicios sanitarios en las personas de sexo femenino. Su mayor contribución fue demostrar que el nivel más pobre del estado percibido de salud entre las mujeres, respecto a los hombres, se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales, como el sedentarismo, el paro y el estrés físico y mental, más que a diferencias biológicas innatas.

La ciencia que había postulado que estudiar al «varón» era estudiar al ser humano ha tenido que cambiar sus paradigmas y reconocer que existen diferencias entre mujeres y hombres en la forma de enfermar, de manifestarse los síntomas, en las causas del dolor, en la prevalencia de determinados diagnósticos y en la metabolización de fármacos, que tienen maneras diferentes de actuar según el sexo biológico o interaccionan con la fase del ciclo menstrual. En la década de 1990 las mujeres son por primera vez estudiadas como personas, además de como seres reproductores, y se hacen «visibles» para la medicina en todas sus especialidades<sup>8</sup>.

Pero en los últimos 10 años hemos evolucionado, y la perspectiva de género ha hecho cambiar el enfoque del trabajo en salud, desde una concepción centrada en la enfermedad, y en la mujer como cuidadora de la salud de la familia y la comunidad en su conjunto, a plantear la salud como satisfactor de las necesidades humanas fundamentales, que concibe las relaciones de poder-subordinación y la división del trabajo como una causa de la desigualdad entre los sexos en el ejercicio del derecho a la salud. Por ello los objetivos no son dar formación a las mujeres para que puedan ser cada vez más cuidadoras de todos, sino facultarlas para la protección, promoción y autocuidado de su salud, con mecanismos de

EN LA DÉCADA DE 1990 LAS MUJERES SON POR PRIMERA VEZ ESTUDIADAS COMO PERSONAS, ADEMÁS DE COMO SERES REPRODUCTORES, Y SE HACEN «VISIBLES» PARA LA MEDICINA EN TODAS SUS ESPECIALIDADES

diálogo, concertación y negociación entre las instituciones de salud y las mujeres organizadas. Ésta es la nueva perspectiva de género tanto para las actividades comunitarias en Atención Primaria como en las nuevas formas de hacer cooperación en salud<sup>9</sup>.

## Empezar por la escucha de las necesidades para planificar las acciones comunitarias

### Sistemas de información y género

#### ■ El papel de las encuestas de salud de la población

Las encuestas de salud de población podrían ser un buen instrumento de observación de las necesidades de salud de las mujeres si se valoraran con perspectiva de género y con la voluntad de estudiar en estas encuestas las realidades biopsicosociales de la población. En Canadá desde hace 10 años se ha establecido el informe de salud y género como base de las intervenciones en salud<sup>11</sup>.

En España, las encuestas de población han incluido progresivamente las preguntas necesarias para introducir la perspectiva de género, al documentar el número de personas que viven en la familia y establecer la metodología para estudiar las cargas familiares y su influencia en la salud de los dos sexos<sup>12</sup>. En Cataluña, el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) ha coordinado dos estudios para analizar las desigualdades de salud de la población basados en las encuestas de salud de Cataluña de 1998<sup>13</sup> y de 2002<sup>14</sup>.

#### ■ Recomendaciones sobre sistema de información y género

La recogida de datos necesaria para conocer las diferencias y desigualdades en la salud de mujeres y hombres ha de ser un aspecto fundamental de los sistemas de información sanitaria. La violencia contra las mujeres es un problema social emergente que, a pesar de haber entrado en la agenda política con la promulgación de la Ley Integral contra la Violencia de Género, no cuenta aún con un sistema de información sanitaria ni de vigilancia adecuada que incluya el seguimiento de las secuelas físicas y psíquicas de las mujeres afectadas por la violencia que han sobrevivido a los ataques.

#### ■ Recomendaciones sobre estado de salud, estilos de vida y servicios sanitarios

Aunque las encuestas de salud realizadas hasta ahora han permitido conocer diversos aspectos de las desigualdades en el estado de salud, los estilos de vida y los servicios sanitarios, la dificultad para poder obtener información sobre algunos indi-

## LA DECLARACIÓN DE LA OMS, SOBRE LA INTEGRACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE GÉNERO EN LOS SISTEMAS DE SALUD (DECLARACIÓN DE MADRID)<sup>10</sup>

Los Estados miembros de la UE y la OMS deberán incluir la perspectiva de género como uno de los criterios para la financiación de cualquier investigación relevante. Esto conlleva establecer directrices y llevar a cabo programas de formación sobre género y salud dirigidos a las personas que investigan y a quienes evalúen las propuestas de investigación. Se debe fomentar la investigación sobre género y salud. La evidencia generada mostrará la necesidad de hacer cambios en las políticas, así como de mejorar las políticas sensibles al género en el ámbito europeo.

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Mujeres y hombres</b>          | Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades   |
| <b>Determinantes de la salud</b>  | Aunque muchos Estados miembros de la UE han aprobado acuerdos internacionales que reconocen el género como un determinante de la salud, muy pocos han trasladado este compromiso internacional a sus políticas concretas de ámbito nacional   |
| <b>Proceso técnico y político</b> | El <i>mainstreaming</i> de género en la salud es un proceso técnico y político, que requiere cambios en la cultura organizativa y en la manera de pensar, así como en los objetivos, estructuras y distribución de recursos de las agencias internacionales, gobiernos y organizaciones no gubernamentales  |
| <b>Implementación</b>             | La Declaración de Madrid es el resultado del Seminario sobre <i>Mainstreaming</i> de género en las políticas de salud en Europa, celebrado en Madrid el 14 de septiembre de 2001. En él se reconoce la necesidad de avanzar en la implementación de los compromisos internacionales y se acuerdan los principios, requisitos previos y recomendaciones para el <i>mainstreaming</i> de género en la salud |

OMS: Organización Mundial de la Salud; UE: Unión Europea.

## RECOMENDACIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EL GÉNERO

- ▶ Que se incluyan en el sistema sanitario programas de formación continuada que tengan en cuenta los diversos temas de género y salud
- ▶ Que las encuestas de salud desarrollen preguntas con perspectiva de género para mejorar aspectos poco conocidos, como el estudio de la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres, su diagnóstico o los trabajos realizados (remunerados o no) por ambos sexos, entre otros aspectos
- ▶ Que se cree una comisión que valore los sistemas de información más adecuados para aumentar el conocimiento sobre la violencia de género. Como primer paso se debería poner en marcha un sistema de información centralizado que recoja los datos mínimos necesarios en los servicios asistenciales
- ▶ Que los profesionales sociales y sanitarios elaboren guías de práctica clínica para detectar precozmente la violencia de género, especialmente en los servicios de urgencia y en Atención Primaria, haciendo un seguimiento de la morbilidad física y mental, así como de las secuelas en las personas afectadas

cadoreo hace necesario profundizar en el conocimiento de algunos problemas de salud. El informe sobre la evolución de las desigualdades de salud en Cataluña<sup>15</sup> demuestra que la salud de mujeres y hombres es desigual porque hay factores sociales asociados al género que afectan de una manera injusta a la salud de las personas. Pero se constata que la investigación sobre las desigualdades de género y salud es aún muy escasa.

#### ■ Informes específicos de salud y género

Creemos que el informe sobre la salud de las mujeres en Asturias, publicado en 2002 y coordinado por la doctora Carmen Mosquera, ha sido el primero de este tipo publicado en España. En este informe se analizan los problemas de salud en rela-

## RECOMENDACIONES SOBRE EL ESTADO DE SALUD, LOS ESTILOS DE VIDA Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

- ▶ Que se profundice en el estudio de la evolución y las causas de las desigualdades en la salud con perspectiva de género. Dos ejemplos son la feminización de la pobreza y la precariedad laboral de las mujeres
- ▶ Que se desarrollen estudios cuantitativos y cualitativos que permitan conocer la magnitud, la evolución y las causas de la violencia contra las mujeres, especialmente las relaciones con los trastornos de salud y las secuelas a largo plazo
- ▶ Que se estudie la prevalencia real y los determinantes de las enfermedades que tienden a aumentar sobre todo entre las mujeres, o que son poco conocidas, como la depresión, la fibromialgia, la fatiga crónica, las anemias y carencias metabólicas, las patologías tiroideas y la osteoporosis
- ▶ Que se hagan estudios específicos para conocer la proporción real de mujeres y hombres con tratamiento farmacológico inadecuado o no controlado, con relación, por ejemplo, a las hiperlipidemias, a la hipertensión o al tratamiento del dolor y la fatiga. Sería necesario conocer las diferencias en el uso de psicofármacos entre mujeres y hombres y lo adecuado de su indicación

EXISTE AÚN UN GRAN DESCONOCIMIENTO, POR FALTA DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN, DE LAS ENFERMEDADES QUE PADECEN LAS MUJERES, DE SUS CAUSAS Y DE LA MANERA DE PREVENIRLAS

ción con la situación socioeconómica, los estilos de vida, la violencia de género y las causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres asturianas<sup>16</sup>. Pero a la riqueza de estos informes se ha podido añadir un estudio cualitativo realizado entre mujeres del mundo rural y urbano, en que expresan su percepción y sus opiniones sobre la salud, el embarazo, la menopausia, la menstruación y las relaciones de pareja. Este estudio cualitativo<sup>17</sup> sobre las mujeres y sus interrogantes, demandas y problemas, ha dado lugar a la planificación de talleres específicos de promoción de la salud, desde la alianza de los profesionales de salud pública, de Atención Primaria y de las asociaciones de mujeres.

Desde la creación del Observatorio de la Salud de las Mujeres en 2003 se han realizado dos informes sobre salud y género que hay que tener en cuenta como análisis de la situación en el Estado español que pueden consultarse en la página web del Ministerio de Sanidad<sup>18</sup>.

### Políticas públicas y género

En el estudio de las desigualdades de salud en Cataluña se ha observado, como en otros estudios, un peor estado de salud percibido entre las mujeres y una mayor prevalencia de trastornos cróni-

cos. También hay que destacar un incremento de la detección de la violencia de género, por lo que se tienen que establecer políticas públicas adecuadas para su detección y prevención. Además, las políticas públicas sobre desigualdades en salud han de tener en cuenta el trabajo remunerado y no remunerado, así como la interacción entre clase social y género.

### Morbilidad femenina diferencial

«La investigación de la salud de las mujeres ha sobrepasado los límites que la encerraban sólo en los órganos y hormonas relacionados con la reproducción [...]. Este sesgo histórico está siendo redirigido [...]. Cada vez más la asistencia sanitaria se ha de basar en las diferencias biológicas que comporta el sexo y las influencias del género en los factores de conducta, geográficos, culturales, económicos y sociales» (Pinn)<sup>19</sup>.

Tanto la investigación médica, como la docencia y la asistencia sanitaria han mirado a las mujeres «como si fuesen hombres» y no han visto sus problemas y enfermedades específicas, ni han entendido su queja, su malestar y su dolor. La salud de las mujeres se ha estudiado y valorado sólo como salud reproductiva, y este enfoque ha impedido abordar la salud de las mujeres desde una perspectiva integral.

También la superespecialización a la que ha sido sometida la medicina en los últimos 30 años, en aras a la eficacia, ha troceado el cuerpo de los pacientes, y en especial los femeninos, porque son los que demandan más atención de los servicios sanitarios ambulatorios y no precisan hospitalización.

Existe aún un gran desconocimiento, por falta de investigación e información, de las enfermedades que padecen las mujeres, de sus causas y de la manera de prevenirlas. De hecho, la formación médica no había remarcado que podía haber diferencias en el modo de enfermar de mujeres y hombres, que los métodos de diagnosticar pudieran ser diferentes o que las terapias y los fármacos tuvieran distintas maneras de actuar entre mujeres y hombres.

La formación del médico o la médica de Atención Primaria o de hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino, ni tampoco dispone (porque no existe) de una ciencia sistematizada para apreciar la diferente expresión de la sintomatología de algunas enfermedades según el sexo de las personas.

En definitiva, falta desarrollar la ciencia –y hacerla visible y comunicarla– de la morbilidad femenina diferencial, para erradicar la cultura del sufrimiento

## RECOMENDACIONES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS Y DE GÉNERO

- ▶ Que se desarrollen políticas públicas que aumenten las escuelas públicas preescolares para menores de tres años. También son precisos servicios postescolares y asistencia familiar para las mujeres con menos recursos
- ▶ Que desde la Atención Primaria se pongan en marcha guías de práctica clínica específicas para el diagnóstico y tratamiento diferencial entre mujeres y hombres del dolor y el cansancio
- ▶ Que se fomenten políticas específicas para conseguir un mejor control y un uso más adecuado de los medicamentos y recetas
- ▶ Que se disponga de más recursos para la prevención y detección precoz de la violencia contra las mujeres y mejore la colaboración entre los servicios sanitarios, sociales, policiales y judiciales. Especialmente sería necesario realizar programas de formación entre los profesionales sociosanitarios que puedan tener contacto con las mujeres que han sufrido malos tratos
- ▶ Que se fomenten programas de intervención para reducir los embarazos entre adolescentes y el alto número de partos con cesárea

que intenta esconder la ignorancia científica de las causas del malestar y la sintomatología, predicando a las mujeres la resignación y la sumisión a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor.

### ■ ¿Qué es la morbilidad femenina diferencial?

Definimos la morbilidad diferencial como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, ya sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque éstos sean mucho más frecuentes en el sexo femenino.

Pueden ser causados por las diferencias biológicas con el sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos.

También entran en esta definición las enfermedades que, sin ser específicas del sexo femenino, se presentan con una mayor frecuencia (alta prevalencia) en el sexo femenino, y son causa o de muerte prematura, o de enfermedad o de discapacidad entre las mujeres, más que entre los hombres, como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunitarias, las enfermedades endocrinológicas y la ansiedad y depresión.

Existen también factores de riesgo diferenciales que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres.

## Las intervenciones comunitarias con perspectiva de género

No se puede hablar del derecho a la salud aislándolo del resto de los otros derechos y de una concepción diferente de la sociedad. A lo largo de los últimos años, las profesionales que hemos participado en todas las reuniones de debate e intercambio realizadas en el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida de CAPS, así como en los seminarios anuales de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud, hemos llegado a una misma conclusión, fuera cual fuera el tema debatido, la salud de las mujeres está íntimamente ligada a sus condiciones de vida, y su cuidado depende, principalmente, de sus posibilidades personales/asistenciales para poner palabras a su malestar y dejar de ser un objeto pasivo del acto médico para convertirse en sujeto activo.

Tras constatar el fracaso más o menos estrepitoso de las intervenciones tradicionales y poner en práctica experiencias de participación, las profesionales de salud mental y de Atención Primaria, así como las especialistas llegaron a la conclusión de que, ante

## LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES. RESULTADOS DE UN ESTUDIO CUALITATIVO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICOS DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA ABORDARLOS.

Estudio Delphi realizado por el CAPS en médicas y psicólogas de Atención Primaria

### CONCLUSIONES GLOBALES

1. Se han identificado 151 demandas, motivos de consulta o diagnósticos de mujeres en Atención Primaria, lo que plantea una alta sobrecarga de trabajo para las profesionales de primaria
2. Aunque el abordaje de las profesionales sea distinto según su disciplina, tanto médicas como psicólogas coinciden en señalar la presencia de diagnósticos de origen biológico, psicológico y social, lo que obligará a una atención, detección y tratamiento multidisciplinar
3. Los tres primeros diagnósticos en los que coinciden todas las médicas son: dolor, ansiedad y depresión
4. El número total de patologías o motivos de consulta agrupados son 87 diferentes, lo que supone que en Atención Primaria los diagnósticos y problemas con los que deben enfrentarse las profesionales que atienden a mujeres son mucho más elevados, diferentes y abigarrados que en la medicina especializada
5. La alta prevalencia de los diagnósticos de ansiedad y depresión por parte de las médicas de Atención Primaria no se acompaña de matices ni precisiones en sus diagnósticos como sí ocurre en otros diagnósticos o problemas
6. La apreciación de ansiedad y depresión ha sido mucho más concretada entre las profesionales de la psicología, que presentan como problemas más prevalentes la dificultad de relación con los demás, los problemas de ámbito social y las dificultades con la sexualidad
7. Los problemas psicosomáticos son el principal motivo de consulta en cuarto lugar, tanto para médicas como para psicólogas
8. Se deberá hacer una reflexión para replantear la metodología de atención a la morbilidad en las mujeres en Atención Primaria y los recursos necesarios

### ¿En qué ámbitos se necesitan recursos para el abordaje de determinadas patologías o motivos de consulta?

1. La mayoría de profesionales consultadas señalan la necesidad de recursos para el abordaje de las siguientes patologías o motivos de consulta:
  - a) Dolores osteomusculares y de articulaciones y dolor muscular generalizado y crónico (por ejemplo, fibromialgia)
  - b) Conflictos familiares (con la pareja, padres y hermanos, dudas en la educación de los hijos).
  - c) Falta de apoyo como cuidadoras (de hijos, enfermos, mayores, y especial situación de mujeres emigrantes)
  - d) Quejas de soledad e «inutilidad», pobreza (mujeres mayores de 70 años)
  - e) Violencia física y psicológica de la pareja
  - f) Trastornos psicosomáticos
  - g) Deterioro cognitivo por senilidad
  - h) Osteoporosis
  - i) Gonartrosis y poliartritis
  - j) Dolor de manos (síndrome del túnel carpiano, tendinitis y quistes sinoviales)
  - k) Estrés físico y mental
  - l) Malestar psicológico, ansiedad y depresión
  - m) Cáncer de mama en el seguimiento posterior al tratamiento
2. Los recursos necesarios en la mayoría de las patologías señaladas se refieren a:
  - a) Tiempo para hacer consultas en profundidad
  - b) Formación adecuada sobre las patologías señaladas y sus posibilidades diagnósticas
  - c) Habilidades de comunicación
  - d) Posibilidades de derivación rápida y eficaz para la realización de pruebas diagnósticas (radiografías, ecografías o analíticas), o bien para ser atendidas por equipos de salud mental, trabajadoras sociales o asociaciones y grupos de ayuda mutua
  - e) Recibir recursos y soporte del equipo de enfermería
  - f) Derivación a gimnasia y rehabilitación

3. Según todas las profesionales consultadas, la formación y el tiempo de consulta han sido los dos recursos más solicitados, y dada la gran cantidad de patologías a las que deben dar respuesta en las que se entrecruzan los problemas biológicos, psicológicos y sociales, creemos que se debería adecuar el programa de formación continuada en Atención Primaria con perspectiva de género. La actual formación que se centra tan sólo en determinados factores de riesgo (hiperlipidemias, etc.) no da respuesta a los problemas reales con los que se deben enfrentar los profesionales de Atención Primaria.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES PASA OBLIGATORIAMENTE POR HACERLES LLEGAR HERRAMIENTAS DE AUTOCONOCIMIENTO, INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN RESPECTO A SU SALUD Y A LA DE LA COMUNIDAD

problemas como la fibromialgia y el dolor, los malos tratos, la exagerada prescripción de psicofármacos y la medicalización de los procesos vitales (embarazo, parto, menstruación y menopausia), la salud de las mujeres mejora de manera espectacular cuando ellas pueden hablar de lo que les pasa, cuando participan en grupos, ya sean terapéuticos (en torno a alguna enfermedad) o de ayuda mutua, o cuando toman la decisión de buscar soluciones y respuestas fuera del circuito convencional, por el simple hecho de asumir la responsabilidad de la propia salud. A estas mismas conclusiones han llegado diversas investigadoras, especialmente, escandinavas.

Para nosotras la promoción de la salud de las mujeres pasa obligatoriamente por hacerles llegar herramientas de autoconocimiento, información y participación respecto a su salud y a la de la comunidad. Significa restituir a las mujeres el derecho a la salud, el cual se articula a través de unos derechos que han sido progresivamente alienados por los poderes religiosos, políticos y médicos:

- Derecho a decidir sobre su cuerpo.
- Derecho a su sexualidad y sensualidad.
- Derecho al propio deseo.
- Derecho a ser o no ser madre.
- Derecho a participar en las decisiones relacionadas con su salud.
- Derecho a participar en la organización de los servicios de salud.
- Derecho a acceder a los recursos de salud.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que aparece como resultado de la I Conferencia Nacional de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa (Canadá) en 1986, define la promoción de la salud como el proceso político y social global que incluye no sólo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública y individual.

La Declaración de Yakarta añade el concepto de *empoderamiento* de las personas y de las comunidades y el de la participación como parte esencial para sostener los esfuerzos. Las personas han de ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que aquéllos sean eficaces.

Por otra parte, en el glosario de definiciones editado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, el *empoderamiento de las mujeres* se considera uno de los recursos que incluir en las inversiones para la salud, además de la educación, la vivienda, el desarrollo de la infancia y de los intrínsecos de los servicios sanitarios.

Hay que decir aquí que, por lo general, las instituciones públicas que trabajan en promoción de la salud en España aún no han incorporado este enfoque y continúan entendiendo por promoción de la salud las actividades de prevención de ciertos temas: tabaquismo, adicciones, prevención de enfermedades de transmisión sexual, etc., sin afrontar la prevención específica e inespecífica (las habilidades personales y de la comunidad) con perspectiva de género.

Cursos de formación de los profesionales sanitarios y sociosanitarios con perspectiva de género

■ **Curso «La salud y el género» en la Comunidad Autónoma de Asturias**

Durante el año 2007 se realizó una experiencia promovida por la Dirección de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Asturias, con el título «La salud y el género: qué sabemos y cómo hemos de incorporarlo a nuestra práctica profesional». Se realizó un curso multidisciplinar de formación dirigido a profesionales del sistema de salud de los siguientes perfiles: medicina, psicología, sociología y enfermería; ámbito de salud pública, atención primaria y salud mental, con preferencia a personas con responsabilidades o con influencia en grupos/equipos de profesionales (responsables de formación, investigación, coordinación de equipos, etc.) y con motivación y compromiso para mejorar su práctica. La duración del curso fue de 40 horas: 30 horas lectivas presenciales y 10 horas de trabajo propio con lectura de bibliografía entregada a lo largo del curso y preparación y presentación de una propuesta de aplicación práctica, al finalizar el curso.

El objetivo general del curso fue contribuir a la incorporación del análisis de género en las actuaciones y prácticas profesionales: análisis de salud-enfermedad, planificación y programación de actuaciones, práctica preventiva y asistencial, valoración de actuaciones, diseño y desarrollo de investigación, diseño y explotación de sistemas de información.

Los objetivos específicos fueron:

1. Reconocer los determinantes sociales relacionados con la salud en hombres y mujeres.
2. Analizar y comprender los factores que condicionan la vulnerabilidad y los riesgos para la salud y que determinan las desigualdades entre mujeres y hombres.
3. Analizar los sesgos de género existentes en la investigación, programación de actuaciones y en el desarrollo cotidiano de la práctica clínica.
4. Analizar y proponer orientaciones que permitan integrar el enfoque de género en el sistema de salud y corregir las posibles inequidades.

La metodología docente fue activa y participativa, combinando las exposiciones teóricas con la lectura y análisis de casos tomados de la bibliografía, trabajo en grupos y debate. La evaluación del curso fue calificada como notable, por lo que se proponen realizar posteriores ediciones de esta nueva modalidad formativa.

#### ■ Cursos de formación de formadoras en salud y género (Cataluña)

Con el patrocinio del Institut Català de les Dones de Cataluña, el CAPS ha organizado, desde 2006, cursos de formación a mujeres y profesionales de diversos ámbitos que desean convertirse en formadoras de grupos de mujeres que trabajen la salud desde una perspectiva de género. El objetivo de los cursos ha sido proporcionar instrumentos teóricos y metodológicos para que las mujeres puedan hacerse protagonistas de su salud y tener información veraz para poder ejercer su derecho a decidir.

El curso va dirigido a grupos o asociaciones de mujeres que se agrupan en torno a temas de salud (grupos de ayuda mutua, de enfermas o afectadas por exposición a sustancias químicas u ondas electromagnéticas, grupos de mujeres por la lactancia). También va dirigido a grupos de mujeres que trabajan en movimientos sociales, como asociaciones de vecinos, y a profesionales de la salud que trabajan en promoción de la salud, como matronas, educadoras sociales, trabajadoras sociales, enfermeras, etc., así como a los responsables y técnicos de promoción de salud de ayuntamientos, diputaciones y centros cívicos.

La experiencia de los grupos psicosociales en recoger la experiencia e iniciar los cambios

#### ■ La experiencia de América Latina

En el empoderamiento de las mujeres con perspectiva de género, América Latina nos lleva la delantera

en casi 15 años a la actividad realizada en Europa. Quizá por la gran cantidad de necesidades y los escasos recursos en atención sanitaria y farmacológica, el trabajo de muchos profesionales sanitarios se dirigió, sobre todo, hacia el empoderamiento de las mujeres en derechos sexuales y reproductivos.

Por ello ya en 1994-1995 se pusieron en marcha los programas de formación en recursos humanos en salud que priorizaban la salud de las mujeres, género, derechos reproductivos y calidad de atención con perspectiva de género.

Destacamos por su utilidad práctica el manual-guía para la realización de talleres de formación de mujeres y profesionales de la sanidad *Salud de la mujer, calidad de atención y género*, coordinado por Isabel Matamala Vivaldi<sup>20</sup>. Lo conforman ocho sesiones temáticas organizadas en los siguientes campos:

- Sexos, género e identidades masculina y femenina.
- Elementos centrales en la construcción de la identidad de género.
- Proceso salud enfermedad desde la perspectiva de género.
- Los derechos sexuales y reproductivos.
- Sistema doméstico y sistema institucional de cuidado de la salud.
- Calidad de la atención en los servicios de salud desde la perspectiva de género.
- Indicadores de calidad de atención en salud de las mujeres desde la perspectiva de género.
- Propuestas de cambio orientadas a mejorar la calidad de la atención y construir equidad de género desde las instituciones de salud.

El trabajo de este grupo se basa en una excelente investigación, basada en metodología participativa entre las usuarias de los servicios de salud, que se realizó entre 1985 y 1995. En este trabajo<sup>21</sup> las autoras ponen el énfasis en que la atención de calidad es mucho más que la atención en salud reproductiva, y la perspectiva de género incluye la dignificación del acto médico, la conciencia y respeto de derechos, la competencia técnica, el vínculo interpersonal y la potenciación de comportamientos favorables.

#### ■ La experiencia de los grupos psicosociales de Andalucía

En los centros de Atención Primaria existe un grupo de pacientes femeninas que repiten las

visitas médicas con una gran diversidad de síntomas y que se han denominado de forma coloquial «hiperfrecuentadoras». La psiquiatra Ana Távora<sup>22</sup> propuso a su centro de Atención Primaria en Granada realizar un trabajo específico con estas mujeres, solicitando que se las derivara a un grupo de trabajo específico que se reunía cada semana con las pacientes para que expresaran libremente sus conflictos en relación con su salud, sus condiciones de vida y relaciones de pareja o familiares.

El grupo empezó a trabajar analizando los efectos de la subordinación mediante el tipo de vínculo que las mujeres construyen con ellas mismas, con los otros y con la vida. ¿Cómo vive cada mujer concreta la subordinación? ¿Cómo internaliza los mensajes que le llegan de la sociedad acerca de que la mujer no sirve para nada? El primer objetivo para el grupo de trabajo fue que se dieran cuenta de sus conflictos y volvieran a recuperar la capacidad de decisión y sus deseos. ¿Qué relaciones son las que enferman? La negación de los conflictos intrapsíquicos, el deseo de sumisión con la tensión que produce atender o no los mandatos (ser buena, controlar su sexualidad y ocuparse siempre de los demás sin pensar en una misma), sobrevalorar las necesidades de apego, de ser amada por encima de todo, u ocupar el lugar de víctima.

El primer efecto que produce el trabajo grupal es la disminución de las consultas al profesional de Atención Primaria. Las características del proceso de cambio se concretan en: tolerar mejor la ansiedad y mejorar la confusión; poder contar con nuevas figuras de identificación (espacios de mujeres); adquirir nuevas significaciones sobre la soledad, el poder y la dependencia, y encontrar nuevas áreas de interés. Después de un proceso que puede durar un año, las mujeres asumen que mereció la pena participar, ven al otro desde una distancia más óptima y descubren otras relaciones y espacios posibles, desprendiéndose de los imperativos y estereotipos de género que las habían sometido.

### Dar voz a las mujeres

#### ■ «Programa tiempo propio» (Oviedo)<sup>23</sup>

En 2004, el Instituto Asturiano de la Mujer puso en marcha el Programa Tiempo Propio, una iniciativa de promoción de la salud, dirigida a mujeres mayores de 50 años de las zonas más periféricas y menos favorecidas de Asturias, sobre todo mujeres rurales y de las cuencas mineras. El programa tiene como objetivos favorecer el encuentro entre las mujeres, mejorar sus conocimientos sobre ellas mismas, trabajar la autoestima y el empoderamiento en la toma de decisiones, aprender el auto-

cuidado y mejorar las condiciones físicas, evitando la medicalización. Se estructura en varios talleres: envejecimiento activo (donde se trabaja lo corporal, lo emocional y lo colectivo), la historia y las mujeres, escritura creativa, informática, taller de cine y talleres de salud; estos últimos tienen siempre una gran demanda y son monitorizados por un grupo de enfermeras de Atención Primaria con formación específica.

Las mujeres permanecen 2 años vinculadas al programa, lo que les permite, además, realizar encuentros con grupos de diferentes pueblos. Unas 800 mujeres participan anualmente en el programa; durante estos años se han constituido varias asociaciones de mujeres.

Las evaluaciones cualitativas del programa pusieron de manifiesto cómo mujeres que tenían prescrito tratamiento antidepressivo, ansiolíticos o somníferos mejoraban tanto su bienestar que reducían o abandonaban estos tratamientos.

#### ■ «Abuelas, madres e hijas», proyecto de comunicación intergeneracional y empoderamiento de las mujeres (Córdoba)

Este proyecto se desarrolló entre madres, abuelas e hijas en la ciudad de Córdoba, bajo la dirección de la profesora Anna Freixas, y la ayuda del municipio local. Se realizaron, en primer lugar, encuentros entre las mujeres de una misma generación con el objetivo de que reflexionaran sobre temas amplios, como la salud, el trabajo, el amor, la maternidad o la visibilidad social. Después todos los grupos se encontraron y se pusieron en común las conclusiones de cada uno de los grupos generacionales. La experiencia creó un primer espacio de comunicación entre las tres generaciones, y la construcción conjunta de nuevas conclusiones que nacieron del debate, lo que ha dado lugar a la elaboración de un primer libro<sup>24</sup>, además de hacerlas visibles en toda la ciudad. Las mujeres más jóvenes se quedaron muy sorprendidas de las posiciones tan avanzadas que les reflejaron sus madres o abuelas. La experiencia mejoró la percepción de la propia salud, y también la autoestima de todas las participantes.

#### Interacción entre asociaciones de mujeres e instituciones para detectar las necesidades y diseminar las campañas públicas. Redes de mujeres y salud

Desde julio de 1999 se está desarrollando, impulsada por el CAPS, la Red de Mujeres Profesionales de la Salud (Red-Caps) de ámbito estatal, que aglutina alrededor de 230 profesionales de todas las comunidades y diversas especialidades (entre médicas, psicólogas, profesionales de enfermería,

EL PRIMER EFECTO  
QUE PRODUCE EL  
TRABAJO GRUPAL  
ES LA DISMINUCIÓN  
DE LAS CONSULTAS  
AL PROFESIONAL  
DE ATENCIÓN  
PRIMARIA



trabajadoras sociales, sociólogas, etc.). La intención de la Red-Caps es facilitar el conocimiento mutuo, el intercambio de experiencias y conocimientos, y la posibilidad de formar equipos de trabajo, además de tener un espacio de reflexión multidisciplinar. El funcionamiento cotidiano de la red se hace mediante correo electrónico y en una jornada/seminario de autoformación anual en torno a algún tema específico. Se mantienen conectadas a través de un foro y de un Info-red semanal para estar al día de las novedades en el ámbito de mujer y salud<sup>25</sup>.

Además, en diversas autonomías se han constituido redes entre asociaciones de mujeres que se dedican a ámbitos diversos de la salud (salud laboral, mujer y sida, pro lactancia materna, planificación familiar, etc.). Constituyen unos grupos organizados óptimos para establecer enlaces entre las políticas públicas institucionales estatales, autonómicas o locales y las ciudadanas que se han de convertir en protagonistas de su salud. La Xarxa de Dones per a la Salut de Catalunya, por ejemplo, participa en el Consell de Dones de Catalunya y realiza jornadas de reflexión entre profesionales sanitarios y asociaciones de mujeres para la salud, presentando propuestas consensuadas colectivamente a las autoridades sanitarias de Cataluña<sup>26</sup>.

### La revista *MyS* (*Mujeres y Salud*). Los grupos de promotoras de salud

La revista *MyS*, editada por el programa «Mujer, salud y calidad de vida» del CAPS, nació en 1996. Cultiva el arte de ofrecer información científica en lenguaje comprensible, porque pretende ser una verdadera escuela de salud tanto para los profesionales como para las destinatarias de los conocimientos, las mujeres y también los hombres interesados en la ciencia de la diferencia.

La revista desea intervenir en la mejora de la salud de las mujeres con conocimientos y reflexiones científicos y con la opinión y los trabajos de todos los grupos, equipos, personas y redes que trabajan en el tema. Las promotoras de la revista *MyS* creen que el conocimiento nace de la experiencia. Esta publicación no sólo tiene en cuenta las aportaciones de los profesionales, sino que también escucha la voz de las mujeres que deseen explicar sus experiencias. Es, por lo tanto, una revista interactiva, lo que significa un espacio abierto donde las interesadas pueden intercambiar sabidurías<sup>27</sup>.

Grupos de mujeres y asociaciones han establecido complicidades con la revista. Se reúnen periódicamente y comentan algunos artículos como méto-

do de formación y debate. Las conclusiones de sus debates pueden publicarlas en la misma revista o también en las revistas locales de los municipios, o colaborando en las radios y televisiones locales.

### Coordinar la educación sanitaria y la promoción de la salud desde el municipio. Los consejos de salud y la participación ciudadana

Los servicios sociales y sociosanitarios tienen dificultades para dar una atención adecuada que afecte a la salud y al bienestar de las mujeres que los reciben y que los dan, y la eficiencia del sistema socio-sanitario exige una mayor coordinación de todos los recursos en un campo en que se solapan las necesidades. En 2000, se realizó el I Seminario de Reflexión sobre Políticas Municipales para la Salud Integral de las Mujeres, con técnicos y responsables de programas municipales y responsables de otras entidades relacionadas con la salud. Cuarenta y tres municipios de la provincia de Barcelona firmaron un documento con las conclusiones de los grupos de trabajo<sup>28</sup>, y entre éstas se constataron las siguientes:

- La necesidad de dar respuestas a los problemas de salud desde una perspectiva integral y una mirada de género.
- La necesidad de coordinar los servicios para unificar los protocolos de asistencia y de atención para mejorar la eficacia y la eficiencia.
- La necesidad de participación de las mujeres en el diseño, la organización, el seguimiento y la evaluación de programas municipales para la mejora de su salud.
- La necesidad de proponer actuaciones desde el ámbito de la Administración local, coordinando los diferentes servicios que intervienen en el ámbito sociosanitario.

Desde el año 2000 se han establecido planes locales de cooperación de los centros de Atención Primaria de muchos municipios con las áreas de bienestar y con los responsables de salud pública. Pero el reto de la participación ciudadana todavía es un proyecto en vías de construcción, aunque creemos que permitiría recoger mejor las necesidades de la población. En Cataluña se ha establecido por decreto del Gobierno la constitución de los consejos de salud, en los que participarán los profesionales, los gestores, representantes de los municipios y de la ciudadanía. Esperamos que esta novedosa experiencia pueda permitir una nueva aportación a la salud comunitaria.

PERO EL RETO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA TODAVÍA ES UN PROYECTO EN VÍAS DE CONSTRUCCIÓN, AUNQUE CREAMOS QUE PERMITIRÍA RECOGER MEJOR LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN

## Conclusiones

Se debería reestructurar la organización sanitaria con una mirada de género para evitar los sesgos y potenciar la visibilidad de las diferencias y poder realizar el correcto diagnóstico diferencial de las enfermedades y carencias, estableciendo nuevos canales de participación para la ciudadanía tanto en los consejos ciudadanos de salud como en la nueva relación terapéutica que debería establecerse en el acto médico. En palabras del libro *Hipatia*<sup>29</sup>, de la librería de Mujeres de Milán, «cuando la relación terapéutica es eficaz se produce un conocimiento nuevo, percibido como tal por las dos partes. Este conocimiento que se puede expresar y hacerlo circular es particularmente precioso porque expresa la encarnación en el cuerpo y en la trayectoria de curación de las probabilidades desencarnadas en las que se expresa la medicina científica». Con ciudadanas y ciudadanos que sean cada vez más protagonistas de su propia salud, se podrán establecer nuevas formas de enfocar los tratamientos, de evaluar los resultados y nuevas formas de participación que permitan acelerar los cambios necesarios en la salud comunitaria.

## Referencias bibliográficas

- Doyal L. What makes women sick. Gender and the political economy of health. Londres: Macmillan Press Ltd.; 1995.
- Lagarde M. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Madrid: Editorial Horas y Horas; 1996.
- Braidotti R. Sujetos nómades. Barcelona: Paidós; 2000.
- Valls-Llobet C. Discriminación de las mujeres en Atención Primaria. Formación Médica Continuada 2007;14(7):365-8.
- Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. J Epidemiol Community Health 1997;51:106-9.
- Valls-Llobet C. El estado de la investigación en salud y género. En: Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Grupo de Salud del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza. Zaragoza: Minerva Ediciones; 2001.
- Verbrugge, LM. Gender and health: An update on hypotheses and evidence. Journal of Health and Social Behavior 1985;26(3):156-82.
- Valls-Llobet C. Mujeres invisibles. Barcelona: Editorial De bolsillo; 2006.
- Antolín L, Mazarrasa L. Cooperación en salud con perspectiva de género. Federación de Planificación Familiar de España; 1997.
- Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de salud de Europa. Instituto de la Mujer. (Debate, 34). Madrid; 2002.
- Institute of Gender and Health (IGH). Canada. Disponible en: [www.cihir-irsc.gc.ca/e/8673.html](http://www.cihir-irsc.gc.ca/e/8673.html)
- Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribà V et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gaceta Sanitaria. 2000;14(2):146-55.
- Borrell C, Benach J (coords.). Les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe Caps-Fundació Bofill. Barcelona: Editorial Mediterrània (Polítiques, 35); 2003.
- Op. cit. (Polítiques, 48); 2005.
- Ibíd., 271.
- Mosquera C (coord.). La salud de las mujeres en Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias, 2002.
- Uría M (coord). La salud de las mujeres en Asturias. Reflexiones desde las propias mujeres. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias, 2004.
- Informe de Salud y Género. Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: [www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2005.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2005.pdf)
- Pinn V. Sex and gender factors in medical studies. Implications for health and clinical practice. JAMA 2003;289:397-400.
- Matamala MI, Maynou P. Salud de la mujer, calidad de atención y género. Manual guía para la realización del curso-taller. Santiago de Chile: Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social, 1996.
- Matamala MI, Berlagosky F, Salazar G, Núñez L. Calidad de la atención. Género, ¿salud reproductiva de las mujeres? Santiago de Chile: Reproducciones América; 1995.
- Távora A. Un nuevo proceso: aprender a separarse del otro. En: La salud de las mujeres. IV Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Octubre de 2002. Madrid: Instituto de la Mujer (Debate, 39); 2003.
- Tiempo Propio, Talleres para mujeres. Instituto Asturiano de la Mujer. Oviedo. 2005.
- Freixas A (ed.). Abuelas, madres, hijas. La transmisión sociocultural del arte de envejecer. Barcelona: Icaria; 2005.
- Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. En: Instituto de la Mujer: Debate, 30, 2000; Debate, 39, 2003; Debate, 44, 2006.
- Deu anys treballant per la salut de les dones. Xarxa de Dones per la Salut de Catalunya (en prensa).
- Revista MyS (Mujeres y Salud). Disponible en: [mys.matriz.net](http://mys.matriz.net). Barcelona: CAPS.
- CAPS. Coordinació entre els Sistemes de Benestar i Salut: un repte per a una atenció de qualitat. Barcelona: Oficina Tècnica del Pla d'Igualtat de la Diputació de Barcelona, (Reflexions en femení,10); 2001
- Hipatia. Dos para saber, dos para curar. Horas y Horas. Miqueo C, Múrria MJ (trads.). Madrid: Cuadernos Inacabados 46; 2004.