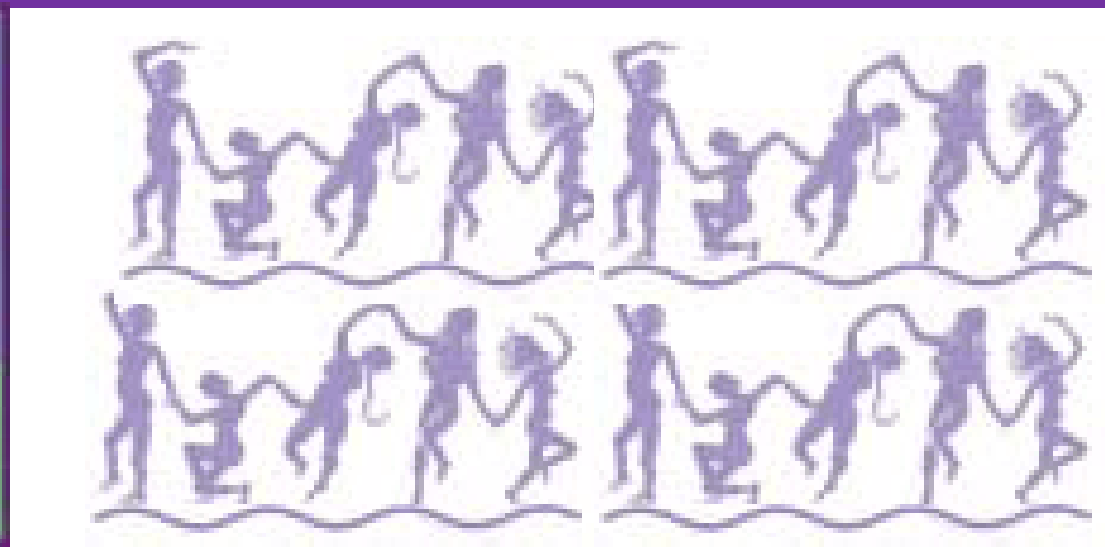
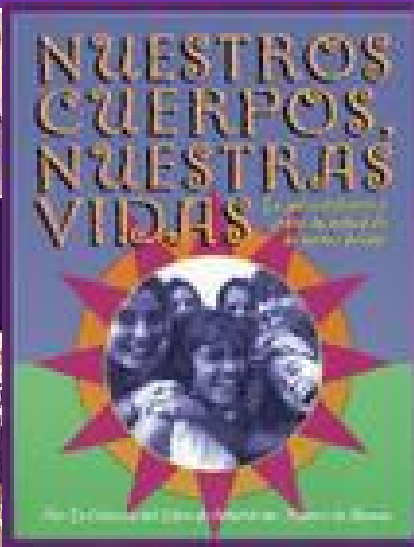


NUESTROS CUERPOS, NUESTRAS VIDAS

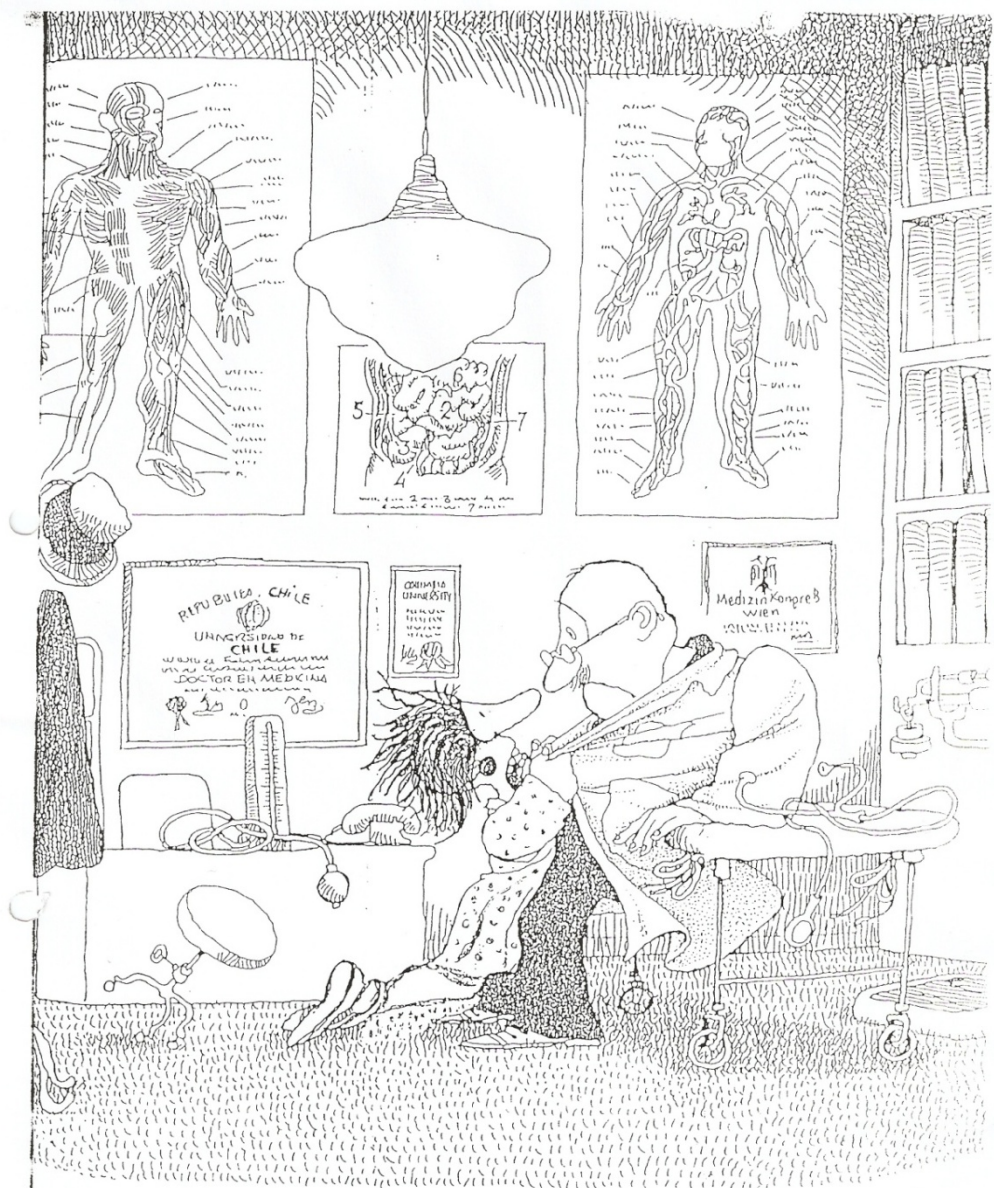
LA SALUD DE LAS MUJERES
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

ESPERANZA AGUILÀ DUCET

III Congreso Asociación Andaluza de Matronas – FAME
23 de octubre del 2009 - Islantilla – Huelva



- 1. ¿Piensas que es necesaria la formación en perspectiva de género del personal de salud más concretamente las matronas?**
- 2. ¿Qué tipo de formación nos propones?**
- 3. ¿Por qué es necesario trabajar con perspectiva de género?**
- 4. ¿Qué puede aportar a la mejora de la salud de las mujeres el trabajo con perspectiva de género?**



— ¿POR TERRIBLE QUE SEÁ QUIERO SABER LA VERDAD, DOCTOR: ¿SER MUJER ES UNA ENFERMEDAD INCURABLE? CUAL

Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones les son ajenas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea.

Victoria Sau, 2001

EL PUNTO DE PARTIDA

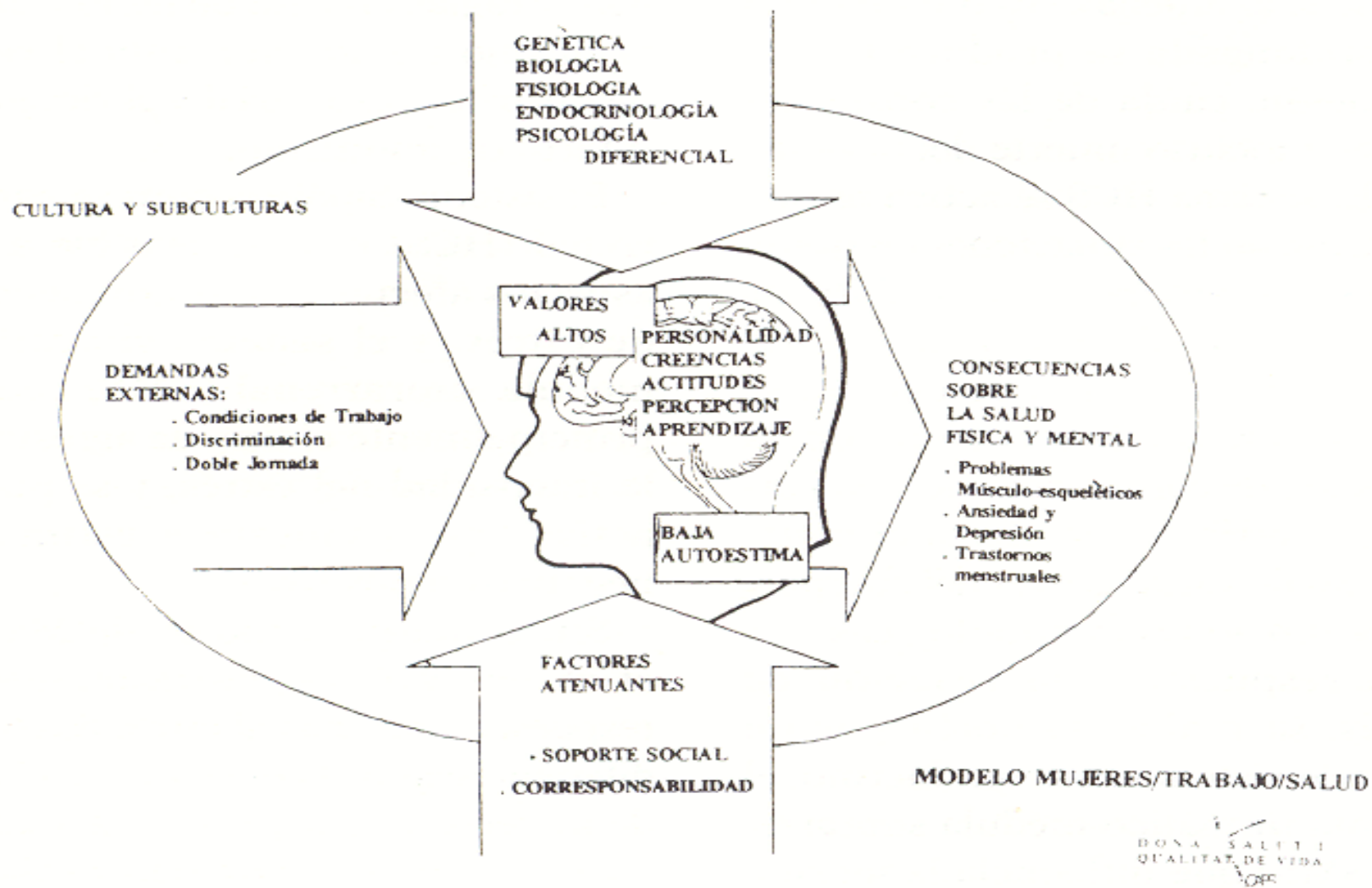


Figura 1

La paradoja entre la esperanza de vida de las mujeres y la morbilidad

- Mayor esperanza de vida de las mujeres
 - *‘tienen mejor salud por eso viven más’*
 - No se tiene en cuenta las enfermedades crónicas insidiosas que *‘no matan, pero tampoco dejan vivir’*
- Esperanza de vida sin discapacidades
 - ➔ CALIDAD DE VIDA
- La diferencia entre la esperanza de vida de hombres y mujeres disminuye a medida que aumenta la edad

Ser mujer NO es una enfermedad

- **La medicalización** de los procesos fisiológicos, como la menopausia, el embarazo y el parto.
- **La ciencia existente sobre las diferencias no llega a divulgarse:** la prolongación de las horas de trabajo produce alteraciones de cortisol y adrenalina, lo que hace que las mujeres afectadas por la doble jornada no descansen bien. Lundberg y Frankenhauser (1988)
- **Las mujeres por su mayor proporción de tejido graso** constituyen un Bioacumulador químico de los insecticidas, bisfenoles policlorinatos, dioxinas, hidrocarburos procedentes de la combustión del petróleo y productos o alimentos como hormonas esteroideas.
- Por cada 60 mujeres (de 14 a 50 años) que tienen una deficiencia en **la reserva de hierro**, hay un hombre.



DOCTOR

no necesito un
antidepresor.
¡Me he roto el pie!

Ser mujer NO es una enfermedad

- **Sedantes y antidepresivos** que tapan bocas y mentes. Los psicofármacos son los primeros fármacos que incrementan la factura farmacéutica.
- En el estado español, más del **85% de los psicofármacos son administrados a las mujeres**, sobrepasando la evidencia científica existente que sitúa la prevalencia de ansiedad y depresión en un 50% más en mujeres que en hombres.
- **El dolor y el cansancio**, las dos primeras causas de consulta de las mujeres en atención primaria. El dolor se presenta en un 32% de la población femenina y en un 15% de la masculina.
- La mayoría de las personas diagnosticadas de **fibromialgia** son tratadas con varios antidepresivos, ansiolíticos y hipnóticos a la vez, y en ocasiones acompañados de parches de morfina.

¿PROFESIÓN?

LIMPIADORA, COCINERA, DONCELLA,
COSTURERA, PLANCHADORA NIÑERA,
MAESTRA, TELEFONISTA, RECEPCIONISTA,
CHOFERESA, PSIQUIATRA, ENFERMERA,
FUERICULTORA, ECONOMISTA, MATEMÁTICA,
INTENDENTE, SENSUAL GEISA Y AMANTE

TODO ESO
NO CABE

PUES
PONGA
"AMA DE CASA"
ES LO MISMO

MAÑANA SABIDO
8 DE MARZO:
DÍA INTERNACIONAL
DE LA MUJER.

Ellas *8/3/80*

LAS TAREAS DOMESTICAS



- Las horas totales dedicadas a las tareas domesticas (7 millones de horas) tienen un valor económico de 54.242M€ que representa un 40% del PIB catalàn.
- El 72% de los 7M de horas los hacen las mujeres. Las tareas dedicadas a organizar y elaborar las comidas representan el 40,5% del total.
- A diferencia de los hombres, les mujeres van asumiendo de forma progresiva las necesidades de cuidado a medida que la familia evoluciona (criaturas, personas mayores).

LAS VARIABLES DE LA SALUD

la perspectiva de género

REALIDAD FISIOLÓGICA

—

+

—

Mujeres y hombres son iguales

Las mujeres son víctimas de sus propios cuerpos y biología

—

REALIDAD SOCIO CULTURAL

Las mujeres son víctimas de su cultura y sociedad

Las mujeres tienen una biología y psicología propias en una cultura y sociedad en constante cambio

+

+

La perspectiva de género en la salud: la reflexión desde el CAPS

Las relaciones entre mujeres y hombres:

- La teoría de la unidad de los sexos
- La de la polaridad entre los sexos. Aristóteles. Siglo XIII
- La de la complementariedad entre los sexos. Siglo XII. Hildegarda de Bingen y Heralda de Hohenbourg.

La perspectiva de género en la salud: la reflexión desde el CAPS

Los factores bio-psico-sociales de la salud desvelados por la perspectiva de género:

LAS MUJERES SON INVISIBLES

- La naturalización
- La fragmentación

LAS MUJERES SON INFERIORES

- La medicalización

LAS MUJERES NO TIENEN CAPACIDAD DE DECISIÓN

- La objectización

La NATURALIZACIÓN

Se consideran normales algunas situaciones de desigualdad en salud debidas a diferencias biológicas y/o factores socio culturales.

- Las anemias y las ferropenias en mujeres jovenes son consideradas normales sin tener en cuenta los síntomas.
- Se acepta el papel de la mujer como cuidadora sin valorar la influencia en su salud de la doble o triple presencia.
- Se medica con ansiolíticos o antidepresivos a cualquier mujer que exprese fatiga o desánimo, sin mirarle el hierro y sin tener en cuenta el peso de las cargas que lleva, porque “las mujeres son más depresivas”.

La FRAGMENTACIÓN

Las mujeres y los hombres son vistos por la ciencia médica como un campo a explorar, donde las diferentes partes del todo acaban siendo más importantes que el todo mismo, es decir las personas.

LAS MUJERES SON INFERIORES

Sus diferencias se ven como factores de discapacidad, sobretodo las vinculadas a la reproducción, que se convierte en un campo a intervenir y a medicalizar.

Los problemas biológicos y sociales de las mujeres son inferiorizados, invisibilizados o tratados con un reduccionismo que no analiza las causas reales.

Medicalización: definiciones

- Transformar los procesos naturales de las mujeres en enfermedades
- Reducir la multicausalidad de los síntomas a una sola causa tratable farmacológicamente
- Identificar Prevección con Medicación previa o de por vida
- Generalización y homogeneización de los casos, de las dosis...

Procesos medicalizados

- ❖ Menopausia (terapia hormonal, joserra..., soja)
- ❖ Dolor, Tristeza, cansancio (antidepresivos)
- ❖ Parto (OMS)
- ❖ Fecundación asistida (infertilidad idiopática, donantes, efectos psi, etc)
- ❖ Cáncer de mama (tto preventivo)
- ❖ Embarazo (ácido fólico)
- ❖ Síndrome de disfunción sexual femenina
- ❖ Menstruación (abolir la regla, consecuencias)
- ❖ Vacuna HPV

Invisibilidad y medicalización

- ❖ Se medicaliza innecesariamente (e.j. aspirina, ths, soja, lybrel..)
- ❖ No se medicaliza lo necesario (e.j. subclínicos, ferropenia...)
- ❖ Tercer mundo (medicalización masiva y falta de fármacos esenciales)

Los actores de la medicalización

- ❖ **La industria farmacéutica**
- ❖ **El sistema sanitario**
- ❖ **Las pacientes**

MARGARITA LÓPEZ CARRILLO. CAPS

La Industria Farmacéutica

- ❖ **El mercado de salud de las mujeres**
 - Ideal de belleza (confusión entre belleza y salud)**
 - Mayor preocupación por su salud**
 - Compleja vida reproductiva**
 - La mujer vista como objeto mejorable**
- ❖ **La creación de enfermedades (estrategia publicitaria)**
- ❖ **Ensayos clínicos y error (las revista médicas)**
- ❖ **Nuevos fármacos, viejos principios activos (las patentes)**

El sistema sanitario

- ❖ La trampa de la financiación
- ❖ Mentalidad curadora
- ❖ Fragmentación del ser, la falta de mirada global
- ❖ Falta de formación e información más allá de la que aportan los laboratorios

Las pacientes

- ❖ La mentalidad de “que me curen”
- ❖ Falta de responsabilidad sobre la propia salud
- ❖ Preferimos estar enfermas a cuidarnos
- ❖ Autoexigencia extrema
- ❖ Canalización del malestar de origen diverso hacia el médico (sistema público)

LAS MUJERES LAS MUJERES NO TIENEN CAPACIDAD DE DECISIÓN

La ciencia se ha apropiado de la autoridad y de los cuerpos de las mujeres y de los hombres, y del cuidado de su salud a partir del modelo masculino, con la premisa (aún vigente) de que lo que es bueno para los hombres también lo es para las mujeres, como sucede, por ejemplo, en la mayoría de los estudios de recerca médica que no tienen mujeres en las cohortes investigadas.

LA OBJETIZACIÓN

La sociedad patriarcal y la ciencia androcéntrica convierten los cuerpos de las mujeres en objetos para el consumo, convirtiéndose en objeto diana para las industrias, también las farmacéuticas.

SALUD, ESTILOS DE VIDA Y CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS MEDICOS Y MEDICAS DE CATALUÑA

Estado de salud

- TIENEN (ELLAS Y ELLOS) UN ESTADO DE SALUD PERCIBIDO MEJOR QUE EL DE LA POBLACIÓN DE SU MISMO GRUPO DE EDAD Y CLASE SOCIAL.
- En contraste presentan:
 - un sufrimiento psicológico más alto que el de la población general (sobre todo ellas).
 - Tienen mucho cansancio, especialmente las médicas más jóvenes de 45 años.
 - Tienen mucho dolor, principalmente las médicas.

SALUD, ESTILOS DE VIDA Y CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS MEDICOS Y MEDICAS DE CATALUÑA

- Alto porcentaje de consumo de fármacos:
 - ANTIINFLAMATORIOS Y ANALGÉSICOS. Más de la mitad de las médicas y más de la tercera parte de los médicos.
 - Las médicas de 45 a 50 años consumen más PSICOFÁRMACOS. Un 9% toma tranquilizantes por iniciativa propia, sumándose las que lo hacen con prescripción se llega al 11%.
- El consumo de HIPNÓTICOS Y ANTIDEPRESIVOS es más alto que el resto de la población entre médicos y médicas.

SALUD, ESTILOS DE VIDA Y CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS MEDICOS Y MEDICAS DE CATALUÑA

Ámbito doméstico y familiar. División sexual del trabajo

- Comparten el cuidado de los hijos pero mayoritariamente son las responsables de las tareas de la casa. 3 de cada 4 disponen de ayuda contratada.
- Cuando viven en pareja dedican menos horas al trabajo remunerado y se acentúan las diferencias cuando conviven con hijos/as.
- Tanto los médicos como las médicas se manifiestan satisfechos con su vida privada.

SALUD, ESTILOS DE VIDA Y CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS MEDICOS Y MEDICAS DE CATALUÑA

La salud reproductiva de las médicas

- se hacen menos citologías periódicas que la población general.
- Las mamografías: el 88% de las médicas más mayores de 50 años se las hace, y el 48% de les más jóvenes también aunque no está indicado.
- La tercer parte de las médicas en la menopausia utiliza algún tipo de terapia hormonal substitutoria, aunque la evidencia existente sobre la no indicación para la mayoría de las mujeres.
- Altos porcentajes de metrorragias, hipermenorrea i síndrome premenstrual, síntomas indicadores de estrés. Son necesarios estudios para relacionar cansancio y trastornos hematológicos.
- Más del 60% ha tenido embarazos a termino y casi el 46% tiene dos o más hijos, proporciones superiores a la media catalana y española.
- Alta proporción de prematuridad, el 10,4% de les médicas que alguna vez han estado embarazadas. La tercera parte declara haber abortado (IVE o espontaneo?)
- Las complicaciones obstétricas son más frecuentes entre las más jóvenes de 45 años y entre las que trabajan en los hospitales.

SALUD, ESTILOS DE VIDA Y CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS MEDICOS Y MEDICAS DE CATALUÑA

- La mayoría de las médicas trabaja solo en atención primaria.
- El porcentaje de contratos interinos o temporales es más del triple de la población general. (seis veces más los médicos)
- Trabaja una media de 10 horas más a la semana que la población de la su clase social.
- El grado de insatisfacción con la profesión (condiciones de trabajo y salario sobretudo) es más alto en atención primaria, debido al menor control sobre su trabajo: grado de participación en les decisiones, autonomía ... Este desequilibrio entre les altas exigencias psicológicas con poca participación y poco control, conduce a una situación de alto riesgo psicosocial en el trabajo.
- Participación muy baja en las decisiones de la su unidad, tanto las medicas de atención primaria como en los hospitales.

SALUD, ESTILOS DE VIDA Y CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS MEDICOS Y MEDICAS DE CATALUÑA

Estilos de vida relacionados con la salud

- Las medicas hacen menos deportes que el resto de las mujeres y hacen menos de 90 minutos de ejercicio físico moderado durante su tiempo libre.
- Fuman poco, sin diferencias de sexo.
- Declaran consumir poco alcohol, el 64% de las medicas de 30 a 44 años se declaran abstemias.
- La mayoría duerme entre 7 y 8 horas diarias. La cuarta parte de las medicas duerme 6 horas o menos.

Estrategias de cambio: *... para las profesionales*

- ❖ **Atención de Calidad y calidez**
- ❖ **Escucha respetuosa**
- ❖ **Reconocimiento del saber de la paciente**
- ❖ **Información clara y real**
- ❖ **Respeto a sus decisiones**
- ❖ **Potenciar sus recursos “empoderar”**
- ❖ **+ investigación, - medicalización**
- ❖ **Atención bio-psico-social**

LA ENSEÑANZA DE GÉNERO Y SALUD EN LAS CARRERAS SANITARIAS

Objetivos para la enseñanza universitaria específica en género, mujeres y salud a nivel de grado y postgrado:

1. Conocer los conceptos de género, androcentrismo, sexo/género, sesgos de género, mujer/mujeres, cuerpo y autoridad femenina.
2. Identificar el papel del género y el androcentrismo en la elaboración del conocimiento bio-médico sobre la diferencia sexual y el cuerpo y la salud de las mujeres. Historia y actualidad.
3. Conocer e identificar las desigualdades de género en salud y la importancia del género en la salud de la población.
4. Reconocer el papel del género en la organización del sistema médico sanitario.
5. Conocer y reconocer el papel de las mujeres en el sistema formal e informal de asistencia sanitaria (matronas, médicas, científicas, enfermeras, curanderas, cuidadoras)

LA ENSEÑANZA DE GÉNERO Y SALUD EN LAS CARRERAS SANITARIAS

Objetivos para la enseñanza universitaria específica en género, mujeres y salud a nivel de grado y postgrado:

6. Conocer el papel que juega el género en la relación profesional-paciente.

7. Saber aplicar un análisis de género para establecer las necesidades de salud de la población y para estudiar problemas específicos de salud.

8. Conocer los organismos nacionales e internacionales de género y salud, las redes y organizaciones de profesionales sanitarias y las políticas de igualdad en materia de salud.

9. Buscar y recuperar información científico-médica sobre género y salud y sobre la salud de las mujeres.

10. Hacer un uso no sexista del lenguaje.

EL GRUPO DE BOSTON



Una vez aprendido lo que los expertos nos habían de decir, descubrimos que todavía había mucho más por saber y mucho que aprender juntas.

EL GRUP DE BOSTON



"Como feministas sentimos un vínculo entrañable con todas las mujeres(....)".

Así empieza la obra titulada "Nuestros cuerpos, Nuestras vidas" del Colectivo de Mujeres de Boston para la salud de las mujeres.

"Nuestros cuerpos, Nuestras vidas" *saber es poder*

“Creemos en el poder del conocimiento como herramienta de trabajo, en la enorme validez que tiene el conocimiento que poseen las mujeres sobre su salud y en el poder que nos da el saber para tomar las decisiones más adecuadas.”

Ema Rosero. Educadora del programa Iniciativa de Salud de la Mujer Latina del Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston

EL GRUPO DE BOSTON

La metodología

- El saber y las experiencias compartidas
- Concederse autoridad y reconocimiento mutuamente
- Reconocer la propia voz y los propios deseos
- Abrir espacios de salud
- Formación de promotores de salud

EL CAMBIO POSIBLE

CONTRAPODER	PODER Y CAPACIDAD DE DECISIÓN
Resignación	Presencia de mujeres en todos los foros
Sumisión	Confianza y solidaridad entre mujeres
Indefensión aprendida	Dar la palabra
Algunas mujeres no confían en otras mujeres	Visibilizar