



Sensibilidad de género de los planes nacionales de salud en el contexto internacional

Sra. Dña. Erica Briones Vozmediano

Cehegín (Murcia). 15 de julio de 2009



SENSIBILIDAD DE GÉNERO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

E. Briones Vozmediano¹, C. Vives Cases¹⁻², R. Peiró³

¹ Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Alicante

² CIBER en Epidemiología y Salud Pública. CIBERESP

³ Dirección General de Salud Pública. Valencia

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas son determinantes de la salud porque condicionan su distribución. Mediante políticas públicas sanitarias y sociales, las desigualdades en salud pueden evitarse o reducirse. Para que las políticas sanitarias sean equitativas deben tener en cuenta el género, es decir, atender a las diferencias entre hombres y mujeres y tratar de corregir las desigualdades, lo que sólo es posible mediante un acuerdo político sobre la necesidad de la acción y la dirección de cambio. Las políticas sanitarias se concretan en un documento público que recibe el nombre de plan o programa nacional salud, en los que se establecen las prioridades sobre las intervenciones y objetivos de salud.

A partir de la celebración de la Conferencia para la Eliminación de todas las formas de Discriminación sobre la Mujer (CEDAW), en Beijing en 1995, y en el marco político de la integración de género de la OMS, existe un compromiso institucional de incorporar el enfoque de género en las políticas públicas y de actuar sobre las desigualdades de género en salud a nivel mundial. Para ello, los países deben emplear los indicadores de la OMS y los gobiernos deberán tomar las medidas necesarias para eliminar la



discriminación de oportunidades para tener buena salud, que beneficia a determinados grupos sociales. En este sentido, se ha puesto de manifiesto la necesidad de integración del género de manera transversal (*gender mainstreaming*) que implica la renovación de las políticas en toda su estructura: diseño, implementación y evaluación.

En este estudio se ha conceptualizado como sensibilidad de género el grado en que un plan o programa de salud incorpora la perspectiva de género en el análisis del estado de salud de la población, el planteamiento de los objetivos generales y específicos por problemas de salud y entornos saludables, y en la planificación de las intervenciones.

OBJETIVOS

El objetivo general ha sido realizar un diagnóstico del grado de sensibilidad de género de los planes de salud en el contexto internacional y de las estrategias que pueden promover la equidad de género en las políticas sanitarias contempladas en estos planes. Los objetivos específicos han sido: determinar el grado de sensibilidad de género simbólica de los planes de salud, teniendo en cuenta el contenido de la parte preliminar de los documentos; analizar el grado de sensibilidad de género operativa, con respecto al estado de salud de la población, el planteamiento de los objetivos generales y específicos por problemas de salud y entornos saludables, y en la planificación de las intervenciones; y describir el tipo de intervenciones del sector salud que se plantean en los planes de salud para paliar las desigualdades de género en salud.

DISEÑO Y MÉTODO

La metodología se ha centrado en la búsqueda sistemática y análisis de contenido de los planes nacionales de salud de la Unión Europea (n=18) y América Latina (n=19) disponibles en formato electrónico. La muestra total (n=37) corresponde a los planes de salud de España, Italia, Malta, Portugal, Austria, Dinamarca, Bélgica, Luxemburgo,



Holanda, Irlanda, Bulgaria, Hungría, República Checa, Estonia, Letonia, Lituania, Finlandia, Suecia, México, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Haití, Cuba, Venezuela, Ecuador, Colombia, Perú, Bolivia, Argentina, Paraguay, Chile y Brasil. Para la recuperación de dichos planes de salud se han utilizado dos bases de datos que recopilan los enlaces a los ministerios de salud de todos los países: la web de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología¹ y del portal de salud de Cuba². Para la búsqueda concreta en las páginas web de los ministerios de salud se han utilizado las siguientes palabras clave: plan, programa, estrategia o política nacional de salud. Se seleccionaron los planes con acceso completo a través de Internet que estuvieran disponibles en español, inglés, francés, portugués o italiano y, en caso de encontrar más de una versión, se escogieron los pertenecientes al último periodo disponible.

Una vez recuperados los planes, se analizó la sensibilidad de género del contenido mediante la aplicación de un cuestionario *ad hoc*, diseñado como guía de lectura, basado en una experiencia anterior de una de las autoras del estudio que examina la sensibilidad de género de los planes de salud de las comunidades autónomas españolas, para describir y comparar la medida en que se integra el género como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas al género.

Este cuestionario revisa sistemáticamente la sensibilidad de género del contenido de los planes mediante unas preguntas de respuesta dicotómica si/no. Por una parte, se ha examinado la sensibilidad simbólica de género mediante la aplicación de tres preguntas: si se ha consultado a órganos consultivos específicos en materia de género en el proceso de formulación de las políticas, si incorpora el género como valor principal y si describe la situación de los determinantes sociales de salud de hombres y mujeres. Por otro lado,

¹ <http://www.enfermeriaencardiologia.com/enlaces/ministerios.htm>

² <http://www.sld.cu/temas.php?idv=15432>



se ha analizado la sensibilidad operativa de género en las dos partes en que se han dividido los planes de salud para el análisis: la parte general e introductoria, de valores y principios generales, y la parte denominada operativa, que contiene las intervenciones por problemas de salud y entornos de salud específicos. Las preguntas que exploran la sensibilidad operativa de género en la parte general han sido: si concibe las diferencias de género como determinantes de las desigualdades en salud, si atiende al género como un elemento más en las situaciones de discriminaciones múltiples y si incluye contenidos de equidad de género. Las preguntas que exploran la sensibilidad operativa de género en la parte operativa han sido: si contempla el problema mencionado, si proporciona información sobre la descripción de la situación por sexos, mediante datos desagregados o bien diferencia entre hombres y mujeres, si incluye objetivos específicos para reducir las desigualdades de género y si propone intervenciones o líneas de actuación para reducir las desigualdades de género.

A partir de las respuestas dicotómicas se construyeron índices de sensibilidad de género con un rango de 0 a 3, de nula a máxima integración del género, para cada país y para cada uno de los apartados de los planes. La sensibilidad de género de un plan de salud es mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas a las preguntas del cuestionario: ninguna respuesta afirmativa equivale a un índice de sensibilidad de género nulo, una respuesta afirmativa a un índice bajo, dos respuestas afirmativas a un índice medio y tres respuestas afirmativas a un índice de sensibilidad de género alto.

RESULTADOS

En la parte simbólica, España, Estonia, Austria, R.Dominicana, El Salvador, Chile, Colombia, México y Bolivia obtuvieron los índices de sensibilidad simbólica de género más altos (=3). En el otro extremo, con un índice nulo (=0), Letonia, Lituania, Italia, República Checa, Costa Rica, Perú, Ecuador, Guatemala y Argentina.



En la parte operativa, las adicciones y la enfermedad oncológica h los problemas de salud sobre los que se proponen más objetivos de disminuir las desigualdades de género y líneas de intervención específicas para ello en la Unión Europea, fundamentalmente debido a los comportamientos de riesgo de consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas) adoptados también por las mujeres y a la especificación de intervenciones en cánceres ligados al sexo. Les siguen problemas como la mortalidad, la violencia, los accidentes y la autopercepción del estado de salud.

En América Latina, los problemas de salud que acumulan más propuestas de líneas de intervención para aminorar desigualdades de género son la salud sexual y reproductiva, y el VIH-ETS, seguidos de violencia, adicciones, nutrición, discapacidad, salud infantil, mortalidad-esperanza de vida y accidentes.

En los entornos saludables, en la Unión Europea los planes de España y Estonia son los únicos que proponen líneas de actuación, por lo que obtienen el índice de sensibilidad operativa alto en ciudades saludables y entorno laboral, respectivamente. En América Latina un mayor número de planes de salud obtienen un índice de sensibilidad operativa alto: República Dominicana para tres entornos (escolar, ciudades saludables y prisiones), Chile y El Salvador para el medio laboral, Paraguay y México para el medio escolar, y Panamá para las ciudades saludables.

Por otra parte, entre los problemas específicos de salud de las mujeres destacan la salud reproductiva y la violencia contra la mujer: 36 países (97,29%) abordan temas relacionados con la salud reproductiva de la mujer, entre los que destacan el cáncer específico de las mujeres, salud materno-infantil, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo; y 21 países (el 57,9%) tratan la violencia de género como un problema de salud priorizado en sus estrategias, que recibe distintas denominaciones entre países como violencia contra la mujer, violencia doméstica y violencia conyugal o de pareja. Algunos países también hacen referencia a la violencia sexual y la violencia



psicológica contra las mujeres. También se han registrado 19 países (el 48,6%) que contemplan la salud del hombre como un tema específico en sus planes de salud, teniendo en cuenta aspectos como el cáncer del aparato reproductor masculino, las disfunciones del aparato reproductor masculino y la salud sexual -no reproductiva-. Por último, 15 países (el 40,5%) abordan aspectos relativos a la desigualdad de género y su influencia en la salud, como grupos de población especialmente vulnerable entre los que destacan las mujeres, la prostitución, estereotipos de género y división de roles sociales entre hombres y mujeres.

CONCLUSIONES

Todavía es escasa la sensibilidad de género de las políticas planteadas en los planes de salud del contexto internacional, sobre todo, en relación con los contenidos operativos de los planes de salud. Además, la sensibilidad de género simbólica y operativa de los planes de salud no se corresponde en todos los países. Entre los temas específicos de salud de las mujeres predomina la salud reproductiva, en línea con la tendencia a la identificación de la salud de las mujeres con la salud del aparato reproductor, cuya persistencia responde al estereotipo femenino que identifica a las mujeres con su función maternal. También resulta significativo que, entre los principales temas específicos de salud de las mujeres, la violencia de género sea un tema emergente que está tomando protagonismo en las estrategias de salud planteadas en estas políticas sanitarias.



BIBLIOGRAFÍA

Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, Álvarez-Dardet C. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado Español. *Gac. Sanit.* 2005; 19(4): 277-86

Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57

Colomer-Revuelta C, Peiró-Pérez R, López-Rodríguez RM, Espiga-López I, Sáiz-Martíenza-Acitores I, Soriano-Villaruel I. Políticas, politics and gender research. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61 (Supl II): ii1-ii2

Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science Medicine* 51 (2000) 931-939

Gispert R, van de Water, H.P.A, van Herten, L.M. La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: una revisión documental del proceso. *Gac. Sanit* 2000; 14 (Supl. 3): 34-44

Oliver, T.R. The politics of public health policy. *Annu. Rev. Public Health* 2006. 27:195–233

OMS. Política de la OMS en Materia de Género. Integración de la perspectiva de género en la labor de la OMD. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf> [accedido 21/10/2008]

OMS. Estrategia para integrar análisis y acciones de género en el trabajo de la OMS; Asamblea Mundial de Salud, Mayo 2007; Resolución WHA 60.25; objetivo de la Estrategia 2008-2013

ONU. Report of the Fourth World Conference on Women 1995. Disponible en: <http://ih.stanford.edu/rosenfield/resources/FWCW%20Beijing%20Report%201995.pdf> [accedido 21/10/2008]



Peiró R, Ramón N, Moyá C, Borrell C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 2): 36-46.

Peiró R, Vives C, Álvarez-Dardet C, Mas R. El análisis de políticas con enfoque de género y salud. En: Borrell C, Artazcos L (coord). 5ª Monografía de la SEE: Investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007.

Peiró R, Álvarez-Dardet C, Plasencia A, Borrell C, Colomer C, Moyá C, et al. Rapid appraisal methodology for “health for all” policy formulation analysis. *Health policy* 2002; 62(3):309-28

Ravindran T. K. S.; Kelkar-Khambete A. Gender mainstreaming in health: looking back, looking forward. [Global Public Health](#) 2008; 3 (s1): 121 – 142

Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. *Boletín SaludCo (La Habana, Cuba)* 2002; 1(7-15).