

Género y Diversidad Sexual en Políticas Integrales de Salud y Salud Sexual y Reproductiva en el Horizonte 2030. Discusiones actuales y desafíos emergentes

Gender and Sexual Diversity in Integrated Health Policies and Sexual and Reproductive Health on the Horizon 2030. Current discussions and emerging challenges

Maribel Blázquez Rodríguez

Resumen:

La incorporación de la perspectiva de género en la salud conlleva integrar la interacción entre el sexo, el género y otras variables sociales. A tal efecto se han planteado desde los años noventa diferentes enfoques: la salud de las mujeres, el género como determinante de la salud, la salud de los hombres y la salud LGTBIQ+. También con esta intención el movimiento feminista y el movimiento de las mujeres en la salud han propuesto incorporar algunos elementos como la crítica al androcentrismo en la ciencia y el conocimiento médico, el enfoque integral de las vidas de las mujeres, la crítica a la medicalización de sus vidas junto a su empoderamiento y autonomía. Este artículo pretende analizar estos enfoques y elementos, que se conectan con algunos objetivos del Horizonte 2030 (objetivo 3, centrado en la salud y el objetivo 5, focalizado en la equidad en género). El caso de la República Dominicana y sus políticas en Salud y en Salud Sexual y Reproductiva servirán para mostrar las discusiones actuales y los desafíos emergentes en este campo.

Palabras claves: género, salud, horizonte 2030, políticas en Salud, Salud Sexual y Reproductiva.

Abstract:

In order to integrate the gender perspective in health it is necessary to acknowledge the interaction between sex, gender and other social variables. To that purpose, different approaches have been brought up since the nineties: women's health, gender as a determinant of health, men's health and LGTBIQ+ health. In addition, both the Feminist movement and the Movement of Women in Health have proposed to incorporate some elements. These include: the criticism of androcentrism in science and medical knowledge, a comprehensive approach to women's lives, the criticism to the medicalization of women's lives, and their empowerment and autonomy. This article intends to analyse these elements and perspectives, which are connected to the aims of "Horizon 30" (objective 3 focused on health and objective 5, focused on gender equity). The case of Dominican Republic and its policies in Health and Sexual and Reproductive Health will set the base to bring up current discussions and emerging challenges on this matter.

Keywords: gender, health, horizon 2030, Health Policies, Sexual and Reproductive Health.

1. Introducción

Actualmente el abordaje de la perspectiva de género en la salud dispone de múltiples desarrollos, todos con la firme intención de contribuir a exponer qué es esta perspectiva, qué metodologías se pueden utilizar para su implementación, y por qué y para qué es relevante. Sin embargo, una mirada más detenida descubre diferentes maneras de dar respuesta a estas cuestiones. Quisiera detenerme en presentar estos enfoques, como los denomina la médica Velasco (2009), que serían: la salud de las mujeres, el género como determinante de la salud, la salud de los hombres y, al que conviene incorporar la salud LGTBIQ+. Estos enfoques han ido apareciendo en continuidad, según el desarrollo histórico en la integración de la perspectiva de género en la salud. Además, algunas autoras consideran un enfoque más: aquel centrado en las desigualdades en la salud. Conuerdo con el Instituto de la Mujer de España, el cual planteó que dentro del “mainstreaming de género” en la salud, tienen cabida todas estas medidas a pesar de sus diferencias, pues todas tienen el objetivo de reducir las desigualdades entre los hombres y las mujeres (Instituto de la Mujer, 2002), de modo que este enfoque se puede entender como transversal a todos ellos.

A su vez, también podemos afirmar que los cuatro son necesarios para comprender la influencia de la categoría género en la salud. El problema radica en que cada uno de ellos es más adecuado para el abordaje de diferentes problemas de salud y poblaciones por lo que, aunque se centren en objetivos distintos, no son excluyentes y, más bien, son todos precisos para la integración de esta perspectiva.

A través del análisis de estos enfoques quisiera ir dando cuenta de algunos de los problemas de salud que se persiguen en el objetivo de salud, número 3, y equidad en género, número 5, del Horizonte 2030. Después, presentaré otros elementos que deben integrarse en la perspectiva de género en la salud, relacionados con hacer posible la igualdad de oportunidades en los procesos de salud, enfermedad y atención. Estos elementos surgen de la teoría y el movimiento feminista en salud, o de las mujeres en la salud, los cuales en determinados contextos han sido diferentes. Estos elementos serán cuatro: la crítica al androcentrismo en la ciencia y el conocimiento médico, el enfoque integral de las vidas de las mujeres, la crítica a la medicalización de la vida de las mujeres, y el empoderamiento y autonomía de las mujeres. Como se verá, estos aparecen más en unos enfoques que en otros, pero todos pueden y deben ser incorporados sistemáticamente.

Antes de profundizar en estos temas, es pertinente de una manera sucinta, recordar en qué consiste la perspectiva de género en la salud, y mostrar algunos desafíos en ese sentido.

2. Revisando el sexo y el género

Desde los talleres que realizó la Organización Panamericana de la Salud (OPS de aquí en adelante) sobre género y salud en 1997, han pasado nada menos que 22 años. No obstante, su definición creo que sigue vigente ya que señala que: “Hablar de la perspectiva de género en salud, es tomar en consideración esta categoría (el género) de modo que se analice cómo las diferencias tanto biológicas como las procedentes del medio social entre mujeres y hombres se convierten en desigualdades” (OPS, 1997). El objetivo en salud desde la perspectiva de género no es la igualdad entre los hombres y las mujeres sino la equidad, la eliminación de las diferencias innecesarias, injustas y evitables, para que haya igualdad en las oportunidades de disfrutar de salud, y en la probabilidad de enfermar,

discapacitarse o morir por causas prevenibles de todas las personas independientemente de su sexo/género (OPS, 1997).

La finalidad de introducir esta perspectiva es favorecer la equidad en salud, la accesibilidad a los recursos socio-sanitarios y el derecho a una asistencia de mayor calidad que no reproduzca las desigualdades. Esto en España se ha recogido en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, denominándose la integración del principio de igualdad en la política de salud, desarrollado en el artículo 27.

El sistema sexo-género es un orden o sistema, como la clase social, la raza-etnia, la edad, que en este caso analiza cómo las diferencias derivadas del sexo y la sexualidad se convierten en productos humanos o se construye la diferencia sexual (Rubin, 1986), viendo su relación con los procesos de salud, enfermedad y atención. Es en el campo de la salud dónde debemos enfrentarnos a ver cuáles son las diferencias existentes, los límites de la biología, entre lo innato y lo adquirido, las diferencias que proceden de disponer de un cuerpo con unas determinadas características (que, aunque podrían ser inmodificables, hoy son objeto de transformación) y las diferencias sujetas a variaciones socioculturales. En ese sentido, considero que la salud es un campo privilegiado para la comprensión y el análisis de estas diferencias, entendiendo que algunas proceden del cuerpo y otras proceden de la socialización, y del manejo humano de esos cuerpos, que también les impone unas condiciones.

Asimismo, estos factores de diferenciación social (clase social –entendiendo como ocupación, nivel educativo e ingresos-, la raza-etnia, la edad, el estado civil, la presencia de prole, el lugar de residencia, la diversidad o discapacidad funcional), junto con el sistema sexo-género (sexo, identidad de género y orientación/identidad sexual), se combinan de diferentes maneras en los diferentes contextos. Por esto, estas variables no podamos verlas aisladas unas de otras sino desde el enfoque de la interseccionalidad (Creshaw, 2002).

Conviene no olvidar la potencialidad del concepto de género que nos ha permitido comprender cómo las diferencias son construidas en unos contextos socio-históricos y, por tanto, que se conviertan en desigualdades es un ejercicio humano que puede modificarse. Las resistencias al género, que se hacen presentes a través del término “ideología de género” (Cornejo y Pichardo, 2017; Blázquez, Cornejo y Pichardo, 2018), muestran las visiones que quieren mantener las desigualdades en el ámbito de la naturaleza y evitar acciones que cambien la realidad, y nos conduzcan a una genuina equidad.

Heidari, Babor, De Castro, Tort y Curno (2019) recapitulan que el sexo se refiere a un conjunto de características físicas y fisiológicas que incluyen cromosomas, expresión génica, función hormonal y anatomía. El sexo generalmente se clasifica como macho y hembra, hombre o mujer, aunque hay una variación en los atributos biológicos que constituyen el sexo y cómo se expresan esos atributos. Esto nos lleva plantear, como expresó Fausto-Sterling (1993), que hay cinco sexos, teniendo en cuenta a las personas intersexuales y la falta de correspondencia entre estos niveles (Gregori, 2013). Precisamente la biología sería también una variable sujeta a la interpretación de cada grupo social en un contexto social histórico (Esteban, 2006), aunque en el ámbito de la salud la consideremos como una variable estable. Por tanto, para la perspectiva de género en la salud, uno de los primeros pasos o uno de los desafíos, implica reconocer la variable sexo e introducirla tanto en los sistemas de información, como en la investigación y en la atención sanitaria.

La variable sexo, aunque la consideremos de una forma binaria, no lo es ya que habría al menos otro grupo, relativo a la variaciones entre estos niveles representado por la intersexualidad.. Gasch-Gallén, Gregori-Flor, Hurtado-García, Suess-Schwend y Ruiz-Cantero (2020) plantean que habría un sesgo cisnormativo que presupone que todas las personas viven con una expresión o identidad de género que coincide con el sexo asignado al nacer, junto a un sesgo heteronormativo que supone la heterosexualidad de todas las personas, y la endonormatividad, que considera solo un modelo dicotómico del cuerpo sexuado. Estos invisibilizan la diversidad sexo-genérica y generan desigualdades en la salud LGTBIQ+.

Llama la atención que en los datos que ofrece la Evaluación del Plan Nacional de Salud de República Dominicana (INTEC, 2016), relativos a la mortalidad infantil y en menores de 5 años, no se diferencien los datos por sexo. Esta cuestión es especialmente crucial ya que la reducción de esta mortalidad, así como la disminución de la inseguridad alimentaria y desnutrición infantil, son metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS 3) del Horizonte 2030. Para su abordaje es imprescindible disponer de un diagnóstico diferenciado por sexo. Además, esta variable debe cruzarse con otras como la edad, la clase social o las anteriormente nombradas que nos permitirán conocer con mayor concreción quienes son las poblaciones afectadas por estas situaciones.

La integración de diferentes variables también debería darse en otros problemas de salud como en la prevención del VIH, donde debemos desarrollar medidas específicas para hombres que tienen sexo con otros hombres, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres aunque no se definan como homosexuales, mujeres heterosexuales, mujeres que solo tienen relaciones sexuales con mujeres, hombres trans, mujeres trans, de modo que más que la variable sexo, la orientación sexual y las prácticas ordenarían este trabajo.

Otro ejemplo frecuente es el de la anemia, la cual está relacionada a malestares como fatiga y depresión (Valls-Llobet, 2010). Estas anemias afectan más a ciertos cuerpos, como los menstruantes, lo cual no se corresponde exactamente con las mujeres, pues hay mujeres que no tienen la menstruación, las mujeres trans no menstrúan y ciertos hombres trans, sí. Intervenir en problemas sencillos como las anemias puede mejorar mucho la salud de la población y, quizá, influya en otros problemas como la morbilidad y mortalidad materna, problemas importantes en República Dominicana.

El género, pues, no sería una variable sino una categoría que se refiere a las identidades, los roles, los comportamientos, las normas, las representaciones/estereotipos o ideologías y los sistemas de valoración, construidos a partir de la atribución de un sexo a un cuerpo con unos determinados genitales, en la que se jerarquiza lo masculino o lo relacionado con los varones. Este sistema influye tanto en cómo las personas se perciben a sí mismas y entre sí, cómo se comportan e interactúan, y en la distribución de poder y recursos en la sociedad.

Habitualmente el género se conceptualiza incorrectamente como un factor binario (femenino/masculino), sin embargo existe un espectro de identidades de género y expresiones que definen cómo los individuos se identifican a sí, construidos de las personas de sexo femenino, masculino o con diversidad de género. Velasco (2009) dice que “no hay un género femenino o masculino, sino modelos de género: tradicional, de transición, contemporáneo, igualitario y otros posibles, que proponen roles de género a hombres y mujeres acordes con cada uno de estos modelos. Cada rol de género se acopla con un tipo de identidad o subjetividad” (p. 112).

Las precarias condiciones de vida de las mujeres (dedicadas en gran medida a la satisfacción de las necesidades ajenas, menores ingresos económicos, una distribución

desigual del trabajo en el hogar,...) y los determinantes derivados de un modelo social de género (que las exige perfección, belleza, cuidado, dependencia,...) ha producido elevados niveles de enfermedad crónica, ansiedad y trastornos nutricionales que tradicionalmente han venido atribuyéndose a una mente y a un cuerpo supuestamente más vulnerable. En este sentido, podemos afirmar que la salud de las mujeres está determinada por estas desigualdades de género que contribuyen a que, pese a tener una esperanza de vida mayor que los hombres, las mujeres presenten mayor morbilidad y una peor calidad de vida. Además, determina la salud de los hombres y la población LGTBIQ+.

La perspectiva de género en la salud obliga a tener en cuenta, además del sexo, otras variables de género que atraviesan tanto las vidas de las personas como son los patrones de salud-enfermedad, así como las formas de atención de los servicios sanitarios.

Incorporar la categoría de género supone abordar cómo se concreta este sistema o cuáles son sus componentes. En un trabajo de la epidemióloga Ruiz-Cantero (2019), se realiza un análisis de tres de los componentes del sistema de género: los estereotipos, los roles y la identidad, que a continuación presentaré.

OPS (1997) habla de los estereotipos y roles que inciden en el acceso y control de los recursos en salud, y el lenguaje es uno de los instrumentos que más fielmente recoge estos estereotipos. Ruiz-Cantero, Papí, Cabrera, Ruiz y Álvarez (2006) analizan que en la Encuesta Nacional de Salud de España se habla del “cabeza de familia”, lo que refuerza la importancia del hombre como sustentador y figura principal dentro de la misma. También analiza los programas de seguimiento del niño sano, donde se nombra solo a las madres como las responsables de la crianza y del cuidado de los y las hijas, fortaleciendo así la centralidad de la maternidad en sus vidas y excluyendo a los hombres de la crianza y los cuidados.

Los roles nos describen la división sexual del trabajo. Cuando en los programas sanitarios se habla de “las cuidadoras” se refuerza que la actividad del cuidado sea realizada por las mujeres. Como propuesta se está planteando preguntar en plural: “¿Qué personas de la familia o quiénes pueden encargarse del cuidado?” lo cual ayuda a entender que el cuidado es una responsabilidad del conjunto de los miembros de la familia y que ha de ser repartido entre todas ellas. Con relación a este componente, en la Encuesta Nacional de Salud se están integrando preguntas que indaguen sobre la distribución de las tareas domésticas entre los miembros de las familias, intentando cruzar las cargas domésticas con otros indicadores de salud como la salud autopercebida (Rohlf s y Borrel, 2000). La Organización Internacional del Trabajo ha publicado un estudio (2018) donde indica que las mujeres realizan las tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerado, a saber, el 76,2 % del total de horas dedicadas al mismo. Ningún país del mundo registra una prestación de cuidados no remunerada igualitaria entre hombres y mujeres.

García, Mateo y Maroto (2004) hicieron un estudio en el que pusieron de manifiesto cómo el ser cuidadora tiene un impacto negativo las vidas de las mujeres. Esto debido a las consecuencias negativas de un trabajo no remunerado que debe compatibilizarse con el trabajo remunerado y a veces limita la participación en este, las repercusiones en el uso del tiempo, así como las consecuencias derivadas de la salud, sobre todo a nivel psicológico por los altos niveles de sobrecarga. Esto produce que las mujeres cuidadoras utilicen más los servicios sanitarios, tengan más dolores, malestares, consuman más fármacos y dispongan de una peor situación de salud. Entonces, si consideramos que el cuidado es perjudicial para la salud, ¿qué políticas estamos desarrollando para compartir el cuidado? En el Horizonte 2030, en el ODS 5 se plantea la relevancia de hacer un

diagnóstico acerca de los usos del tiempo para hacer visible la participación de los hombres en el cuidado y en el trabajo doméstico de los hogares.

La identidad individual de género normalmente está invisibilizada y se sobreentiende que corresponde con el sexo. A este tipo de población se la denomina “cisgénero” ya que hay una alienación de la identidad de género con el sexo asignado y con la orientación sexual. Tradicionalmente no se pregunta sobre las orientaciones sexuales de las personas y se da por hecho que todas las personas son heterosexuales, sin embargo, esto es especialmente relevante en la atención a la salud sexual y reproductiva, pues parte de los riesgos en salud tienen que ver con el tipo de relaciones sexuales que se mantienen. Pero la identidad también plantea que hay algo en la forma en que nos construimos de acuerdo al género que incide en nuestra salud.

Nogueiras (2018) analiza, a través de la revisión de los escritos de numerosas feministas como Betty Friedan, Kate Millet o Simone de Beauvoir, entre otras, cómo el conocimiento científico y los discursos del patriarcado han conformado la subjetividad de las mujeres, haciendo que las mujeres aprendan e interioricen el sometimiento y la subordinación, y que dispongan de una menor autoestima y autovaloración, percibiéndose así mismas –y a sus cuerpos- como más débiles y enfermos.

Al respecto es muy relevante el quehacer de psiquiatras feministas, como Távora (2013), que nos proponen abordar este sufrimiento o malestar de las mujeres revisando la forma en que hemos construido los vínculos con otras personas, de manera específica las relaciones con la madre, las amorosas y con otras mujeres.

La identidad de género también aparece en la atención sanitaria en los estudios que se han realizado sobre diferentes formas de relación entre el médico y el paciente, según el sexo de cada uno de ellos. Algunos datos muestran que las médicas establecen una relación diferente más basada en la escucha, información, participación... y las pacientes mujeres también demandan este tipo de relación independientemente del sexo del profesional que las atiende (Delgado, 2004).

En consecuencia, los principales desafíos serían: traducir el género en variables teniendo en cuenta los componentes del sistema de género como la identidad, la orientación, los roles de cuidado, el tiempo de dedicación, los estereotipos de género (profesionales y población). Asimismo, habría que combinar la variable sexo con otras variables de diferenciación social (clase social, raza-etnia, edad, estado civil, presencia de prole, residencia, la diversidad o discapacidad funcional), visibilizando en ello las desigualdades. Por ejemplo el estado civil “casado” es un protector de salud en los hombres y no en las mujeres; el trabajo no remunerado influye negativamente en la salud de las mujeres casadas y no en las solteras, siendo peor en aquellas con prole.

Todos estos componentes están atravesados por el poder, que es el instrumento que permite su mantenimiento y reproducción, y hace que lo concerniente con las mujeres sea minusvalorado y que estén en una situación de subordinación y, a la inversa, que lo masculino y los hombres gocen de una valoración superior y supremacía. Las relaciones de poder no se han equilibrado. Estamos trabajando en determinados componentes como en el reconocimiento de la diversidad sexo-genérica, en la aprobación y cumplimiento de leyes, protocolos y actuaciones relativas a la igualdad laboral, política, educativa y a la violencia contra las mujeres, tal como indica el ODS 5, pero los valores culturales, los privilegios masculinos, los estereotipos y las discriminaciones continúan. En cierto modo nos encontramos en una situación de esquizofrenia de género: estamos avanzando mucho en determinados ámbitos, pero no en otros. Lo que nos obliga a revisar qué componentes tenemos más abandonados y dirigirnos hacia ellos.

Ampliar el análisis de la perspectiva de género a la complejidad del sexo y del género, integrando la interseccionalidad, es un reto complejo que permite una atención más real y específica. Quizá, de cara al 2030, el gran desafío sería personalizar y articular los protocolos y las políticas de salud teniendo en cuenta estas diferencias que se convierten en desigualdades y que son cruciales para realmente entender y atender a los procesos de salud y enfermedad.

3. Enfoques de Salud y Género

3.1. Primer enfoque: la salud de las mujeres

Las primeras iniciativas dirigidas desde la perspectiva de género en la salud se centraron en la salud de las mujeres, incluso a veces, se piensa que género es sinónimo de mujeres. La mayor parte de estos programas se han focalizado en la salud sexual y reproductiva, lo cual tiene que ver con la conceptualización de las mujeres desde su particularidad biológica. Dado que las mujeres tienen la capacidad de embarazarse, parir y dar lactancia, se considera que esta es la única y primordial diferencia con respecto a los varones en los procesos de salud, enfermedad y atención. Al respecto, Esteban (2006) habla de la *naturalización social de las mujeres*, para subrayar la “percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano” (p. 11). Inhorn (2006) se referirá a ella como *la esencialización* de las vidas de las mujeres (p. 350), sin tenerse en cuenta que ni todas las mujeres que tienen vagina, útero, ovarios o pechos, podrán quedarse embarazadas o parir o dar lactancia, ni hoy en día todas las mujeres serán madres; de las que lo serán, no todas tendrán un embarazo, ni un parto, ni quizás darán de lactar. Como dice Inhorn (2006), resulta paradójico que siendo uno de los ámbitos donde más se ha trabajado por la salud de las mujeres, nos encontremos con determinadas insuficiencias.

Los desafíos de la salud sexual

Estos programas en muchas ocasiones han estado orientados solo a las mujeres, y más a la reproducción que a la sexualidad, limitándose a los métodos anticonceptivos, los cuales son indiscutiblemente necesarios para elegir libremente sobre la procreación, pero su función va más allá: algunos de ellos son métodos también de protección o prevención de ITSs. Siguiendo el Informe de CEG-INTEC (2017), el uso de anticonceptivos en las mujeres en República Dominicana se sitúa alrededor de 70 %, mientras que las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar han sido estimada en 10,8 %, y en las adolescentes asciende a 28 %.

Debemos seguir informando y garantizando la accesibilidad física, económica y sociocultural a los programas de planificación, pero, a la vez, interrogarnos sobre quiénes son las mujeres que no están incluidas. Los programas de salud sexual han abarcado principalmente a las mujeres en sus edades fértiles, invisibilizando que la sexualidad sigue presente después de la menopausia y la sexualidad es más amplia que los coitos. De modo que aparecen desigualdades entre mujeres ya que la cobertura, accesibilidad y financiación de servicios de salud sexual se concentra en mujeres adolescentes y jóvenes, y menos en colectivos estigmatizados como trabajadoras del sexo y mujeres lesbianas, trans, intersexuales o queer o racializadas, e invisibiliza a las mujeres mayores.

Además de fortalecer y mejorar estos programas, habrá que abordar el trabajo sobre sexualidades seguras, teniendo en cuenta, como indican Espejo, González, Garrido y Álvarez (2019), que siendo el preservativo masculino el método más efectivo para la

protección de ITSs y embarazos, está controlado por los hombres ya que requiere de su cooperación, sin existir un método simple y efectivo de protección que las mujeres puedan utilizar de forma independiente. Asimismo, habrá que concienciar en que el preservativo protege de las ITSs y no solo del embarazo. Al respecto, ha sido muy inestimable conocer que en la Maternidad de San Lorenzo de Los Minas¹, para la prevención del virus Zika, Chickunguya y Dengue, se reparten condones a las adolescentes embarazadas. A algunas les llama la atención porque tienen asociado su uso con la anticoncepción y no con la prevención de ITSs. Sería muy valioso valorar cómo este tipo de medidas pueden contribuir a ampliar los significados del preservativo masculino y la percepción sobre estas infecciones.

En ello, nuevamente, la responsabilidad de los hombres acerca de su salud sexual y la de sus parejas, es un ámbito fundamental junto con la prevención de la violencia.

No se puede olvidar la prevención de VIH y otras ITSs, que constituye una de las metas del ODS 3, pues habría que reducir los nuevos casos en población joven (15 y 24 años), en hombres adultos y el cumplimiento del objetivo 90-90-90 en VIH en 2020 (que el 90 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico; que el 90 % de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada, y que el 90 % de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral). Asimismo, sigue siendo necesario acelerar los esfuerzos para llegar a quienes todavía no reciben tratamiento contra el VIH porque no se les ha detectado la infección, así como a los grupos cuya retención en los servicios de salud es baja debido a la estigmatización y la discriminación. No obstante, la transmisión del VIH sigue afectando más a las mujeres y se observa la múltiple vulnerabilidad tanto biológica –es más fácil la infección de hombre a mujer que de mujer a hombre–, como etaria –jóvenes y mujeres después de la menopausia–, por género –debida a obstáculos para negociar el preservativo o decidir sobre su sexualidad–, por clase social –que limita tanto el acceso a recursos económicos como asistenciales–, por raza –producida por la estigmatización de determinadas colectivos y los estereotipos negativos sobre su capacidad de autocuidado– y por último, podríamos decir cultural –ante una concepción de las relaciones de pareja y la confianza que no permite el uso del condón–. Así, la prevención del VIH nos ofrece un buen ejemplo sobre la obligatoriedad de trabajar multidimensionalmente en la salud.

Estos programas educativos deberían ser iniciados en las edades en las que se comienzan las relaciones sexuales. El propio ODS 3 indica que las leyes –así como las concepciones culturales presentes tanto en el personal sanitario, en las familias y en los agentes educativos, diría yo– no responden a la realidad caribeña de inicio temprano de la actividad sexual entre adolescentes. Quizá no hemos tomado conciencia acerca de la sexualización de la infancia y adolescencia, y empezamos a educar a las edades en qué creemos que se deberían iniciar las relaciones sexuales y no cuando realmente se comienzan.

A su vez, promover una sexualidad libre y segura incluye abordar las relaciones afectivas. En ello, es crucial trabajar el amor romántico pues las mujeres han sido socializadas como seres o trabajadoras del amor. Jónasdóttir (2009) plantea que las mujeres son explotadas en las sociedades modernas para que desarrollen su capacidad de amor, de la que se apropian los varones. Lagarde (2011) esboza que la principal vía de realización de las

¹ Agradezco la oportunidad brindada por la Directora de este centro, la Dra. Evelyn Altagracia Cueto Figueroa, junto al Dr. y a la Dra. Bruna Caro Mateo, de impartir un taller de salud sexual y reproductiva y posteriormente, visitar las consultas de atención a embarazadas adolescentes, donde obtuve esta información. Desde aquí mi reconocimiento a su valioso trabajo.

mujeres, a pesar de las transformaciones sociales, es ser “madresposas”, desarrollando toda una serie de claves para la negociación del amor donde estaría el amor por/desde/para una misma, que situaría en primer lugar protegernos y cuidarnos antes de anticiparnos a las necesidades y demandas del otro, y promover relaciones amorosas no solo de pareja, que nos permitan ir ensayando la negociación, donde habría algunos límites como lo propio (que no sería negociable), construyendo así relaciones justas y paritarias. En esta línea estarían los análisis de Esteban y Távora (2010) sobre la relación entre el amor romántico y la subordinación de las mujeres.

También estos programas de salud deben integrar la diversidad de formas de vivir la sexualidad, no solo a lo largo del ciclo vital, sino también tras determinados procesos como enfermedades y duelos, donde las necesidades sexuales varían sin que tenga que haber patologías o disfunciones sexuales. La creación de normas y modelos que orienten sobre cómo debe ser una sexualidad saludable puede correr el riesgo de convertir en patologías otras formas de sexualidad. La sexualidad es diversa y habría que incluir las diferentes formas de pareja, relaciones y prácticas que las personas reconocen como sexuales (no solo el coito). Todo ello con la idea de abandonar visiones centradas en riesgos, medicalizadoras y estigmatizadoras (particularmente con mujeres jóvenes, trabajadoras del sexo y trans).

El gran reto sería poder integrar el concepto de justicia erótica (Correa, 2007) basado en los principios de placer, autorrealización y deleite, consentimiento en las prácticas sexuales y un clima público que restrinja la violencia, el estigma y la discriminación. Esta propuesta, de que la sexualidad esté al alcance de todas las personas, choca con algunas visiones actuales que tratan de hacer de la sexualidad un objeto económico que esté asociado a determinados cuerpos para el lucro y que buscan impedir que la realización como sujetos sexuales sea libre y sin explotaciones. Igualmente choca con la hipersexualización de la infancia que trata de promover, a través de productos audiovisuales (incluida la música), modelos donde esta determinada forma de sexualidad se convierte en un elemento central en la construcción de los sujetos como objetos sexuales y de seducción.

Los desafíos en salud reproductiva

El primer desafío lo constituye la mortalidad materna. En el 2017 en República Dominicana se produjeron 104.4 muertes maternas por 1000, mientras que en 1990 fueron 229 (Báez, 2017) lo que refleja los esfuerzos acometidos en este sentido. Pero esta alta cifra choca con la alta proporción de partos con atención de personal de salud calificado, estimada en cerca de 99 %, y con la alta cobertura de la atención prenatal ya que el 96 % de los embarazos han sido atendidos al menos en cuatro consultas. Desde mi opinión, convendría disponer de una mirada más detenida, que no solo detallará mejor los casos, sino también cuáles mujeres y regiones son las más afectadas, así como una evaluación de las medidas específicas que se hayan implementado. Báez (2017) apunta que son principalmente mujeres pobres. Harcourt (2010), en su libro *Desarrollo y Políticas Corporales*, ya planteaba que derrotar la mortalidad y morbilidad materna implica un cambio sistémico que garantice la salud, el acceso y la financiación y, en este contexto, la salud materna es más un asunto de políticas económicas y sociales que un asunto médico-técnico. Coincido con el análisis de Báez (2017) de que, aunque las causas médicas sean hipertensión y hemorragias, estas se combinan con causas sociales y personales de las propias mujeres, y factores del personal sanitario e institucionales que se dan conjuntamente, requiriendo medidas diferenciadas cada una de ellas.

Otro desafío, también nombrado en los ODS 3 y 5 del Horizonte 2030, lo constituye el embarazo en adolescentes. Aquí convendría que adoptásemos una mirada más amplia que tratase de acercarse a estas mujeres adolescentes, una mirada centrada en la otra y en sus visiones, para entender que quizá para algunas de ellas no sea un problema. Obviamente es crucial diferenciar entre embarazos no planificados y planificados, e igualmente entre deseados y no deseados. Explorando aquellos casos que se hayan producido por situaciones de violencia contra las mujeres (abusos sexuales) pero atendiendo a que, para algunas adolescentes, sus familias y parejas, estas violencias están normalizadas y, por tanto, será clave un trabajo previo de cuestionamiento de la violencia, de las relaciones de poder y del consentimiento, así como de los efectos negativos para el cuerpo adolescente el inicio de los embarazos cuando aún se están desarrollando. Estas acciones competen no solo al ámbito sanitario, sino también al educativo y comunitario, y requieren un trabajo intersectorial. Al respecto convendría preguntarse para estas mujeres, sus parejas y entornos: ¿qué significa ser madre-esposa adolescente? ¿Qué reconocimientos otorga el embarazo a estas mujeres-niñas que de otro modo no tendrán? ¿Qué oportunidades educativas, laborales y de autonomía poseen estas niñas-mujeres? También pensar que en algunos contextos culturales existe una continuidad en las familias: las madres fueron adolescentes y las hijas siguen esas pautas familiares.

El estudio sobre el matrimonio infantil y las uniones tempranas, de UNICEF y la Vicepresidencia de la República Dominicana (2019), está dirigido a los municipios de Higüey, Barahona y Santo Domingo Norte, de República Dominicana. Además de buscar sistematizar los datos sobre esta situación, pretende hacer entrevistas en los municipios para conocer las razones sociales y culturales que facilitan la aprobación de estas relaciones por la población adulta. Este tipo de proyectos que preguntan a la población son fundamentales precisamente para dar cuenta de las anteriores preguntas.

En los embarazos adolescentes, pero también para todas las mujeres, habría que garantizar que puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, particularmente en lo que se refiere a poder decidir sobre las interrupciones del embarazo y que los abortos sean seguros. Al respecto Aiken, Scott, Gomperts, Trussell, Worrell y Aiken (2016), respecto al virus Zika, plantean que es preciso un enfoque de género y derechos humanos que permita a las mujeres elegir sobre las consecuencias del virus en su salud y la de sus hijos. Esta infección ha puesto de manifiesto la falta de elección reproductiva de las mujeres en diferentes contextos de América Latina.

Otro desafío se dirige a la atención al embarazo y parto en consonancia a las recomendaciones de humanización del parto que fueron aprobadas en la Declaración de Fortaleza (OMS, 1985). La denuncia de la deshumanización de la atención al parto y la violencia obstétrica ha sido, en gran parte, impulsado por el movimiento de mujeres por la salud. La humanización del parto propone, por un lado, la disminución y eliminación de ciertas prácticas no recomendadas según la medicina basada en la evidencia, como la episiotomía y el rasurado. También denuncian el alto número de cesáreas, las cuales se han denominado innecesarias, que se están practicando. Por otro lado, fomenta que, ya que el embarazo y el parto no son enfermedades, las mujeres deberían decidir sobre sus cuerpos y acerca de cómo quieren que sean los nacimientos de sus criaturas, particularmente cuando no existen riesgos, es decir, en la mayoría de los casos. La falta de ejercicio de estas decisiones sobre sus cuerpos y la medicalización innecesaria es lo que se ha conocido como violencia obstétrica. Esta violencia se manifiesta en el maltrato que se dirige a las mujeres durante todos sus procesos obstétricos, es decir, tanto lo que tiene que ver con el embarazo como lo que tiene que ver con los abortos y el parto. Es

fundamental trabajar con el personal sanitario para que no reproduzca formas de relación sexistas y racistas.

Otro ámbito de actuación debería ir dirigido al cuestionamiento de los modelos de maternidad, reconociéndose la pluralidad de formas de ser madres, el derecho a no ser madres y los costes de la maternidad en la vida de las mujeres, especialmente acompañando a las mujeres en las contradicciones que puedan surgir pues, incluso siendo embarazos planificados y deseados, pueden encontrar dificultades que requieren un acompañamiento sanitario.

Otra de las cuestiones invisibles respecto a la obstetricia, son las consecuencias negativas que los embarazos y partos producen en las mujeres como prolapsos, fístulas, hemorroides y dispareunia, que son problemas de salud menores, pero no respecto al dolor y las molestias que producen, a lo que se sumaría el carácter oculto que impide tanto la prevención en fases precoces como la consulta y su atención.

Asimismo, la salud reproductiva debe estar preocupada en la salud preconcepcional: por la situación de salud de las mujeres antes del embarazo, por las vacunaciones previas, los déficits nutricionales: yodo, hierro..., las hipertensiones y la adherencia a un estilo de vida saludable.

Desde mi experiencia como investigadora, otro tema fundamental y transversal, tanto en los derechos sexuales como en los derechos reproductivos, es el análisis de cómo hemos construido la relación con el cuerpo. La menarquía puede considerarse como el primer momento a partir del cual las mujeres aprenden a relacionarse con su cuerpo. En muchas ocasiones los significados de la menstruación se asocian con la reproducción (Blázquez y Bolaños, 2017), no obstante sería importante transmitir otros sentidos que muestren que la menstruación tiene una función en el cuerpo de las mujeres. Valls-Llobet (2010) habla de la armonía del ciclo refiriéndose a que las alteraciones de la menstruación, así como su ausencia, son signos de que algo no va bien en el cuerpo. Además, con la menarquía se inician los procesos de medicalización al promover la automedicación para manejar las molestias y dolores. También se transmite una visión negativa de los cuerpos de las mujeres porque la menstruación es vista como algo doloroso y molesto que nos impone ciertas restricciones y obliga a asumir determinadas responsabilidades en la relación con los hombres, con la higiene, el cuidado y a su vez, con el abandono de la infancia y el inicio de comportamientos como adultas. De modo que, para muchas mujeres, hay un rechazo a la menstruación, ésta se oculta, aparece la vergüenza, se percibe el cuerpo como débil y que no nos acompaña y empezamos a tener una relación conflictiva con la femineidad. Convendría que rescatemos las experiencias positivas de determinadas mujeres, que las colectivemos, y que conjuntamente promovamos debates que transformen y cuestionen estas visiones y experiencias negativas.

Finalmente, es necesario mencionar los problemas derivados de la cirugía estética, especialmente la relativa a la cirugía genital, que hace creer que existe un único modelo ideal, perfecto y saludable del cuerpo femenino, de sus senos y genitales, el cual a menudo es transmitido por la industria pornográfica y que está alejado de la diversidad de cuerpos de las mujeres y su funcionalidad.

En resumen, este primer enfoque, el primero en la perspectiva de género en la salud, se focaliza primordialmente en la salud sexual y reproductiva. No obstante, en los últimos años, se han comenzado a incluir otros problemas que afectan principalmente a las mujeres como son los riesgos para la salud de ser cuidadoras, y la prevención y atención a la violencia contra las mujeres. Las limitaciones de estos programas son que, aunque

apoyen y se centren en la cobertura de las necesidades de las mujeres, deben cuestionar e incidir en la transformación de las relaciones desiguales de género.

3.3.2. La salud de los hombres

Se han también analizado los condicionantes de género que afectan las vidas de los hombres y les colocan en una situación de mayor riesgo para la salud. Esto explicaría la mayor mortalidad de los hombres, mayores años potenciales de vida perdidos y el mayor mantenimiento de conductas de riesgo.

El planteamiento parte de que la salud y la masculinidad se construyen conjuntamente y vinculados, no solo al ajustamiento a los ideales masculinos, sino también al rechazo a lo femenino. Las conductas relacionadas con la salud y el cuidado como la percepción de vulnerabilidad, la prudencia, pedir ayuda, entre otros se asocian a valores y cualidades femeninas como la debilidad, dónde lo masculino queda fuera. Además, ser hombre se construye como poder y autoridad de forma que se asocia a la omnipotencia y a la disponibilidad de un cuerpo superior a las mujeres. Se propone la necesidad de incorporar la perspectiva de género para visibilizar como los modelos masculinos son más estereotipados y rígidos y los hombres tienen más presión para ajustarse a los mismos, por lo que los varones se construyen abrazando el riesgo y la violencia. Apalategui (2009) cita el ejercicio continuado de la violencia de los hombres, primero contra sí mismos (mediante el suicidio, el alcoholismo y otras adicciones, así como enfermedades psicosomáticas que incluye diversas formas de descuido del cuerpo) y, segundo, la violencia contra las mujeres y terceros por medio de accidentes, homicidios y lesiones, y donde estarían incluidos todos los actos de homofobia y transfobia que perpetrar (pp. 164-165). Estas construcciones de la masculinidad están muy influenciadas por la clase social y la etnia en EEUU (Courtenay, 2002).

Uno de los ámbitos donde se ha trabajado la incorporación de los hombres ha sido en los programas de salud sexual y reproductiva. No obstante, en muchas ocasiones, no se ha logrado la involucración de los hombres tal y como se esperaba. Por ello, es importante, considerar cuáles son las percepciones de los hombres respecto a la masculinidad. Un trabajo reciente realizado en la Araucanía, Chile (Peña, Boll y Arias, 2018), indica que respecto a quien debe estar a cargo del cuidado y crianza de los hijos, un 90,4 % de los hombres entrevistados cree que ambos padres deben tomar la misma responsabilidad en este aspecto. Sin embargo, un 7,9 % afirma que es responsabilidad exclusiva de la madre habiendo diferencias claramente entre los jóvenes que disminuye a un 4,3 %, mientras que en los varones mayores de 60 años asciende a un 14,9 %. Comparto este dato para animar a la reflexión sobre las resistencias presentes todavía en los hombres para sentir que ser padre les concierne y no sólo es un beneficio para sus criaturas o sus parejas, sino y sobre todo, para ellos mismos.

3.3.3. El género como determinante de la salud

A partir de definir que las actitudes, vivencias, y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los condicionantes psicosociales de género (Velasco, 2009), se plantea transformar las relaciones de poder/subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres, analizando los condicionantes sociales y personales de género.

Si el género es un determinante de la salud, derivado de los condicionantes de género diferenciales para las mujeres, los hombres y la población LGTBIQ+, y estos

condicionantes son tanto individuales como socioculturales y atraviesan los procesos de salud, enfermedad y atención, entonces:

- *Con respecto a la salud* se dan diferentes estilos de vida, maneras de cuidarse y de proteger la salud, y estos influyen de forma distinta en los determinantes de la salud en las mujeres y en los hombres.
- *Con respecto a las enfermedades* se dan diferentes factores y comportamientos de riesgo, diferencias en las enfermedades en cuanto a causalidad, sintomatología y diagnósticos, diferente evolución y diferentes respuestas al tratamiento. Con relación a la sintomatología, los signos y síntomas son percibidos de diferente manera por hombres y mujeres, donde las mujeres manifiestan y expresan más sintomatología osteomuscular, ansiedad y dolores. No olvidar que las mujeres están socializadas para la expresión de sentimientos y deseos, por lo que están educadas para detallar más lo que les pasa y escuchar lo que les pasa en sus cuerpos, al contrario que los hombres. Por otro lado, y con relación a los diferentes diagnósticos, es necesario acotar que los criterios diagnósticos están establecidos basándose en los hombres por lo que existe mayor cantidad de mujeres con signos y síntomas mal definidos o inespecíficos que no se ajustan a estas categorías diagnósticas tradicionales. Esto explica el retraso en el diagnóstico en mujeres en determinados problemas de salud y un mayor esfuerzo diagnóstico en los hombres en los cuales se realizan más cantidad de pruebas.
- *Con respecto a la atención sanitaria* se dan diferentes programas de promoción y prevención de la salud, diferente esfuerzo diagnóstico, diferente esfuerzo terapéutico y diferentes formas de atender según el sexo del profesional y del paciente.

Siguiendo este esquema en el estudio de cualquier problema de salud en lo que se llamaba la historia natural de la enfermedad, habría ver qué condicionantes de género aparecen que pueden ser individuales o socioculturales y estudiar el modo en que en esa enfermedad está determinando la salud de las personas. Como ejemplo de ello, el caso más citado ha sido la cardiopatía isquémica que se muestra en el siguiente cuadro (Valls-Llobet, 2010, p. 241 y Juárez y Cairo, 2019, p. 85).

Tabla 1. Desafíos de la Cardiopatía Isquémica

		Sesgos
Mortalidad	1º causa en mujeres	Mitos: mujeres protegidas por hormonas
Prevención	Factores de riesgo diferenciales Prevención no orientada a FR	Framingham: En este orden para los hombres: la edad, el colesterol sérico, número de cigarrillos fumados a diario, el peso y la tensión arterial sistólica. Mujeres: la edad, la capacidad vital y el hematocrito, y como dato marginal en mujeres mayores el colesterol y la glucosa (Valls-Llobet, 2006). También factores psicosociales como aislamiento y depresión, que afectan más a las mujeres.
Diagnóstico	Mayor esfuerzo diagnóstico en hombres	<ul style="list-style-type: none"> •Cateterismos, pruebas de esfuerzo •Llegada 2 a 5 horas más tarde –Influencia del sexo paciente y profesional •Psicologización de los problemas de salud de las mujeres o minimización de sus quejas. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> •Mujeres y profesionales: no identifican que es un problema cardíaco Mujeres: anteponen la salud y las demandas de los demás

Tratamiento	-1 hora de demora en llegada al hospital	-Condiciones desfavorables para tto tromboembólico. -Menos tratamientos tromboembólicos. -Mayor mortalidad postinfarto de 68 a 33 % -Mayor letalidad
	•Farmacología no estudiada y no conocida:	-Algunos fármacos: acción no demostrada: AAS no probado como preventivo de infarto en mujeres. -Efectos secundarios de fármacos HTA, hiperlipidemias solo con estudios en hombres -Estatinas producen más miopatías -Algunos fármacos antiarrítmicos, digoxina más mortalidad.
Evolución:	-Desfavorable en mujeres: complicaciones, comorbilidad, cuidados,...	
	-Rehabilitación postinfarto: 30 a 87 % en hombres.	
	-Mayor esfuerzo terapéutico en hombres.	

Fuente: elaboración propia en base a Valls-Llobet (2010) y Juárez y Cairo (2019).

3.3.4. La salud LGTBIQ+

Solo hasta recientemente se ha prestado atención a la salud del colectivo LGTBIQ+. Esta población sufre mayores inequidades en salud, por un lado, derivados de problemas relacionados con el estigma social y negación de sus derechos, y por otro lado, debidos a la falta de aceptación personal, familiar y social con relación a la orientación sexual y la identidad de género no normativas que pueden afectar a la salud mental y bienestar. De hecho, presentan mayores tasas de trastornos de salud mental, como depresión y ansiedad, abuso de sustancias, como tabaco, alcohol y otras drogas, suicidios y victimización (Gil-Borrelli, Velasco, Iniesta, de Beltrán, Curto y Latasa, 2017).

Una mirada diferenciada intragrupal, indica que en mujeres lesbianas y bisexuales hay mayor prevalencia de osteoporosis, sobrepeso y obesidad, cáncer de mama, cáncer de cérvix y mayor riesgo de no acceder a servicios de cribado de cáncer. En hombres gays y bisexuales existen mayores tasas de infección por VIH, hepatitis víricas y otras ITS, cáncer anal, de próstata, testículos y colon, y trastornos de la alimentación. En personas trans, necesidades relacionadas con el proceso de modificación corporal trans-específica, mayor discriminación, elevadas tasas de violencia interpersonal y suicidio, y menores tasas de aseguramiento médico (Fernández, 2018).

Además, encontramos estudios que manifiestan que las personas adolescentes de este colectivo presentan mayor riesgo de suicidio y de encontrarse en situación de calle (de Stéfano y Boy, 2017). Mientras, en los adultos se encuentran mayores tasas de consumo de tabaco, alcohol y abuso de drogas, y en la vejez aparecen más barreras de salud a causa del aislamiento social y la falta de servicios sociales y de salud culturalmente competentes.

En consecuencia, observamos como la discriminación que sufre este colectivo no es debida a condiciones biológicas, sino al tipo de tratamiento y manejo que se da a la diversidad sexual en las sociedades, y particularmente en el ámbito sanitario.

4. Premisas feministas para la salud

El movimiento feminista de la salud y el movimiento de mujeres por la salud han ido igualmente planteando una serie de premisas que, aunque van más allá del ámbito sanitario, tienen unas implicaciones concretas en la salud. Suponen, además, que deberían ser integradas en todos los enfoques, aunque en cada uno se concreten de formas diferentes. En mi tesis doctoral, abordando la atención sanitaria al embarazo, parto y

puerperio, puse de manifiesto que estas premisas estaban presentes incluso en aquel personal sanitario que prestaba una atención más igualitaria (Blázquez, 2009).

4.1. El cuestionamiento de la ciencia y el conocimiento biomédico: el androcentrismo

Podríamos plantear que el movimiento feminista de la salud visibilizó y denunció el androcentrismo del conocimiento científico, ya que se tomaba en cuenta al hombre como medida de todas las cosas (Sau, 1981) y se utilizaban posteriormente los resultados como válidos para la generalidad de las personas, hombres y mujeres. Como estrategia para combatir el androcentrismo, se puso en marcha el análisis de los sesgos de género en cada uno de los enfoques de la salud.

El enfoque en salud de las mujeres ha reproducido el sesgo de la diferencia en la atención sanitaria. Ruiz-Cantero y Verbrugge (1997) plantearon que existen dos tipos de sesgos de género: el primero asume que la salud, los riesgos y los problemas de las mujeres y los hombres son similares, y a esto se denomina el sesgo de la igualdad, y el segundo es el sesgo de la diferencia, es decir, asumir diferencias cuando hay similitudes.

La médica Valls-Llobet (2010) habla de la morbilidad diferencial para referirse al conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque solo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino. Puede ser causada por las diferencias biológicas con los hombres (como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos) o por problemas de salud sin ser específicos de las mujeres pero que se presentan con mayor frecuencia en estas, causándoles muerte prematura, enfermedad o discapacidad más que entre los hombres. La autora señala que existe un tercer sesgo basado en la presunción de las diferencias debidas a factores no biológicos, que pone de manifiesto cómo muchas veces se da por supuesto, particularmente cuando los determinantes socioculturales de la salud son visibles en las vidas de las mujeres, que sus problemas son de orden sociocultural y/o emocional y no tienen una base biológica. Los dos ejemplos más claros de ello considero que son el manejo del dolor y la psicologización de la salud de las mujeres.

Estos sesgos se producen porque en muchas ocasiones no se hace una buena exploración de la salud de las mujeres, y el personal sanitario no dispone de formación actualizada sobre ellos ni sobre la perspectiva de género en la salud, tampoco de tiempo. En este contexto, las rutinas llevan a seguir reproduciendo los estereotipos y normas de género que psicologizan la salud de las mujeres y ginecologizan sus problemas y, a su vez, producen que tampoco se atienda adecuadamente a los varones y estos sufran un peregrinaje en los casos de problemas de salud mental y también estén más infra-diagnósticos en salud mental. Una de las estrategias para evitar el androcentrismo en las ciencias de la salud, supone incluir un enfoque integral como veremos a continuación.

4.2. La integración de un enfoque integral sobre las vidas de las mujeres

Para integrar un enfoque integral en la salud, hay que atender a la existencia de los sesgos de género ante cualquier problema de salud. Como consecuencia de la naturalización, se ha considerado que todas las mujeres son iguales, tienen una biología común y su biología se comporta igual en todas ellas, sin atender y entender los procesos económicos, sociales

y culturales que afectan e influyen en nuestras biología creando una diversidad entre las mujeres.

Las vidas de las mujeres y sus procesos de salud y enfermedad deben ser vistos atendiendo a las interrelaciones entre todas las esferas de las vidas y considerando todos los factores que influyen en los mismos, incluidos los culturales y sociales de sus vidas, que son tanto modeladores de sus vivencias como de sus significados. Esto nos conduce a un enfoque holístico o biopsicosocial con perspectiva de género, como indica Velasco (2006), en el que convendría añadir la interseccionalidad.

También es fundamental evitar la uniformización, pensando en las diferentes situaciones en que se encuentran las mujeres. En la atención sanitaria al embarazo exploré como algunas profesionales informan a las mujeres sobre sus derechos legales de protección del embarazo, de maternidad y paternidad, les preguntan sobre sus trabajos, sus cargas de cuidados, su relación de pareja, sus vivencias y sus deseos, permitiendo que estas expresen sus dudas, incoherencias y saberes (Blázquez, 2009). Esto es fundamental para conocer las posibilidades reales de las mujeres para cuidarse y, en los casos en los que no sea posible, buscar las maneras para ello.

Este punto también implica ofrecer una respuesta a la diversidad de las mujeres, personalizando la atención. Algunas profesionales son capaces de adaptar los protocolos y los tiempos a las necesidades de las mujeres, permitiéndoles hablar y escuchándolas.

En la atención sanitaria habrá que reconocer que existen factores económicos, políticos, sociales y culturales que intervienen tanto en la calidad como en la propia asistencia. Igualmente, las enfermedades y la salud están también determinados por estos factores.

Este tipo de atención integral debe prestarse de forma continuada a lo largo de todo el ciclo vital, aunque en algunos momentos es más fundamental para evitar que se sobredimensione la biología sobre las vidas de las mujeres y se produzca la medicalización, como muchas veces sucede en la menarquía y en la menopausia.

4.3. La desmedicalización de la vida de las mujeres

La medicalización es un fenómeno que implica la intervención de la medicina, junto con otros saberes y tecnologías centradas en la biología, en cada vez más aspectos de la vida, aumentándose su jurisdicción de las enfermedades a la salud y a la gestión de los cuerpos. La medicalización ha guardado una relación particular con las mujeres y sus vidas: han sido más medicalizados los procesos relacionados con su ciclo vital y la reproducción (desde la menarquía, el embarazo, el parto y la menopausia) y se han creado más patologías que les afectan como el síndrome premenstrual, mamas fibroquísticas, disfunción sexual y problemas del climaterio. Además, han sido más destinatarias de políticas sanitarias y farmacéuticas como sucede en salud sexual y reproductiva, en el uso de los métodos anticonceptivos, principalmente usados por ellas, y también en los tratamientos hormonales sustitutivos en la menopausia. También se destaca la mayor prescripción de fármacos psicotrópicos a las mujeres, bien porque padezcan más depresión y ansiedad, bien porque sus síntomas son más psicosociales, o bien por los estereotipos de género que han psicologizado más la salud de las mujeres. A ello, se suma que disponen de mayor prevalencia de enfermedades somáticas, inespecíficas y malestares, y son más usuarias de los servicios sanitarios, no solo para ellas mismas sino también para sus familias.

Analizar cómo se dan estos procesos, a quién beneficia la medicalización de sus cuerpos y sobre quién se depositan las consecuencias, es clave si queremos preocuparnos realmente por la salud de las mujeres.

4.4. El empoderamiento y la autonomía de las mujeres

El concepto de empoderamiento fue traducido del inglés “empowerment” por las feministas latinoamericanas y comienza a utilizarse en los programas de cooperación para el desarrollo, tomando en cuenta cómo las posiciones de partida desiguales en las que se encontraban las mujeres, junto con las relaciones de poder, influían en las posibilidades de mejorar sus vidas (Esteban, 2019, p. 84). Desde ahí, ha ido adaptándose a todos los campos, como en el de la salud.

Una de las preocupaciones feministas ha sido que las mujeres tengan “control” sobre la atención sanitaria a sus cuerpos. Esto se ha hecho más visible respecto a la salud sexual y reproductiva, pero la propuesta es que decidan sobre todos los aspectos relativos a su salud. Así es desarrollado por el Colectivo de Mujeres de Boston (2009), acerca del “control sobre nuestros cuerpos” donde plantean algunos puntos clave que conlleva este proceso:

- Primero, conocer nuestros cuerpos.
- Segundo, que este conocimiento emane de nuestros saberes y experiencias, es decir, reconocer que las personas, especialmente, las mujeres tienen conocimientos sobre sus autocuidados independientemente de su nivel educativo.
- Tercero, este proceso conlleva tomar conciencia sobre nuestras vidas, sobre las acciones que posibilitan el cambio, y cuáles no, sobre nuestros recursos.

Así se conformaron grupos de mujeres de autoconocimiento y autoconciencia en los años 80. Sin embargo, para que las mujeres tengan poder para decidir sobre sus vidas, según sus propios criterios, es necesario propiciar oportunidades y condiciones, tanto externas como internas (Lagarde, 2005). En la red asistencial, estas posibilidades de decidir se sitúan en unas coordenadas sociohistóricas donde las mujeres han ido perdiendo protagonismo sobre la gestión de sus cuerpos, convirtiéndose en receptoras de la atención, a favor de sus profesionales y de los saberes expertos (Esteban, 1996). Por un lado, ha habido una endoculturación médica en reforzar que los únicos saberes válidos eran los sanitarios y, por otro lado, los saberes de las mujeres sobre el cuidado, particularmente en lo relativo al embarazo y al parto, han sido usurpados, perseguidos y expropiados (Ortiz, 2006).

Kabeer (1997) apunta que el empoderamiento se refiere al fenómeno en que el sujeto se convierte en agente activo, y a un aumento de la capacidad de las personas para tomar decisiones. Lo que implica decir que las mujeres deben disponer del acceso a recursos personales (“poder desde adentro”), educativos, económicos, sociales y simbólicos, por citar algunos de ellos, que aumenten sus capacidades. Pero deben tener también condiciones favorables en sus contextos que les permitan tomar decisiones y desarrollar estas capacidades (control externo), de forma que se pongan de manifiesto las relaciones de poder en que se encuentran, que condicionan sus deseos y que impiden que el empoderamiento sea factible en todos los ámbitos de sus vidas.

Fomentar la autonomía de las mujeres mediante el acceso a la información y a la toma de decisiones es una tarea al alcance del personal sanitario. En mi tesis doctoral (Blázquez, 2009), mostré cómo algunas profesionales aportan información oral y escrita, comprueban su comprensión de la misma, valoran que éstas sean capaces de saber qué es

lo que más les conviene, les alientan a que decidan por sí mismas, y les estimulan para que prueben y comparen los diferentes consejos sanitarios, especialmente en lo relativo a los cuidados de las criaturas.

5. Conclusiones

El ODS 3 centrado en la salud del Horizonte 2030 (ONU, 2015) señala los siguientes lineamientos:

- Mantener la inversión y reforma en los sistemas de salud
- Reducir brechas en el acceso a los sistemas de salud.
- Reducir la inseguridad alimentaria grave y desnutrición en población infantil junto al sobrepeso y obesidad.
- Disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna.
- Aminorar los nuevos casos de VIH y promover el cumplimiento del objetivo 90-90-90.
- Reducir las tasas de fecundidad alta en adolescencia.
- Garantizar la accesibilidad a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Trabajar para disminuir tanto las enfermedades no transmisibles: diabetes y cardiovasculares, y la salud mental; como las transmisibles.
- Desarrollar programas para aminorar el impacto de los factores ambientales sobre la salud.
- Incorporar un concepto de salud multidimensional.

La mayor parte de estos lineamientos han sido abordados en diferentes partes de este artículo. No obstante, hay uno de ellos, sobre el que no he podido detenerme y a mi juicio, conformará uno de los ejes centrales de la salud de aquí al 2030, que es la salud ambiental. Valls-Llobet (2018) recientemente ha publicado un texto en el que hace una revisión muy extensa sobre diferentes sustancias químicas o minerales que se introducen en el cuerpo a través de la piel, del agua, los alimentos y la respiración, así como las radiaciones (rayos X, electromagnetismo, telefonía móvil y antenas) que afectan directamente a los tejidos. Analizar los efectos concretos que están teniendo en las mujeres en el aumento de problemas menstruales, en problemas en el embarazo, en los cánceres hormonal-dependiente, en los problemas de esterilidad (también en hombres), obesidad y diabetes, debe ser una prioridad de salud pública, así como incorporar una agenda preocupada por estas cuestiones medioambientales.

Antes de concluir, quisiera mencionar que muchas de las cuestiones abordadas no solo están dirigidas a las mujeres, como grupo, con su diversidad racial, etaria, socioeconómica, sexo-genérica, sino a cualquier población. La incorporación de la perspectiva de género ha puesto de manifiesto sesgos que también afectan a los hombres y reclama una mejor atención a la salud. Prestar atención e incorporar estas cuestiones no solo beneficiará a las mujeres, quienes en muchas enfermedades son más vulnerables o se encuentran en una situación de mayor desigualdad, sino también a los varones y, por tanto, a toda la población, de modo que nuestras sociedades gocen de mejores situaciones de salud. ¿No es ese la intención de cualquier sistema de salud?

En esta definición de las prioridades en las políticas de salud para el 2030 es imprescindible esta mirada más concreta en la situación real de las poblaciones, donde el análisis desde la perspectiva de género, combinando el sexo, el género y sus componentes, la interseccionalidad, se muestran las desigualdades en salud y se puede construir una agenda que atienda realmente a los derechos humanos y a la justicia. Debemos seguir incluyendo reforzando los programas y las políticas de salud ya establecidos, pero deberíamos ser más ambiciosas para el 2030, tratando de alcanzar algunas o muchas de estas cuestiones.

6. Referencias

- Aiken, A., Scott J., Gomperts, R., Trussell, J., Worrell, M. & Aiken, C. (2016). Requests for abortion in Latin America in the wake of Zika virus. *New England Journal of Medicine*, 375, 396-398.
- Apalategui, I. (2009). *Salud y Masculinidad*. País Vasco: Emakunde, Instituto de la Mujer. Programa Gizonduz. Disponible en http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz_dokumentuak/es_def/adjuntos/8_salud_y_masculinidad.pdf
- Báez, S. (2017). *Análisis de género en la mortalidad materna de República Dominicana. Resumen Ejecutivo*. Santo Domingo: Centro de Estudios de Género. <https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Analisis%20Genero%20de%20la%20Mortalidad%20Materna-web-.pdf>
- Blázquez, M., Cornejo, M. y Pichardo-Galán, J. (2018). La disputa del género en el Estado Español a partir del activismo católico. *Revista Ex aequo*, 37, 47-61.
- Blázquez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. (Tesis doctoral). Universidad de Rovira i Virgili, Tarragona, España.
- Blázquez, M. y Bolaños, E. (2017). Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. *Revista Salud Colectiva*, 13(2), 253-265.
- Centro de Estudios de Género (CEG-INTEC). (2017). *La salud y la seguridad social, otras fuentes de desigualdades de género en la República Dominicana. Estado de situación al 2017*. Santo Domingo: Instituto Tecnológico de Santo Domingo.
- Colectivo de Mujeres de Boston (2000). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Plaza Janés.
- Cornejo, M. y Pichardo, J. (2017). La “ideología de género” frente a los derechos sexuales y reproductivos. El escenario español. *Cadernos pagu*, 50, 1-32.
- Correa, S. (1997). From reproductive health to sexual rights achievements and future challenges. *Reproductive Health Matters*, 5(10), 106-117.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men’s well being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385-1401.
- Creshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista de estudos feministas*, 1, 78-99.
- Delgado, A. (2004). Práctica profesional y género en Atención Primaria. *Gaceta Sanitaria*, 18, 112-117.

- De Stéfano, M. y Boy, M. (2017). *Salud y adolescencias LGBTI: Herramientas de abordaje integral para equipos de salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Espejo, A., González, M., Garrido, B. y Álvarez, M. (2019). Ginecología y obstetricia: ¿influye el género? En M. T. Ruiz-Cantero. *Perspectiva de género en medicina* (pp. 206-237). Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve Torre Esteve.
- Esteban, M. L. (1996). Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. En T. Ortiz y G. Becerra. *Mujeres de ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas* (pp. 143-184). Granada: Universidad de Granada.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque feminista y antropológico. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.
- Esteban, M. L. y Távora, A. (2010). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Publicaciones de Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 14, 1-19. Disponible en <http://www.area3.org.es/Uploads/a3.14.Amorromantico.EstebanyT%C3%83%C2%A1vora.pdf>
- Esteban, M. L. (2019). *El feminismo y las transformaciones en la política*. Barcelona: Bellaterra.
- Fausto-Stearling, A. (1993). The Five Sexes: Why male and female are not enough. *The Sciences*, 33(2), 20-24.
- Fernández, Sandra. (2018). *Diagnóstico Participativo de las problemáticas que presentan las personas TLGBQI en Salud Sexual, Reproductiva y Derecho a la Identidad, en el municipio de Madrid*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- García, M., Mateo, I. y Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(S2), 83-92.
- Gasch-Gallén, A., Gregori-Flor, N., Hurtado-García, I., Suess-Schwend A. y Ruiz-Cantero, M. T. (2020). Diversidad afectivo-sexual, corporal y de género más allá del binarismo en la formación en ciencias de la salud. *Gaceta Sanitaria*.
- Gil-Borrelli, C., Velasco, C., Iniesta, C., de Beltrán, P., Curto, J. y Latasa, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31, 175–177.
- Gregori, N. (2013). Utopías dicotómicas sobre los cuerpos sexuados. *Revista Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 189(763), 1-18.
- Harcourt, W. (2011). *Desarrollo y Políticas Corporales. Debates Críticos en Género y Desarrollo*. Barcelona: Bellaterra.
- Heidari, S., Babor, T., De Castro, P., Tort, S. y Curno, M. (2019). Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 203-210.
- Inhorn, M. (2006). Defining Women's Health. A dozen messages from more than 150 ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(3), 345-378.
- Instituto de la Mujer. (2002). *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). (2016). *Evaluación PLANDES 2006 – 2105*. Santo Domingo: Instituto Tecnológico de Santo Domingo.

Jefatura del estado de España (2007, 23 de marzo). Ley Orgánica No. 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, 71. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>

Jónasdóttir, A. (1993). *El poder del amor: ¿le importa el sexo a la democracia?* Madrid: Cátedra.

Juárez, H. y Cairo, L. (2019). La perspectiva de género y de derechos humanos en el estudio de las enfermedades cardiovasculares. En M.T. Ruiz-Cantero. *Perspectiva de género en medicina* (pp. 82-105). Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve Torre Esteve.

Kabeer, N. (1997). Empoderamiento desde abajo: ¿Qué podemos aprender de las organizaciones de base? En M. León (comp.) *Poder y Empoderamiento de las mujeres* (pp. 119-146). Bogotá: Tercer Mundo Editores y Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad de Colombia.

Lagarde, M. (2005). *Para mis socias de la vida. Claves feministas para el empoderamiento de las mujeres*. Madrid: Horas y horas.

Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid: Horas y horas.

Nogueiras, B. (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013)*. (Tesis doctoral). Instituto Universitario de Estudios Feministas, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Ginebra: OIT.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. *Lancet*, 2, 436-437.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2015) *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución de Asamblea No. 70/1. Recuperado de https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1997). *Taller sobre género, salud y desarrollo. Guía de facilitadores*. Washington: OPS.

Ortiz, T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*, Oviedo: KRK.

Peña, J., Boll, V. y Arias, L. (2018). Efecto de la edad en las percepciones de masculinidad en hombres de la Región de la Araucanía, Chile. *Research on Ageing and Social Policy*, 6(2), 172-197.

Rohlf, I. y Borrel, C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(Supl 3), 60-71.

Rubin, G. (1996). El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo. En M. Lamas (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 35-96). México: UNAM.

Ruiz-Cantero, M.T. y Verbrugge, L. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal Epidemiology Community Health*, 51, 106-109.

Ruiz-Cantero, M., Papí, N., Cabrera, V., Ruiz, A. y Álvarez, C. (2006). Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 427-434.

Ruiz-Cantero, M. T. (2019). *Perspectiva de género en medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve Torre Esteve.

Sau, V. (1981). *Diccionario ideológico feminista*. Barcelona: Icaria.

Távora, A. (2013). Una propuesta para abordar el sufrimiento de las mujeres desde la psicología social y desde la perspectiva feminista. *Publicaciones de Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 17, 1-23. Disponible en <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-17-feminista-AT%C3%A1vora.pdf>

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y Vicepresidencia de la República Dominicana. (2019). *Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre matrimonio infantil y uniones tempranas en seis municipios de República Dominicana*. Santo Domingo: UNICEF, oficina de país de la República Dominicana y Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI). Disponible en https://www.unicef.org/republicadominicana/CAP_MIUT.pdf

Valls-Llobet, C. (2010). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Cátedra.

Valls-Llobet, C. (2018). *Salud y Medio Ambiente*. Madrid: Cátedra.

Velasco, S. (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Velasco, S. (2009). *Sexo, género y salud*. Madrid: Minerva.

Bio

Profesora contratada doctor en el Departamento de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid desde 2010. Doctora por la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona. Recibió el Premio Victoria Kent del Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Málaga. Imparte materias como antropología del género, de la salud, del cuerpo y las emociones. Colabora en distintos másteres como el Máster Propio en Género y Desarrollo del Instituto Complutense de Estudios Internacionales.

Sus investigaciones se han centrado en la salud: prevención de VIH, salud sexual y reproductiva, formas de autocuidado y promoción de la salud de las mujeres. Pertenece al Grupo de Investigación en Antropología de la Diversidad y la Convivencia.

Más información en: [Google Scholar:](https://scholar.google.es/citations?user=DiifWmsAAAAJ&hl=es) <https://scholar.google.es/citations?user=DiifWmsAAAAJ&hl=es>;

ORCID: 0000-0002-5149-3699; ResearchID: K-9991-2014