

---

# SALUD Y MASCULINIDAD

Imanol Apalategui Milicua  
2009

# ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	3
<b>2. Una aproximación a la definición de salud</b>	3
<b>3. Una aproximación al concepto de enfermedad</b>	4
<b>4. Una aproximación al concepto de atención</b>	5
<b>5. Una aproximación antropológica a la salud</b>	6
<b>6. Una aproximación al concepto de género</b>	7
<b>7. La construcción de la masculinidad</b>	8
<b>8. Desigualdades de género</b>	12
<b>9. Diferencias en la salud</b>	13
9.1. La salud de los hombres	14
9.2. Las desigualdades de género en la salud de la población de la CAPV	14
9.3. La violencia de los hombres hacia las mujeres	17
9.4. Los profesionales de la salud y la violencia de género	18
<b>10. Propuestas</b>	20
<b>11. Bibliografía</b>	22

# 1. INTRODUCCIÓN

Es indiscutible que la salud, el proceso de enfermar e incluso la atención a mujeres y hombres es por un lado **diferente**, dadas las diferencias biológicas (genéticas, hereditarias y fisiológicas) y por otro lado **desigual** entre hombres y mujeres, ya que existen una serie de determinantes sociales y culturales que generan una visión jerarquizada de los diferentes sexos.

Antes de iniciar el análisis, debemos agradecer al mundo feminista su lucha por la desigualdad dado que ha permitido crear una categoría analítica que en la actualidad está permitiendo avanzar en el proceso de conocimiento como es el **género**, que nos permitirá entender también por que enfermamos y morimos los hombres.

El enfoque de género subraya la necesidad de evitar generalizaciones sobre otras variables dentro del colectivo de las mujeres (o de hombres), de forma que no queden invisibilizadas las diferencias que existen, entre otras, por clase social, nivel educativo, lugar de residencia, etnia u orientación sexual.

Para estudiar las relaciones entre la salud y el género deberemos en primer lugar volver a estudiar que entendemos por salud, enfermedad y atención y para ello nos apropiaremos del discurso y crítica antropológica sobre el modelo hegemónico tradicional o biomedicina, lo que nos permitirá observar la dificultad existente para que desde dicho modelo se puedan articular de una forma adecuada la salud física, psicológica y social.

Para entender el proceso de desigualdad (entre hombres y mujeres y también al interior del colectivo de los hombres) repasaremos la construcción cultural del género y con ella el de la masculinidad.

Estudiaremos también el por qué de las diferencias en mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres. Deberemos estudiar si estas diferencias pueden ser relacionadas con los valores y actitudes que se suponen a la masculinidad.

Existen datos que nos sugieren que los hábitos de vida de los hombres y su actitud ante los riesgos existentes para la salud son derivados del rol masculino que el hombre debe cumplir de acuerdo con los mandatos sociales.

## 2. UNA APROXIMACIÓN A LA DEFINICIÓN DE SALUD

Si pretendemos definir la salud nos encontraremos con la ausencia de una definición universal que permita visualizar y objetivar lo que en el fondo es una experiencia subjetiva, si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya la consideró el año 1948 como “el completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, también nos encontraremos definiciones como la de la Real Academia Española que la define como “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” o “condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”.

Existe también un concepto estadístico de la salud, así se concibe la normalidad de ciertas constantes biológicas (glucemia, tensión arterial...) es decir se considera sano que ciertos parámetros estén dentro de un rango determinado.

Pero también existen otras opiniones a la hora de poder definir lo que es la salud, así Hernan San Martin (1982) en su libro "La crisis mundial de la salud" establece que la salud y la enfermedad, son dos grados extremos en la variación ecológica, son la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. La salud entonces se trata de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida.

Esta falta de una definición nos lleva a que la salud pueda ser interpretada y contextualizada desde visiones muy dispares. A pesar de la existencia de diferentes visiones de la salud, la OMS establece que "de acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerequisites para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerequisites pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud" (O.M.S. 1986)

### **3. UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE ENFERMEDAD**

La enfermedad es definida por ciertos autores como "todo tipo de alteración funcional orgánica que determine en el individuo la disminución o la pérdida de su completo bienestar físico, mental y social."

El concepto de enfermedad ha tenido una evolución histórica, en la prehistoria se tenía una idea mágica de la enfermedad, se atribuía a la misma un origen demoníaco, posteriormente en la antigüedad tenía un concepto religioso es decir la enfermedad era consecuencia del pecado, posteriormente nace el concepto científico – organicista pero en la actualidad con la introducción en la medicina de la psicología y de la medicina social le damos a la enfermedad un concepto multifactorial. (Piedrola 1983).

Tanto la salud como la enfermedad son parte de una experiencia que depende de múltiples aspectos como pudieran ser las emociones, los antecedentes, las creencias, la educación, el status...

La enfermedad la debemos diferenciar del padecimiento, este último es la experiencia que una persona tiene alrededor de una situación de enfermedad y depende de los antecedentes que una persona tiene respecto a la enfermedad propia o de su red social, de las indicaciones de esa red social, de su entendimiento acerca de la etiología de la enfermedad y de otra serie de variables que hacen de este padecimiento una experiencia individualizada.

Las formas de enfermar de las poblaciones cambian en función de su nivel de desarrollo, así los países pobres enferman y mueren principalmente por razones exógenas (externas), generalmente enfermedades infecciosas y carenciales por la falta de alimentos o de agua, en los países desarrollados dependen en mayor grado de los estilos de vida y son razones endógenas (que dependen del individuo) así tenemos que las tres primeras causas de mortalidad en nuestra sociedad son los accidentes cerebrales, las lesiones cardíacas y el cáncer.

## 4. UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE ATENCIÓN

El primer nivel de atención, en muchos procesos el único, se realiza a través de la red social básica del ciudadano, existen autores que incluso consideran que solo el 12% del tiempo que se dedica al cuidado de la enfermedad es provisto por los servicios sanitarios, es decir, que la mayoría de los procesos se atienden en el ámbito familiar (el 66% de las personas que necesitan atención la reciben exclusivamente de sus familiares). Una vez que en este nivel de atención no se ha logrado resolver el problema es cuando la población se dirige al personal asistencial especializado (medico, chaman, petriquillo...).

Independientemente de la discusión que podríamos realizar para el análisis de los sistemas de atención públicos y privados o de la ideología que pudiéramos diferenciar respecto a si el Derecho a la Salud de los ciudadanos es un derecho que debe ser cubierto por el Estado o si bien este derecho debe ser de cobertura privada, debemos hacer hincapié en uno de los aspectos más discutidos de las prácticas de la biomedicina como es la **medicalización** de la vida.

La salud ha dejado de ser un medio para convertirse en un fin en sí mismo, un producto más de consumo, y como tal producto se ha creado un mercado que crea una serie de condiciones para hacer posible esa medicalización y la somete a las leyes de la oferta y la demanda para ello se aplican toda una serie de estrategias dirigidas a influir en el comportamiento de las mujeres y hombres y así generar un incremento de dependencia y demanda.

El papel de la industria farmacéutica en el proceso de medicalización ha sido estudiado por Jörg Blech. (2005) el cual describe cinco formas de intervención:

- La venta de procesos normales de la vida como problemas médicos
- La venta de los riesgos como enfermedades
- La venta de problemas personales y sociales como problemas médicos
- La venta de signos poco frecuentes como epidemias de extraordinaria propagación
- La venta de síntomas leves como indicios de enfermedades más graves

Se crean modelos de lo que es normal o de cuáles son los patrones ideales que influyen en las actitudes y conductas de la población. Habría muchos ejemplos de patrones ideales algunos muy destacables como puede ser la imagen corporal, el ideal de juventud, la maternidad, de tal forma que crean la necesidad de intervención médica en la persecución de esos ideales y que se traducen en dietas, cirugías plásticas, pastillas para la menopausia o el iniciar el álbum fotográfico del futuro bebé con las ecografías.

Para reconocer los efectos de la medicalización, podemos estudiar como la misma afecta a la vida. Ha sido estudiada de una forma más intensa en la vida de la mujer, pero también podríamos sacar conclusiones respecto al hombre.

Los efectos de la medicalización de la vida de las mujeres son (Maribel Blázquez – Rodríguez 2006):

- Los acontecimientos naturales de su vida son intervenidos, la menstruación, el embarazo, el parto, la menopausia, etc. son regulados, patologizados
- La colocación de la mujer en una situación de dependencia, dado que ellas mismas incorporan el mandato de control médico (reconvertidos a su vez en mandato social)
- La legitimización de la tecnología y de los tratamientos médicos para dar “respuesta” a los problemas de las mujeres

- La iatrogenia tanto en el uso adecuado de la medicina como por la ignorancia y desconocimiento, y/o por los abusos ya que de cualquier forma producen efectos negativos sobre la vida de las mujeres
- La visión de la salud de las mujeres como negativa
- El uso inadecuado de los servicios sanitarios

## 5. UNA APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LA SALUD

Antes de entrar a caracterizar la Medicina Hegemónica Tradicional (o biomedicina) debemos definir el “modelo explicativo” concepto acuñado por Arthur Kleinman “para referirse a las nociones de los individuos y grupos acerca de un episodio de enfermedad y que involucra consideraciones acerca de la etiología, sintomatología, patofisiología, curso y tratamiento” (Martínez Hernaez A.1992). De acuerdo con esta definición podemos considerar a la biomedicina como un modelo explicativo más que debemos someter a análisis tal como lo hacen autores como Mishler (Martínez Hernaez A. 1996) el cual por ejemplo estudia las presunciones culturales e ideológicas en las que descansa la “cientificidad” de la biomedicina. Según el autor estas serían:

- La definición de enfermedad como desviación de una norma biológica
- La doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades (unícausalidad)
- La noción de que las enfermedades son universales
- La idea de la neutralidad de la teoría y de la práctica biomédicas

A esta caracterización podemos añadir otras características apuntadas por otros autores y que posteriormente nos van a servir a la hora de poder establecer las relaciones de la salud con el género como son:

- La dicotomía mente/cuerpo
- Autonomía de la biología de la conciencia humana
- El atomismo anatómico
- Independencia de lo natural respecto a lo social
- Biologicismo
- Mecanicismo
- Mercantilismo
- A-socialidad
- A-historicidad
- Eficacia pragmática, etc

La salud como objeto de estudio es difícilmente separable de la enfermedad, la enfermedad a su vez se relaciona con la atención. Tal como expone Eduardo Menéndez, para poder hacer operativo el estudio de la salud e incluso para poder entender la misma deberemos estudiarlo como un proceso. El proceso de salud /enfermedad /atención: “Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no solo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente” (Eduardo L. Menéndez 1996). El modelo biomédico se basa en una visión absolutamente biologicista de la salud, mientras se mantienen en un nivel implícito y no consciente una serie de aspectos que son fruto de una vertebración cultural, ideológi-

ca y económico-política determinada (Menéndez - Singer) y que están actuando simbólicamente en la relación terapéutica (Ángel Martínez 1996):

1. **La reproducción de una ideología hegemónica.** - La actuación del profesional se instaura como una intervención legitimada por la cultura dominante frente a otras posibilidades terapéuticas. Los trabajadores de los servicios de salud forman parte y reproducen una ideología de género.

2. **La doctrina de la neutralidad científica.** - La perspectiva organicista está arropada en una doctrina de neutralidad que opera en términos de objetivación. En la apropiación que el profesional hace de la experiencia del sujeto enfermo, se produce un proceso de transformación de la realidad vivida en términos de neutralidad científica.

3. **La relación terapéutica de tipo jerárquico.** - La relación entre profesionales y pacientes es asimétrica y la interacción que se produce se caracteriza por ser:

- Unidimensional analíticamente, puesto que la enfermedad es percibida desde un punto de vista organicista.
- Unidireccional en el desarrollo comunicacional, ya que en lugar de establecerse una negociación, se prima la postura del profesional.
- Y unilineal desde la perspectiva terapéutica, puesto que la intervención enfatiza exclusivamente la eficacia biológica.

4. **El etiquetaje (labeling) y la estigmatización.** En el desarrollo de su trabajo asistencial, a menudo el profesional sanitario reproduce en su interacción con determinados pacientes (portadores de HIV, usuarios de drogas, enfermos psíquicos, trastornos alimentarios, etc.) un mundo de valores que son propios de la sociedad más amplia.

Es necesario constatar el fracaso del modelo biomédico en el abordaje de ciertos procesos como las toxicomanías, la anorexia nerviosa, la violencia de género, etc.: "Los sistemas sanitarios de base biomédica, si bien han demostrado ser muy potentes a lo largo del siglo XX para contribuir al abatimiento de una serie de infecciones, adolecen de rigideces que no les permiten actuar con resultados positivos en aquellos aspectos de la salud que tienen que ver con los modos de vida" (Romaní O. 2002)

## 6. UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE GÉNERO

A partir de finales de los años setenta las feministas anglosajonas empezaron a definir un concepto que pretendía profundizar en las desigualdades que se atribuían al sexo y que no podían ser atribuidas a las diferencias biológicas, así "propusieron utilizar el término sexo para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y de mujeres, que se asocian a su capacidad de procreación, mientras que género suponía un nivel de abstracción distinto, mediante el cual se aludía a la jerarquización de espacios y funciones sociales y la diferenciación en el acceso al poder implícitas en las ideas, representaciones y prácticas de hombres y de mujeres" (Esteban M. L. 2006), es decir, por género entendemos la construcción social, histórica y cultural de los seres humanos en función de su sexo desde su nacimiento y a la desigualdad entre hombres y mujeres, que trasciende sus diferencias sexuales, es lo que denominaremos desigualdad de género.

La desigualdad entre hombres y mujeres tiene su origen en la concesión de una serie de atributos, jerarquizados, a uno y a otro sexo, lo que nos llevará a la definición de los estereotipos femenino y masculino. Así, a lo **femenino** le adjudicamos el espacio privado, dependencia, sumisión,

labilidad emocional, debilidad, desvalorización de opiniones, intuición, conformismo, pasividad sexual, dulzura, mientras que a lo **masculino** le concedemos los atributos de espacio público, independencia, dominio, racionalidad, fuerza, agresividad, inteligencia, ambición, ímpetu sexual "incontrolado", posesión de la palabra y la voz. De estas creencias también participan los profesionales de la salud de tal forma que las mismas se van a aplicar en el ejercicio de su trabajo y se traduce en el sexismo y androcentrismo de las ciencias de la salud, que identifica lo masculino con lo humano en general y sirviendo de patrón generalizable al resto de grupos de población (Ruiz –Jarabo Quemada C. y Blanco Prieto P. 2004).

Siguiendo a Benno de Keijzer (Benno de Keijzer. 2003) podemos afirmar que todas las definiciones de género coinciden en que es una construcción sociocultural basada en la interpretación que cada sociedad hace sobre el sexo biológico. Se compone de tres elementos:

- La asignación y la construcción subjetiva de las identidades
- Las relaciones de poder entre hombres y mujeres
- Las desigualdades o asimetrías entre ambos

El género nos descubre un mundo en que lo masculino y lo femenino no se encuentran determinados totalmente por la biología, sino más bien por procesos de diferenciación e inequidad que cruzan nuestras culturas y que determinan que les "corresponde" a los hombres y que les "toca" a las mujeres. Más allá de lo que el común de los hombres percibe como determinación biológica, el género atraviesa nuestras vidas desde la cuna hasta la tumba y desde el núcleo familiar hasta la economía y las políticas públicas.

Aunque el género nace como una herramienta para entender y denunciar la condición de las mujeres, el potencial explicativo de esta perspectiva, desde los años ochenta y sobre todo en los noventa, empieza a servir también para entender la condición masculina.

## 7. LA CONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD

La masculinidad es un conjunto de actitudes del género masculino que culturalmente resalta en un varón sus cualidades viriles como semental o macho dominante frente a otro. Se refiere a los comportamientos y cualidades que dentro de una cultura se asocian con los hombres. Es importante separar su definición de la concepción sexual que se da por el sistema reproductivo, ya que la masculinidad se refiere a una combinación de rasgos culturales y biológicos.

Janet Saltzman Chafetz (1974)<sup>1</sup> describe 7 áreas de la masculinidad en la cultura general:

1. **Física.** Viril, atlético, fuerte, valiente. Sin preocupaciones sobre la apariencia o el envejecimiento.
2. **Funcional.** Se gana el pan, provee para la familia.
3. **Sexual.** Sexualmente agresivo, experimentado. Está bien estar soltero.
4. **Emocional.** No es emocional, estoico, no llora.
5. **Intelectual.** Lógico, intelectual, práctico, racional, objetivo.
6. **Interpersonal.** Líder, dominante, imparte disciplina, independiente, libre, individualista.
7. **Otras características personales.** Encaminado al éxito, ambicioso, agresivo, orgulloso, egoísta, moral, confiable, decidido, competitivo, inhibido, aventurero.

1. Consultar en: [www.wikipedia.org/wiki/Masculinidad](http://www.wikipedia.org/wiki/Masculinidad) (Fecha revisión 23 abril 2009)

Además de los valores o características que supone la masculinidad, debemos desarrollar también la masculinidad desde un punto de vista relacional, de tal forma tal como desarrolla Daniel Cazes<sup>2</sup> se han enumerado las siguientes concepciones que conforman y reflejan la posición de los hombres en la opresión genérica:

- Los hombres y las mujeres son sustancialmente diferentes, los hombres son superiores a las mujeres, y los "hombres de verdad" lo son también a cualquier hombre que no se apegue a las normas aceptadas como ineludibles de la masculinidad dominante.
- Cualquier actividad, actitud o conducta identificada como femenina, degrada a los hombres que las asuman.
- Los hombres no deben sentir (o dado el caso, expresar) emociones que tengan la más mínima semejanza con sensibilidades o vulnerabilidades identificadas como femeninas.
- La capacidad y el deseo de dominar a los demás y de triunfar en cualquier competencia, son rasgos esenciales e ineludibles de la identidad de todos los hombres.
- La dureza es uno de los rasgos masculinos de mayor valor.
- Ser el sostén de su familia es central en la vida de cada hombre, y constituye un privilegio exclusivo de los hombres.
- La compañía masculina es preferible a la femenina, excepto en la relación sexual.
- Esta última es virtualmente la única vía masculina para acercarse a las mujeres, y permite tanto ejercer el poder como obtener placeres.
- La sexualidad de los "hombres de verdad" es un medio de demostrar la superioridad y el dominio sobre las mujeres y, al mismo tiempo, un recurso fundamental para competir con los demás hombres.
- En situaciones extremas, los hombres debemos matar a otros hombres o morir a manos de ellos, por lo que declinar hacerlo en caso necesario es cobarde y consecuentemente demuestra poca hombría y poca virilidad.

Estas concepciones fundamentan el machismo y la misoginia. Y también reflejan el profundo arraigo de las ideas básicas, tradicionales y pretendidamente incuestionables, en que cada ser humano se forma como sujeto de género (es decir, en que llega a ser mujer u hombre):

- Lo masculino es el eje central, el paradigma único, de lo humano: los hombres somos la medida de todas las cosas.
- Todos los hombres debemos ser jefes, y el orden de las relaciones sociales debe responder al imperativo de que lo seamos al menos de una manera.
- A los hombres pertenecen de manera inalienable, el protagonismo social e histórico, la organización y el mando, la inteligencia, el poder público y la violencia policíaca y castrense, las capacidades normativas, las reglas del pensamiento así como las de la enseñanza y la moral, la creatividad y el dominio, la conducción de los demás y las decisiones sobre las vidas propias y ajenas, la creación y el manejo de las instituciones, la medicina y la relación con las deidades, la definición de los ideales y de los proyectos. En una palabra, la vida pública, lo importante, lo trascendente, lo prestigioso.

Por su parte, Connell (1995) establece el concepto de "masculinidad hegemónica" como la forma cultural dominante. Esto no significa que no se generen otras masculinidades subordinadas.

Es reciente en el tiempo que diversos colectivos de hombres de todo el mundo, tanto en el ámbito académico como de las organizaciones sociales, han empezado a reflexionar y a intervenir en relación a las formas como se han construido tradicionalmente la masculinidad y las consecuencias negativas que comporta tanto para las mujeres como para los hombres. Nos referimos a una parte

del movimiento de hombres, los considerados pro-feministas. En Euskadi este movimiento está muchos menos desarrollado que en otros lugares, tanto del Estado español como de otros países como Nicaragua o México, donde existen iniciativas pioneras muy interesantes.

La masculinidad ha sido objeto de estudio en relación con la violencia de género, interesa descubrir el por qué del comportamiento de los hombres.

El ejercicio de la violencia es principalmente un patrimonio del hombre. Michael Kaufman, (Michael Kaufman, 1999) establece que para estudiar de forma adecuada las causas de la violencia deberíamos dirigir la mirada a los hombres. Así, indica que los actos individuales de violencia de los hombres ocurren dentro de la "triada de la violencia de los hombres":

- **Violencia contra sí mismos** mediante: el suicidio, el alcoholismo y otras adicciones así como enfermedades psicosomáticas. Podemos incluir aquí las diversas formas de descuido del cuerpo.

Los datos que nos aporta el Instituto Nacional de Estadística<sup>3</sup> son concluyentes a la hora de ratificar la mortalidad superior de los hombres tanto por causas externas así como por tener mayores prácticas de riesgo que lo podemos deducir de la mortalidad por Cirrosis, indicador del consumo de alcohol, o por mortalidad debida a consumo de estupefacientes.

Suicidios consumados según sexo año 2006

	Varón	Mujer
País Vasco	76	17

Defunciones por Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado sexo 2007

071	
Varones	4.086
Mujeres	1.608

Defunciones por Trastornos mentales debidos al uso de drogas 2007 (drogodependencia, toxicomanía)

048	
Varones	40
Mujeres	5

- **Violencia contra las mujeres** (y a niños y niñas) a través de los diversos tipos de violencia y abuso, la fecundidad impuesta, la paternidad ausente, etc.

Aunque más adelante hablaremos específicamente de la violencia de género merece destacar que "La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad", (Blanco P., Ruiz -Jarabo C., Garcia de Vinuesa L., Martin - Garcia M 2004, Lasheras Lozano M<sup>a</sup> Luisa, Pires Alcalde Marisa. 2003).

3. Se puede consulta en [www.ine.es/jaxi/tabla.do](http://www.ine.es/jaxi/tabla.do) (Fecha de revisión 30 abril 2009)

Un análisis acerca del modo en el que se ejerce la violencia nos visualizaría que la misma se ejecuta en las diferentes fases del ciclo de vida (OMS / OPS 1998) de la mujer, así:

- Fase prenatal: se realizan abortos selectivos según el sexo
- Infancia: infanticidio femenino y abuso físico, sexual y psicológico
- Niñez: mutilación genital femenina, matrimonio infantil, y abuso físico, sexual y psicológico, incesto, prostitución y pornografía
- Adolescencia y vida adulta: sexo forzado por razones económicas, violencia durante el cortejo y el noviazgo, tráfico de mujeres, violencia conyugal, embarazos forzados, etc.
- Vejez: "suicidio" forzado u homicidio de viudas (sati), abuso físico, sexual y psicológico

- **Violencia contra otros hombres** por medio de: accidentes, homicidios, lesiones....

Población reclusa por ley y delitos y sexo año 2007

	Varones	Mujeres
Contra las personas España	398	11

Defunciones por homicidio y sexo 2007

099 Agresiones (Homicidios)	
Varones	227
Mujeres	121

Un aspecto particular de este rasgo de violencia contra otros hombres lo vemos en el caso de **homofobia**. Recordar que hace no muchos años la homosexualidad se retiró de la Clasificación Americana de Salud Mental. Hasta entonces la homosexualidad era considerada una enfermedad y tengo constancia que en el área de los profesionales de psiquiatría todavía hay orientaciones en tal sentido.

Qué decir del estado de salud de las personas que se pueden considerar diferentes por su orientación sexual, ¿podemos decir que son libres? O la presión social que impone a estos ciudadanos el silencio, el no reconocimiento de su orientación y en muchos casos su "no querer" hacer caso a su orientación.

La homofobia obliga a estos ciudadanos a vivir en la periferia, y en muchos casos una vez superada la fase de asunción de la propia sexualidad se van a vivir en círculos cerrados donde saben que no van a ser perseguidos, maltratados o excluidos.

Kaufman desarrolla su teoría a través de siete P's:

- La primera P: **Poder Patriarcal**. Los grupos humanos crean formas autoperpetuadoras de organización social e ideologías que explican, dan significado, justifican y alimentan estas realidades creadas.
- La segunda P: **La percepción del derecho a los privilegios**. No son solo las desigualdades de poder las que conducen a la violencia, sino una percepción consciente o a menudo inconsciente del derecho a los privilegios.
- La tercera P: **Permiso**. La violencia no prevalecería si no existieran en las costumbres sociales, los códigos legales, la aplicación de la ley y ciertas enseñanzas religiosas, un permiso explícito o tácito para ejercerla.

- **La cuarta P:** La paradoja del poder de los hombres. Si el mundo mismo del poder y los privilegios nos aparta del mundo de la crianza infantil y el sustento emocional, entonces estamos creando hombres cuya propia experiencia de poder está plagada de problemas incapacitantes. Las expectativas interiorizadas de la masculinidad son en si mismas imposibles de satisfacer o alcanzar.

- La quinta P: **La armadura psíquica de la masculinidad.** La masculinidad es codificada como un rechazo a la madre y a la feminidad, es decir, un rechazo a las cualidades asociadas con los cuidados y el sustento emocional.

- La sexta P: **La Masculinidad como una olla psíquica de presión.** Muchas de nuestras formas dominantes de masculinidad dependen de la interiorización de una gama de emociones y su transformación en ira. No se trata solo de que el lenguaje de las emociones de los hombres sea frecuentemente mudo o que nuestras antenas emocionales y nuestra capacidad para la empatía estén un tanto trucadas. Si la masculinidad es una cuestión de poder y control, no ser poderoso significa no ser hombre. La violencia se convierte en el medio para probar lo contrario ante si mismos y ante otros.

- La séptima P: **Pasadas experiencias.** En algunos casos las experiencias personales inculcan profundos patrones de confusión y frustración, en los que los niños han aprendido que es posible lastimar a una persona amada y donde solo las manifestaciones de ira pueden eliminar sentimientos de dolor profundamente arraigados.

## 8. DESIGUALDADES DE GÉNERO

Las desigualdades de género afectan al cumplimiento de los prerrequisitos que la OMS determina como necesarios para una buena salud, a saber: la distribución de la riqueza es terriblemente desigual, las niñas y las mujeres poseen menos del 1% de la riqueza del planeta, de tal forma que tanto en los países en vías de desarrollo como en los países ricos la pobreza afecta principalmente a mujeres y a niños y niñas. Así mismo, éstos serán los primeros afectados de la desnutrición, de la guerra o el mayor contingente de personas dentro de los campos de refugiados.

Si bien estamos a mitad del recorrido del horizonte que se establecía en los Programas de Acción de El Cairo y Beijing donde se propuso orientar las políticas relacionadas con la población, las mujeres y el desarrollo desde un enfoque integral podemos observar, que uno de los principales obstáculos que las mujeres tienen para gozar del derecho a la salud es la desigualdad de género, (que la sitúa en una posición de subordinación en la sociedad así como con un poder limitado de decisión sobre su propia vida). La lucha contra la desigualdad no es una política de estado, todavía no entra en la agenda política y social, y hasta que las leyes de igualdad puedan tener una eficacia real transcurrirán muchos años.

Un aspecto que profundiza la desigualdad entre sexos y que ocurre en casi todas las sociedades, es que el proceso de socialización es coherente con la división sexual del trabajo. Los hombres se orientan hacia el espacio público y el trabajo remunerado, mientras que las mujeres se ocupan principalmente del mantenimiento del bienestar social, el llamado trabajo reproductivo (trabajo en el hogar, cuidados informales de sus miembros y mantenimiento de las redes sociales fundamentalmente).

## 9. DIFERENCIAS EN LA SALUD

A la hora de determinar las diferencias en salud entre hombres y mujeres podemos establecer dos modelos explicativos:

- **Modelos biológicos – genéticos**, en este modelo se enfatiza el papel de la biología y la herencia genética en el comportamiento social de las personas y el comportamiento de su cuerpo siendo en última instancia éstos los que establecen riesgos diferentes de enfermar.

- **Modelos socioculturales**, consideran el género como un elemento indispensable a la hora de explicar las desigualdades en salud entre hombres y mujeres. Estos modelos inciden en la explicación del origen social de las desigualdades entre ambos ya que, bajo esta perspectiva, el contexto socioeconómico y político así como las normas y valores sociales adscritos a cada sexo condicionan las experiencias vitales de las personas y por lo tanto de su salud.

La salud de mujeres y hombres es diferente, la diferencia es motivada por factores biológicos (genéticos, hereditarios y fisiológicos) que harán que tanto la salud como los riesgos para la misma sean diferentes. Así si lo observamos desde la mirada epidemiológica podríamos afirmar que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida pero su calidad de vida es peor si la medimos como desigualdad en la capacidad económica, acceso a la educación, disponibilidad del tiempo, acceso a la alimentación, esta desigualdad en la salud de mujeres y de hombres no puede explicarse por los factores biológicos si no más bien por factores culturales y sociales.

Si lo observáramos desde el punto de vista político, podríamos determinar que la salud de las mujeres, a diferencia de la de los hombres, “hasta hace pocos años era contemplada como un medio para asegurar la salud de la infancia o como una condición necesaria para la reducción de la fertilidad y el control del crecimiento de la población” (Antolin L.1997), posteriormente la salud de la mujer pasó a tener importancia, en cuanto, a su capacidad de producción económica. En la actualidad, se reconoce que la salud de las mujeres es importante en sí misma; que las mujeres tienen necesidades de salud más allá de su condición de madres, reproductoras y trabajadoras.

En los países empobrecidos, la posición de la mujer en la sociedad como personas de segunda categoría, con falta de autonomía, falta de poder de decisión, con infravaloración de su trabajo y su subordinación respecto al hombre, se traduce en desigualdades de género respecto a la salud expresada como pobreza, acceso limitado a los servicios sanitarios de salud, discriminación en la alimentación, embarazos tempranos, violencia, exceso de carga de trabajo y que serán las principales causas de mortalidad y morbilidad femenina (muertes y enfermedades relacionadas con el parto, anemia, malnutrición, mutilación genital, agresiones sexuales, muertes por violencia, etc.)

El hecho de que las diferencias se conviertan en desigualdades es motivado por el sistema de valores que impera en la sociedad, valores creados por los intereses de las diferentes instituciones como el Estado, la iglesia, la empresa, la familia. El sistema sanitario y los profesionales de la salud también viven y transmiten esos valores en el ejercicio de su trabajo, siendo evidente la ausencia de neutralidad de los mismos.

Las cifras de mortalidad maternal en los países empobrecidos, la inaccesibilidad de las medidas de planificación familiar, la inaccesibilidad a los servicios de salud y la violencia hacia las mujeres son quizás los aspectos que obligan a muchos profesionales sanitarios a hacerse

preguntas cuyas contestaciones no las encontrarán en las ciencias biomédicas. La pobreza en la que vive una gran parte de la población mundial, ligado al fundamentalismo religioso hace imposible que las mujeres y hombres puedan tener acceso a métodos eficaces y seguros para controlar la fecundidad.

Tal como indica Arthur Kleinman (Kleinman A., Eisenberg L y Good B., es preciso buscar otras formas de análisis de los problemas actuales, “los mayores problemas de atención de la salud tales como pacientes insatisfechos, inequidad en el acceso a la atención y el espiral de costos no parecen dispuestos a aceptar las soluciones de la biomedicina tradicional. Conceptos derivados de la antropología y la investigación intercultural pueden proveer un marco alternativo para identificar cuestiones que requieren solución”.

## **9.1. LA SALUD DE LOS HOMBRES**

Es un hecho casi universal que en todos los grupos de población las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, pero los hombres padecen a lo largo de su vida menos enfermedades.

La mortalidad masculina supera a la femenina en cualquier edad, incluso en el periodo gestacional y perinatal por lo que de una forma parcial es asociada esta situación a factores genéticos.

En edades adultas la sobremortalidad masculina se explicaría en parte, por una mayor prevalencia de comportamientos de riesgo culturalmente asignados al género masculino: consumo de alcohol y tabaco, accidentes de tráfico, laborales, deportivos.....

Tradicionalmente se ha dicho que las mujeres viven más pero que a su vez tienen más morbilidad. Esta afirmación está en tela de juicio dado que ante un punto de vista homogéneo acerca de las mujeres se ha observado que no todas las mujeres tienen el mismo comportamiento en función de otras variables como son su situación civil, laboral, social, económica, existiendo grupos de mujeres que si tienen una peor calidad de vida.

Los estudios realizados hasta la actualidad han sido estudios relacionales es decir, se estudia la salud del hombre en relación a la salud de la mujer.

Los roles productivos (ocupacional) y los roles reproductivos (familiares) ocupan la mayor parte de la vida de las personas, de tal forma que se ha estudiado que relación tienen estos dos factores en la salud.

## **9.2. LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA CAPV**

(Bacigalupe de la Hera A. y Martín Roncero U. 2006)

Como en el resto de los países desarrollados, los hombres viven menos que las mujeres. Tal como observamos en la tabla 1, la menor esperanza de vida se da tanto al nacer como en edades superiores. La esperanza media de vida de los hombres hace que vivamos 7,1 años menos respecto a las mujeres.

Esperanza de vida (EV) a diferentes edades, por sexo. CAPV, 2002-2004

Edad	Hombres			Mujeres			Diferencia Mujeres-Hombres	
	EV	IC 95%		EV	IC 95%		Absoluta	%
0	77,0	76,9	77,1	84,1	84,0	84,2	7,1	9,2
40	38,4	38,3	38,6	45,0	44,9	45,1	6,7	17,3
65	17,1	17,1	17,2	21,9	21,8	21,9	4,7	27,4
80	7,6	7,5	7,7	9,8	9,7	9,8	2,2	28,5

**TABLA 1** | Fuente: Elaboración propia a partir de datos de informas de mortalidad de 2002 a 2004 (Departamento Sanidad Gobierno Vasco) y datos de población (INE)

Las diferencias de esperanza de vida son consecuencia de un mayor riesgo de mortalidad de los hombres a todas las edades. Esta mayor mortalidad es consecuencia de que los hombres adoptan mayoritariamente hábitos de vida poco saludables y con conductas de mayor riesgo.

Los hombres fumamos y bebemos alcohol más que las mujeres. Tabla 2

Prevalencia de determinados hábitos de la vida relacionados con la salud, por sexo  
% estandarizados por edad. CAPV, 2002

EV	Hombres	mujeres	sign*	sign**
<b>Fumador/a habitual</b>	30,7	21,8	< 0,001	< 0,001
<b>Bebedor/a habitual</b>	59,7	31,1	< 0,001	< 0,001

**TABLA 2** | Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV, 2002

\* Significación ajustada por edad mediante modelos de regresión logística<sup>42</sup>

\*\* Significación ajustada por edad y clase social mediante modelos de regresión logística

La mortalidad por causas externas (principalmente accidentes de tráfico y homicidios) también es mayor en los hombres, siendo en los jóvenes la primera causa de muerte. La mortalidad por causas externas en los hombres entre 15 y 29 años supuso el 70% de las muertes registradas el año 2004. En las mujeres de esa edad fué del 45%. Gráfico 1

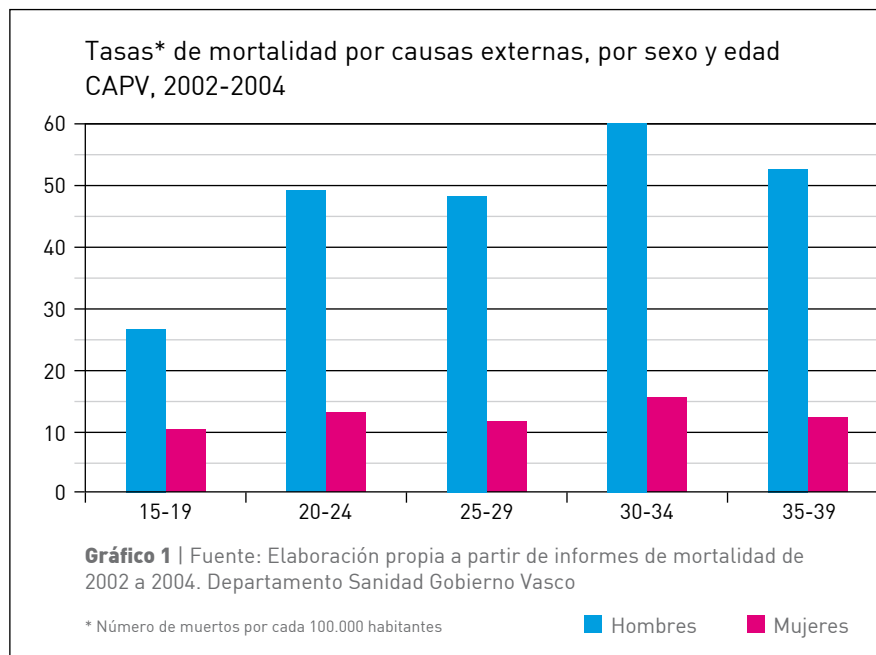
Si repasamos los datos de la Dirección General de Tráfico nos encontramos en sus informes datos y textos como el siguiente: (Dirección General de Tráfico 2005):

Los datos de tráfico indican que en 2005 fallecieron 3.652 personas en carretera (79% hombres), de ellos 2.357 eran conductores del vehículo (91% de los conductores que fueron víctimas mortales eran hombres).

En 2005 se contabilizan 186 conductoras de turismos fallecidas, mientras que en el caso de los varones la cifra asciende a 1.284 muertos (7 veces más). En lo que respecta a ciclomotores, se cuentan 10 mujeres muertas al conducir una de estas máquinas, frente a 142 varones (14 veces más). Si hablamos de conductores de vehículos profesionales (ambulancias, camiones, furgonetas, autobuses) la relación es de 9 a 202 (22 veces más en los varones). En el caso de las motocicletas hay 4 mujeres fallecidas, frente a 326 varones (81 veces más).

## ¿Cómo explicar estas diferencias? (algunas ideas)

- La función de conducir sigue siendo mayoritariamente asignada a los varones (dentro de los hogares y en las empresas).
- La afición masculina por los vehículos peligrosos (motocicletas).
- La segmentación por género del mercado de trabajo (conductor como ocupación masculina).
- El riesgo, la velocidad, el incumplimiento de las normas sociales siguen siendo elementos para demostrar la masculinidad.
- ¿Más ideas?



También es significativo que también somos los que más nos suicidamos o los que más matamos.

Tal como mantienen Amaia Bacigalupe y Unai Martín, las diferencias de mortalidad son en gran parte consecuencia de unos modelos de socialización que transmiten una identidad de género con funciones específicas para hombres y para mujeres. Ello explicaría que el consumo de tabaco, de alcohol así como una mayor y más arriesgada conducción hayan sido comportamientos típicamente masculinos, ya que adoptar conductas de riesgo constituye uno de los elementos que conforman el rol social de los hombres.

En los países desarrollados, los últimos años están cambiando los roles sociales de las mujeres por lo que también está cambiando la desigualdad relacionada con los hábitos de vida, así los patrones de mortalidad de hombres y mujeres van asemejándose, Tabla 3.

Este proceso de homogeneización de roles y su efecto en las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres ha planteado diferentes hipótesis:

- La Hipótesis de la convergencia o hipótesis de la emancipación de la mujer e hipótesis de la reducción de la protección, que afirman que a medida que las mujeres se incorporan al mercado de trabajo y se asemejan sus roles a los de los hombres, éstas adoptan un mayor número de comportamientos de riesgo que reducen las diferencias de mortalidad entre ambos sexos.
- La Hipótesis del ajuste institucional, la progresiva participación de las mujeres en actividades tradicionalmente masculinas incrementa sus comportamientos de riesgo y, por tanto, su mortalidad.

- La Hipótesis de la modernización de los roles de género que mantiene que si bien los roles sociales de las mujeres se han transformado, éstas solo han adoptado aquellos comportamientos compatibles con los aspectos fundamentales de las responsabilidades tradicionales del rol femenino.

Evolución de varios indicadores de mortalidad, por sexo. % de cambio en 2003 respecto a 1991. CAPV

	Hombres	Mujeres
<b>Defunciones</b>	+8,4	+23,4
<b>Tasa de Mortalidad Estandarizada</b>	-21,7	-5,2
<b>Tasa de Mortalidad Infantil</b>	-56,9	-44,5
<b>Esperanza de vida al nacer</b>	+5,5	+2,3
<b>Esperanza de vida a los 40</b>	+6,4	+4,2
<b>Esperanza de vida a los 65</b>	+12,0	+8,2
<b>Esperanza de vida a los 80</b>	+7,4	+7,7

TABLA 3 | Fuente: Arregui y col, 2006

### 9.3. LA VIOLENCIA DE LOS HOMBRES HACIA LAS MUJERES

**“La violencia contra la mujer es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. Mientras continúe, no podremos afirmar que hemos realmente avanzado hacia la igualdad, el desarrollo y la paz.”**

Kofi Annan, Ex Secretario General de las Naciones Unidas

Bonino asevera en diversos artículos (Bonino Méndez L. 2000) “la violencia no es un problema “de” sino un problema “para” las mujeres, siendo en realidad y fundamentalmente, un problema “de” la cultura masculina / patriarcal y “de” los varones”.

La violencia de género, en sus diferentes formas es un atentado a los derechos humanos, posiblemente el más extendido. En los diferentes países, culturas y religiones puede tener diferentes formas de representación, pero es un problema universal y las estadísticas nos dicen que son una conculcación de los derechos humanos con una gran incidencia y gran prevalencia. Más allá de las estadísticas es una causa de gran sufrimiento tanto para mujeres como para niñas y niños.

La violencia de género causa más muertes e incapacidad entre las mujeres de 15 a 44 años que el cáncer, la malaria, los accidentes de trabajo e incluso la guerra (Panos 1998).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

- Entre el 10-50% de mujeres en cada país (dónde existen datos fiables) han experimentado abuso físico de su pareja.

- El 33% de las mujeres entre 16 y 49 años han sido víctimas de acoso sexual.

- En las economías desarrolladas, la violencia de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos en mujeres en edad reproductiva.

Para tratar de establecer el impacto real de los efectos de la agresión sobre la salud individual y sobre la salud pública, Miguel Lorente Acosta (Lorente 2001) ha adoptado un indicador que se basa en la pérdida de los años de vida saludable (AVISA), es decir el número de años que se pierden por una esperanza de vida teórica basada en las características de la población y de la sociedad concreta.

Si este parámetro de AVISAs lo relacionamos con otras patologías o situaciones, nos dará una proporción en relación a cada situación como la siguiente:

- Diabetes: 8,1 %
- Problemas del parto: 7,9 %
- Agresión a la mujer: 6,6 %
- Cardiopatías isquémicas: 5,5 %
- Accidentes de tráfico: 2,2%

La violencia también tiene sus consecuencias sobre los servicios de salud dado que las mujeres maltratadas frecuentan más los servicios de salud que las mujeres no maltratadas: Las víctimas de maltrato presentan más operaciones quirúrgicas, visitas médicas, estancias hospitalarias, visitas a farmacias y consultas de salud mental a lo largo de sus vidas que las no maltratadas. (Drug E y otros, 2003).

La violencia de género también tiene otras formas de impacto social, supone unos costes agregados de atención de salud (OMS / OPS 1998). Así, un estudio realizado en Estados Unidos reveló que la atención ambulatoria para las mujeres con historia de agresión sexual o física costó dos veces y media más que la atención para otras mujeres después de controlar otras variables. A todo ello deberíamos añadir los costes directos por la intervención policial, judicial, o el coste de los servicios sociales.

Siguiendo los estudios realizados por la OMS también debemos incluir los efectos sobre la productividad y el empleo. En una encuesta realizada en Canadá sobre la violencia contra la mujer, el 30% de los incidentes notificados de agresión a las esposas llevaron a distraer tiempo de las actividades regulares y un 50% de las mujeres que fueron lesionadas tomaron licencia por enfermedad de sus trabajos.

#### **9.4. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

Todos los autores y organismos estudiados dan una gran importancia al papel de los profesionales de salud tanto en la prevención como en la detección y tratamiento de la violencia. Su importancia radica en que se conoce que casi la totalidad de las víctimas visitaron a su médico general en el año siguiente a la agresión y además con un incremento de la frecuentación de la consulta del médico. (Koss MP, Koss PG, Woodruff W J.1991)

Hay diversos estudios recogidos por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc. 2003) que sitúan la eficacia de los médicos de familia en la detección de los abusos entre el 10% y el 40% de las mujeres maltratadas que acuden a consulta. En otro estudio realizado en el Hospital Comarcal Costa del Sol de Málaga (Siondones Castillo R., Perea – Milla López E., Arjona Huertas J. L., Agüera Urbano C., Rubio Gallo A., Molina Molina M. 2002) se recoge que más del 70% de los casos de Violencia Doméstica sigue siendo invisible a los ojos de los sanitarios y hasta un 66% de los profesionales no suelen plantearse la violencia como un diagnóstico diferencial más en su actividad diaria.

También hay estudios que revelan que en la mayor parte de los países los médicos y las enfermeras rara vez preguntan a las mujeres si han sido maltratadas y ni siquiera buscan signos obvios de violencia.

Un estudio publicado en el British Medical Journal en 2002 puso de manifiesto que tan solo el 17% de las mujeres que se autodeclaraban víctimas de violencia doméstica eran identificadas como tales por los profesionales sanitarios (Plazaola – Castaño J. Ruiz Pérez I.).

Los estudios realizados con los y las profesionales de salud demuestran en conjunto las siguientes situaciones (Pablo Méndez- Hernández, M. y cols. 2003):

- Existe un desconocimiento generalizado en el personal médico de los procedimientos para la identificación, atención y mecanismos de referencia en los casos de violencia hacia las mujeres, en especial en relación con la violencia por parte de la pareja.

- En ocasiones, aunque el personal médico desea proporcionar algún tipo de atención u orientación a sus pacientes, puede verse atrapado en las limitaciones del propio sistema de salud, (falta de normas, escasa legitimidad social de las intervenciones del personal en este problema de salud y la falta de protocolos de identificación y manejo).

- El personal médico percibe como un problema la responsabilidad legal que implica el registrar los casos de violencia, lo que limita su registro.

- Las características propias de la práctica médica, limitan su intervención en los casos de violencia hacia las mujeres.

- Se ha observado que existen barreras de carácter personal que limitan a los profesionales de la salud. Entre éstas resaltan la incomodidad para abordar la violencia entre sus pacientes, las concepciones sexistas que culpabilizan a las mujeres de la violencia que sufren, y el temor de los médicos (as) de ofender a sus pacientes al preguntar sobre el tema.

Es relevante en este estudio que preguntados tanto médicos como médicas acerca de sus experiencias personales de violencia, el 21% refieren haber sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de su pareja, siendo más frecuente la violencia contra las mujeres. El 16,5% refieren ser autor de violencia hacia su pareja, no existiendo diferencia por sexo.

Si consideramos las opiniones de los profesionales de la salud, en un estudio realizado en la Universidad de Seattle (Sugg NK, Inui T.1992) recogido en la página Web del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Español, se entrevistó a “médicos” de familia, investigando el porqué del miedo a “abrir la caja de Pandora” al preguntar por la existencia de violencia doméstica. Entre las causas más frecuentes se encontraron:

- El 20 % por miedo a lo imprevisible, a la pérdida de control del médico al preguntar sobre la violencia en el hogar.

- 50 % por limitaciones de tiempo, falta de preparación sobre el tema, miedo a ofender a la paciente, sensación de incapacidad y frustración al tratar el tema, no saber como abordarlo o como preguntar.

- 42% por frustración por no poder controlar el comportamiento de la víctima.

- 39% porque se identifican con sus pacientes.

- Algunos profesionales sanitarios plantean problemas de credibilidad a la mujer.

- A veces las mujeres no quieren comunicarlo, por desconfianza hacia los servicios sanitarios.

Hay autores que también aportan otra visión de las razones por las que los profesionales de la salud no preguntan sobre violencia doméstica (Claudia García – Moreno. 2000):

1. Creen que no hay violencia doméstica entre la población de sus pacientes.
2. La paciente está llorosa y no coopera. Incluso esta borracha e intoxicada con otras drogas, lo que hace difícil hacer la anamnesis.
3. Piensan que la mujer provocó o merecía el abuso.
4. Creen que lo que ocurre dentro de casa, en cuanto a violencia doméstica, es un asunto privado.
5. Creen que si ella quiere puede irse.
6. Conocen al agresor y creen que es incapaz del abuso.
7. No sabrían qué hacer si descubrieran un abuso o bien creen que es trabajo de otros profesionales, como los asistentes sociales.
8. Saben que hacer pero creen que no ayudará.

También existe la percepción de que los servicios de salud no están haciendo frente de forma relevante al problema de la violencia de género. Así en un estudio realizado por Mc Cauley, en 1998, sobre mujeres maltratadas, encontró que el 86% de las mujeres habían visto a su médico habitual en el año anterior, pero solo una de cada tres había hablado sobre el maltrato; Bradley, en 2002, encontró que menos de un quinto de las mujeres maltratadas lo habían comentado con su médica o médico; y Richarson, en 2002, también encontró un porcentaje similar (17%) (Blanco Prieto, P. Mendi Zuazo L., 2003).

## 10. PROPUESTAS

La situación del proceso de salud enfermedad y atención descrita en este documento, nos orienta hacia unas estrategias de intervención que en muchas ocasiones deben ser realizadas fuera del mundo de los servicios sanitarios. Así en primer lugar, debiera trabajarse en una línea de intervención educativa dirigida a evitar una educación sexista a toda persona desde el inicio de la educación básica.

Otra actividad educativa consistiría en modificar los planes de estudio de las carreras sanitarias. Así debiera introducirse la formación en antropología médica y la formación en prevención y asistencia de la violencia de género que por otra parte debiera haberse realizado ya cumpliendo la Ley Orgánica contra la violencia doméstica.

Es imprescindible, que se modifique el Plan de Salud, en primer lugar, por imperativo legal (Ley Orgánica contra la violencia domestica) y en segundo lugar, porque así lo recomiendan los datos epidemiológicos. De forma previa a modificar el Plan de Salud, la violencia de género debiera ser recogida en las encuestas de salud al objeto de determinar la incidencia y la prevalencia de tal violencia en nuestro entorno.

Obviamente, también se debiera formar a los actuales profesionales sanitarios a la hora de que sepan como afrontar la prevención y asistencia de la violencia de género haciendo especial hincapié en los trabajadores de Atención Primaria, Servicios de Urgencias, Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Salud Mental.

De una forma más genérica se debiera analizar un proceso de deconstrucción del modelo hegemónico tradicional o biomedicina imperante en la actualidad a la hora de abordar el proceso de salud, enfermedad y atención, dirigido por un lado a poder hacer factible que se puedan articular las esferas física, psíquica y social por parte de los profesionales, poniendo en tela de juicio la actual división entre servicios sociales y sanitarios. Por otro lado, debieran realizarse medidas de promoción de la salud de acuerdo con la concepción del término que se realiza en la Carta de Ottawa, lo que permitiría abordar aspectos tan importantes como la atención a la dependencia o posibilitar la conciliación de la vida familiar y laboral.

# 11. BIBLIOGRAFÍA

- Antolín. Luisa 1997. Cooperación en salud con perspectiva de género. Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad. Ed. FPFE.
- Bacigalupe de la Hera A. y Martín Roncero U. 2006. Desigualdades de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Colección Derechos Humanos "Juan San Martín". ARARTEKO.
- Benno de Keijzer. 2003. El género y el proceso- salud – enfermedad – atención. Género y salud en cifras. Vol.1 nº3 Méjico.
- Blanco P., Ruiz –Jarabo C., Garcia de Vinuesa L., Martin – Garcia M 2004. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gaceta Sanitaria; 18 (Supl1); 182 – 8.
- Blech J. 2005. Los inventores de enfermedades. Ed.: Destino.
- Bonino Méndez L. 2000. Actuaciones sociopolíticas preventivas de la violencia de género. UNAF. Madrid.
- Cazés D..El Feminismo y los hombres. Se puede consultar en: [www.edualter.org/material/masculinidad/feminismo.htm](http://www.edualter.org/material/masculinidad/feminismo.htm). (Fecha de revisión: 23 de abril 2009).
- Dirección General de Tráfico (2005). Accidentes de Circulación con Víctimas. Anuario de 2005. Madrid: DGT. Disponible en línea (consultado 14 de septiembre de 2007): <http://www.dgt.es/estadisticas/estadisticas03.htm>.
- Drug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editores. 2003. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Informe técnico nº 588. Disponible en: <http://www.redfeminista.org/sub/oms.asp> (fecha consulta: 3/V/2007).
- Esteban M. L. 2006. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Revista Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.
- Hernán San Martín. La crisis mundial de la salud: problemas actuales de epidemiología social. Madrid. Ed. Karpos, 1982.
- Kleinman A., Eisenberg L y Good B 1978. Cultura, enfermedad y atención. Lecciones clínicas para la investigación antropológica e intercultural. Arthur Kleinman, Leon Eisenberg y Byron Good. Annals of Internal Medicine.
- Koss MP, Koss PG, Woodruff W J. Deleterious effects of criminal victimization of women´s health and utilization. Arch Intern Med 1991;151:342-347. Referenciado en Violencia Doméstica. Mª del Carmen Alonso.
- Lasheras Lozano Mª Luisa, Pires Alcalde Marisa. Coordinadoras. 2003. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud publica. Documento Técnico de Salud Pública nº 86. Instituto Salud Pública. Comunidad Autónoma de Madrid.
- Maribel Blázquez – Rodríguez 2006. La incorporación de género en la atención sanitaria: Propuesta de una metodología de sensibilización de género. Escuela Nacional de Sanidad. Presentado en el Coloquio Antropología, género y salud (V Coloquio de la red latina de antropología de la medicina).

- Martínez Hernaez A.1992. Eficacia simbólica, eficacia biológica, hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico de la asistencia sanitaria”. Revista ROL de enfermería nº172 Pág. 61-67
- Martínez Hernaez A 1996. En Antropología de la salud. Una aproximación genealógica.. Eds.. Ensayos de antropología cultural. Ed. Ariel
- Michael Kaufman, 1999. Las siete P´s de la violencia de los hombres. Fundación mujeres. Disponible en: <http://libertadeslaicas.org.mx/paginas/infoEspecial/aspsocce/10020105.pdf> (fecha consulta: 23/IV/2007).
- OMS 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la salud, OMS, Ginebra, 1986.
- OMS / OPS 1998. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario.
- Panos 1998. Recogido por Iliana Artiles de León. Salud y Violencia de Género. Disponible en: [http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGéneroCache/Pagina\\_Educacion\\_000386.htm](http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGéneroCache/Pagina_Educacion_000386.htm) (fecha consulta: 3/V/2007).
- Piedrola 1983. Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Capítulo II. Ed. Amaro Ediciones Publicaciones. Madrid.
- Plazaola – Castaño J. Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Medicina Clínica 2004; 122 (12): 461-7.
- Romaní O. (2002). La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. FMC 9 (7) 498-504.
- Ruiz –Jarabo Quemada C. y Blanco Prieto P. 2004. La violencia contra las mujeres. prevención y detección. Como promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Editorial Díaz de Santos.
- Semfyc. 2003 Violencia Doméstica. Pág. 18. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Siondones Castillo R., Perea – Milla López E., Arjona Huertas J. L., Agüera Urbano C., Rubio Gallo A., Molina Molina M. 2002. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias; 14: 224- 232.