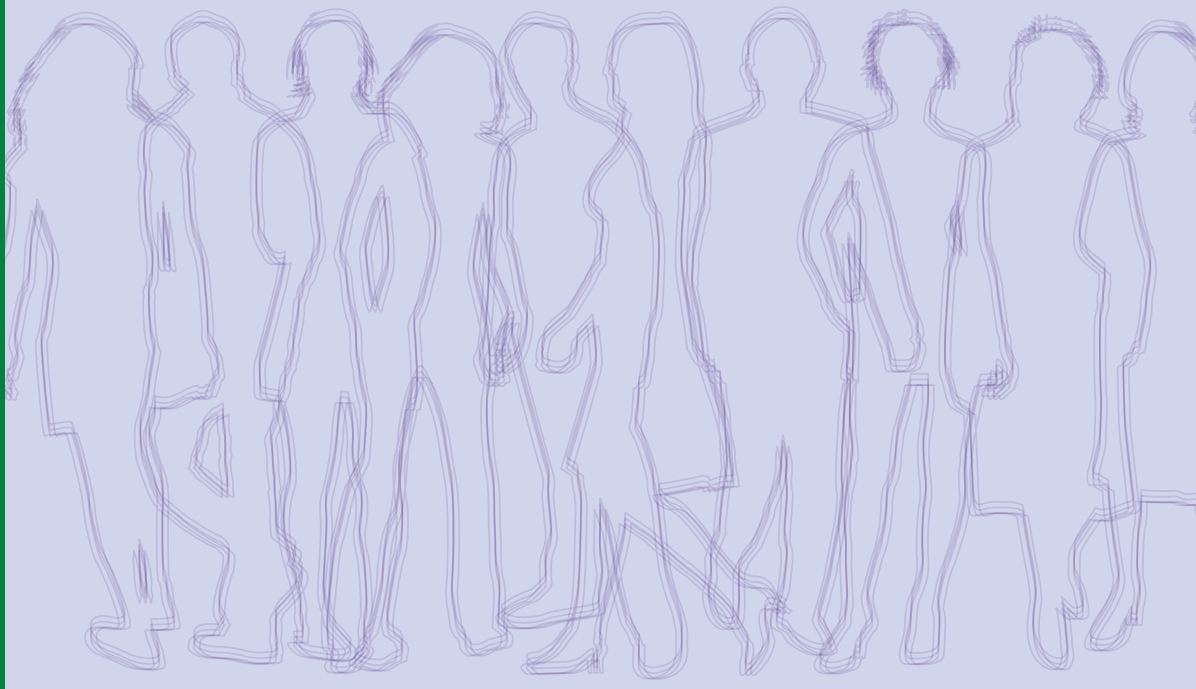
CONSEJERÍA DE SALUD

GUÍA PARA FACILITAR LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PLANES INTEGRALES DE SALUD



JUNTA DE ANDALUCIA

AMO ALFONSO, Mercedes
Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud / autora, Mercedes Amo Alfonso. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2008]
85 p. ; 27 cm
1. Identidad de género 2. Planes y programas de salud 3. Género y salud 4. Andalucía I. Título
HQ 1075

Autora: MERCEDES AMO ALFONSO
Asesora: Mª LUISA LASHERAS LOZANO
Grupo revisor
Carmen Díaz Alfaro
Carmen Domínguez Nogueira
Juan Manuel Espinosa Almendro
Pablo García-Cubillana de la Cruz
Leonor García de Vinuesa Garijo
Begoña Gil Barcenilla
Begoña López Dóriga
Ana Martínez Rubio
Lucía Mazarrasa Alvear
Pilar Mesa Cruz
Covadonga Monte Vázquez
Rafael del Pino López
Manuel Rodríguez Rodríguez
Pilar Segura Cebollada
Juan Miguel Torres Ruiz
Cristina Torró García-Morato
Julián Vaca Pérez
Carmen Zamora Fuentes

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud
Diseño y maquetación: OBEMEDIA S.C.
Imprime: ALP Impresores, S.L.
Depósito Legal: SE-7. 149 – 2008
ISBN: 978-84-691-7409-8

Índice

	PRESENTACIÓN	7
	INTRODUCCIÓN	11
I.	PRIMERA PARTE: GENERALIDADES	14
	1. Los Planes Integrales de Salud	15
	2. La Perspectiva de Género en salud	17
	3. Razones para elaborar esta guía	18
	4. Caracterización de la categoría género utilizada para la elaboración de esta guía	20
	5. ¿A quien se dirige esta guía?	21
	6. Condiciones requeridas para integrar la Perspectiva de Género	22
	7. ¿Qué se pretende conseguir con esta herramienta?	23
	8. Elementos utilizados en la elaboración de esta guía	24
II.	SEGUNDA PARTE: RECOMENDACIONES	26
	1. Recomendaciones generales	28
	2. Equipos de trabajo	30
	3. Redacción	32
	3.1. Lenguaje	32
	3.2. Imágenes y estereotipos	36
	4. Análisis de situación	37
	4.1. Magnitud del problema de salud: Análisis epidemiológico	37
	4.2. Análisis de recursos	40
	4.3. Análisis de expectativas	43
	5. Formulación de objetivos generales	44
	6. Líneas de acción	45
	6.1. Recomendaciones comunes para las líneas de acción	45

	6.2. Comunicación	46
	6.3. Promoción de la salud	47
	6.4. Líneas asistenciales: prevención, detección precoz, asistencia sanitaria, adecuación de recursos	50
	6.5. Participación ciudadana	53
	6.6. Formación	54
	6.7. Investigación	56
	6.8. Sistemas de información y evaluación	58
	6.9. Calidad	59
	7. Bibliografía	60
	8. Autoría, grupos de trabajo y colaboraciones	61
	ANEXOS	62
	1. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género presente en los Planes Integrales	63
	2. Glosario de términos	70
	ABREVIATURAS	76
	DOCUMENTACIÓN CONSULTADA	78

Presentación

Es un placer para mí presentar esta *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud*. He disfrutado mucho con su lectura y creo sinceramente que será de gran utilidad para las personas que sois conscientes de la importancia de tener en cuenta el género en vuestro trabajo.

La perspectiva de género debía formar parte de nuestra capacidad de análisis, pero la sociedad que nos ha tocado vivir se presenta tan precisa en su división de roles y tan fina en el reparto de poder, que la mayor parte de la ciudadanía no ha podido incorporarla sin un esfuerzo consciente.

Todas las personas que identifican la necesidad de hacer este esfuerzo han salido siempre ganando, sea cual sea el rol de género que tengan asignado. Sólo con lograr reconocer que podemos estar construyendo un paradigma equivocado, porque estamos mirando la realidad desde una perspectiva errónea, o bien que podemos construir una realidad mejor teniendo en cuenta una perspectiva hasta ahora no considerada... ya somos más libres y disponemos de mayor poder para el cambio.

El empeño lanzado por el III Plan Andaluz de Salud, de considerar la perspectiva de género de manera transversal en todas las acciones dirigidas a mejorar la salud de la población, está recogiendo sus frutos. Y esta guía es uno de esos frutos. Creo que hemos dado una paso muy importante para lograr la reducción de las desigualdades en salud que, por razón de género, aún existen en nuestra Comunidad Autónoma. Durante la etapa de vigencia de este Plan Andaluz de Salud se han dado grandes pasos para visibilizarlas e identificarlas correctamente. También se ha avanzado en la incorporación de esta situación a la hora de planificar actuaciones. Espero que en un plazo no muy largo podamos ir recogiendo resultados favorables.

Esta guía refleja mucho de lo que hemos aprendido y puesto en marcha en este periodo y avanza numerosas e importantes consideraciones a tener en cuenta de cara a la planificación en todos los niveles de la sociedad. Porque, aunque se refiere fundamentalmente al nivel de planificación estratégica (como corresponde a los planes integrales del Sistema Sanitario Público de Andalucía), su contenido es aplicable a cualquier ejercicio de planificación.

Felicito a Mercedes, autora de esta guía, por el trabajo realizado, pero muy especialmente la felicito por la capacidad que ha tenido de aunar voluntades para que la perspectiva de género sea una realidad en los Planes Integrales de Salud desde que ella está ejerciendo la labor de soporte para su elaboración.

Deseo que os sea grata la consulta a esta guía y, aún más, deseo que os sea fácil su puesta en práctica, porque seguro que ganaremos en salud.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Salud Pública y Participación
«...en nombre de todas las mujeres y todos los hombres que trabajan por la igualdad»

Introducción

A partir de la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Pekín (1995), la OMS ha situado la reducción de las desigualdades por razón de género, en general, y de las desigualdades de género en salud, en particular, entre sus prioridades, instando a los gobiernos para que tomen las medidas necesarias para abordarlas. A partir de esa fecha, muchos de sus Estados Miembros, entre ellos España, han firmado acuerdos internacionales que reconocen el género como determinante de la salud.

Entre dichos acuerdos figura la Declaración de Madrid (firmada por 28 países europeos, durante la celebración, el 14 de septiembre del año 2001, de un *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de Salud en Europa*). En ella se reconoce la necesidad de avanzar en los compromisos internacionales y en su implementación, a partir de las siguientes premisas:

- Mujeres y hombres tienen el mismo derecho al desarrollo de su salud. Pero, para conseguir los mejores niveles de salud, es necesario que las políticas sanitarias reconozcan que mujeres y hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes.

- El género es uno de los determinantes de un estado de salud equitativo. Los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres. El género interactúa con las diferencias biológicas y los factores sociales. Las mujeres y los hombres desempeñan roles diferentes en contextos sociales diferentes. Estos roles son valorados de manera diferente y los asociados con los hombres son generalmente valorados más positivamente. Esto afecta a la situación en la que las mujeres y los hombres acceden y controlan los recursos, y afecta también al desarrollo del proceso personal y necesario de toma de decisiones para proteger la propia salud; de esta manera se producen situaciones no equitativas en los patrones de riesgo para la salud, en la utilización de los servicios sanitarios y en los resultados de salud.

A este respecto, la Consejería de Salud de Andalucía, ha adquirido el compromiso explícito de avanzar en ese camino de la equidad, al introducir la perspectiva de género como eje transversal de todas las estrategias de salud que se pongan en marcha, entre ellas, los Planes Integrales. Y este documento pretende ser una herramienta de ayuda para facilitar la consecución de este objetivo.

Para la elaboración de esta guía se ha partido del análisis de diferentes documentos, de los que se han recogido determinadas recomendaciones, y adaptado o reformulado otras. Así mismo, se han incorporado elementos provenientes de la experiencia acumulada en varios años de desarrollo de Planes Integrales. En ningún momento pretende ser exhaustiva, sino introductoria, a la vez que servir de apoyo para quienes trabajan y colaboran en la elaboración y desarrollo de estas estrategias de salud.

En la primera parte del documento, se hace un repaso de algunas cuestiones conceptuales básicas relacionadas con qué son los propios Planes Integrales, el por qué de la necesidad y en qué consiste la incorporación del enfoque de género al ámbito de la salud, las características del modelo de género que se ha utilizado para abordar este proyecto y los requerimientos que se precisan para poder llevarlo a cabo.

La segunda parte incorpora, desde una perspectiva práctica, una serie de propuestas y recomendaciones (algunas de carácter general y otras más específicas), que pueden resultar de utilidad para introducir la perspectiva de género en las distintas partes de que constan los Planes Integrales, tanto en el análisis de situación, como en las líneas de acción que estos proponen.

De acuerdo a esas recomendaciones, se ha añadido a continuación un listado de comprobación rápida de la sensibilidad de género presente en los Planes Integrales que, igualmente, puede utilizarse como guión de trabajo a la hora de programar su elaboración.

Y, por fin, se presenta un glosario para facilitar una mejor comprensión de la terminología empleada y una bibliografía que puede ser consultada por todas las personas interesadas en ampliar la información.

Anexo

Primera parte: generalidades

1. Los Planes Integrales de Salud

Los Planes Integrales (PPII) nacen de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003), que, en su Capítulo 7 ("de los Planes Integrales"), prevé su elaboración para abordar las "patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación"[1].

Siguiendo estas directrices, el III Plan Andaluz de Salud (III PAS)[2], instrumento director de la política sanitaria en Andalucía actualmente en vigor (un resumen del mismo se puede ver en la tabla 1), en su primera meta, especifica que "para dar respuesta a la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad, se desarrollarán PPII de actuación que mejoren la efectividad y la coherencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)", priorizando estas actuaciones frente a los problemas de salud considerados más relevantes.

En Andalucía, hasta la fecha se han elaborado e implantado 7 PPII (algunos de los cuales ya están en su segunda edición), que abordan los siguientes problemas de salud: Oncología[3,4], Salud Mental[5], Diabetes[6], Cardiopatías[7], Tabaquismo[8], Accidentabilidad[9] y Obesidad Infantil[10]. Todos ellos están accesibles en la página Web de la Consejería de Salud: http://www.juntadeandalucia.es/salud

Tal y como se conciben en Andalucía, los PPII plantean una metodología de abordaje de determinados problemas de salud, a través de estrategias globales que, con criterios de equidad, calidad y eficiencia, integran las intervenciones más adecuadas sobre todos aquellos aspectos de importancia en el manejo de dichos problemas, desde sus aspectos preventivos y asistenciales hasta aquellos relacionados con la formación y la investigación, la comunicación, los sistemas de información u otros que se pudieran considerar de interés[2-10]. Este planteamiento está en concordancia con el que presentan (aunque con diversa denominación) instrumentos similares formulados en otras Comunidades Autónomas y en otros países de nuestro entorno.[11,12,13,14,15,16]

Como puede verse en la tabla 1, reducir las desigualdades en salud es una de las metas que plantea el III PAS, a la vez que considera el enfoque de género como uno de sus ejes transversales. Esto traduce la existencia de una voluntad política en Andalucía, concordante con las prioridades existentes, tanto a nivel nacional como internacional, a partir de la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Pekín-Beijing, 1995)[17]. Desde entonces el

mainstreaming o enfoque integrado de género[18] ha pasado a ser una de las prioridades de la agenda europea[a], constituyéndose como el instrumento para la obtención de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en las sociedades actuales[19,20,21].

Tabla 1. ESTRUCTURA DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD (III PAS)

4 METAS	10 LINEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN
1. Mejorar la salud de la población 2. Reducir las desigualdades ante la salud 3. Atención centrada en la ciudadanía 4. Impulsar cambios a través del progreso científico	1. Desarrollar un modelo integrado de salud pública 2. Fomento de hábitos de vida saludables 3. Proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud 4. Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes Integrales 5. Reducir las desigualdades 6. Participación efectiva de la población 7. Nuevas tecnologías 8. Desarrollo de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación 9. Investigación en salud y servicios sanitarios 10. Avances científicos del genoma humano
6 EJES TRANSVERSALES	
1. Intersectorialidad 2. Participación 3. Acción local 4. Educación para la salud 5. Enfoque de género 6. Orientación de servicios	

a Esto se refleja en la abundante normativa comunitaria existente: Tratado de Ámsterdam (1997), Reglamentos de los Fondos Estructurales (Comisión Europea 1999) y diversas Directivas, Recomendaciones, Decisiones, Resoluciones, Programas de Acción Comunitaria para la igualdad de mujeres y hombres.

2. La Perspectiva de Género en salud

Frente a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres (englobadas en el término sexo), el término género alude a la condición social que establece las pautas de comportamiento y actitudes consideradas como apropiadas y diferentes para unas y otros. Estas pautas son aprendidas (a través del proceso de socialización), cambian con el tiempo y el contexto histórico y presentan grandes variaciones, tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura[22].

Sabemos que esas diferencias (biológicas, sexuales, culturales y sociales) entre hombres y mujeres tienen implicaciones en su salud y, por tanto, también en sus necesidades de intervención sanitaria y social[22,23,24,25].

Introducir la perspectiva de género en el análisis de la salud supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente[22,26]. Cuando esos factores sociales actúan de manera injusta en la salud de las personas, las diferencias se convierten en desigualdades, puesto que, en su génesis se encuentran unas relaciones de poder desigual entre mujeres y hombres, establecidas en un contexto sociocultural jerarquizado donde lo masculino tiene mayor valor. Tales desigualdades corresponden a lo que la OMS denomina inequidades, atribuyéndoles así una dimensión moral y ética, al ser innecesarias, evitables e injustas y que, por tanto, no deben ser toleradas[27,28,29,30,31].

La perspectiva de género implica, por tanto, la búsqueda de la equidad en salud entre mujeres y hombres, entendiendo como tal, que ellas y ellos tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud[21,29,32]. Desde un punto de vista más operativo, la equidad en salud implica eliminar esas desigualdades socialmente construidas que son evitables y suprimir también los factores que las determinan[27].

3. Razones para elaborar esta guía

1. Facilitar el cumplimiento de la normativa nacional y autonómica y el desarrollo de los compromisos del III PAS.

La aprobación, en marzo de 2007, de la Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres[33] supuso un avance, tanto en la prevención de conductas discriminatorias, como en la previsión de políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad en los distintos ámbitos de la vida, incluido el de la salud (artículo 27). De acuerdo al texto de la ley, *"las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente"*. Este planteamiento enlaza con lo expresado en el III PAS[2] y supone, por tanto, la necesidad de incorporar la perspectiva de género a todas las estrategias de salud que se pongan en marcha, entre ellas, los PPII.

Así mismo, el desarrollo de este instrumento contribuye a dar respuesta al compromiso expresado en el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía[34], que formula la necesidad de unificar la metodología de elaboración de los PPII, asegurando la inclusión de los elementos necesarios para alcanzar las metas y prioridades previstas en el III PAS, entre ellas, introducir la perspectiva de género para ayudar a alcanzar la equidad en salud, así como contribuir a disminuir o eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres.

2. Falta de percepción sanitaria y social en cuanto a que existen situaciones de partida desiguales entre hombres y mujeres.

El hecho de que exista un cuerpo normativo que garantiza la no discriminación por razón de sexo, así como la inexistencia de criterios discriminatorios en el acceso a los recursos y servicios o de prohibición expresa a la participación de las mujeres, ha hecho que se perciba la igualdad como una realidad y, por tanto, no se vea la necesidad de realizar análisis e intervenciones en salud diferenciales. Esto se traduce, muchas veces, en un tratamiento *imparcial* (o idéntico) a los problemas de salud y a la asistencia que se presta a las mujeres y los hombres.

En cambio, en pocas ocasiones se tienen en cuenta las consecuencias de la jerarquización de las funciones derivadas de los roles de género asignados. Por esta razón se producen situaciones de desigualdad que pueden llevar a distinta probabilidad y modo de enfermar, a demandas diferenciadas (por ejemplo, es frecuente que las mujeres soliciten más infraestructuras de cuidados, mientras los hombres lo hacen de espacios

de ocio) y a distinto aprovechamiento de los recursos ofertados (mayor utilización de servicios públicos por parte de las mujeres, tradicionalmente más empobrecidas). Y esto debe de ser considerado a la hora de elaborar cualquier política, plan, programa o proyecto.

3. Percepción profesional bastante generalizada en cuanto a que la mayoría de las actuaciones sanitarias son neutras al género.

Existe, entre los diversos colectivos profesionales de la salud, la falsa percepción de que el trabajo técnico, sanitario o de gestión, la adecuación de recursos, las oportunidades de formación, etc. son neutros al género. Esto tiene que ver, en muchos casos, con la consideración de que las actuaciones sanitarias (y las políticas de salud) están dirigidas a los problemas de salud o las enfermedades y a los recursos, en lugar de considerar que son las personas las que se sitúan en el centro de las intervenciones. Así, es fácil pensar que si se invierte en mejoras de los centros sanitarios, o se diseñan protocolos de actuación ante determinados problemas de salud, o se investiga una nueva tecnología sanitaria, esto va a repercutir por igual en todas las personas, sin que se prevean impactos diferenciales entre sexos.

En cambio, la realidad es que todas las intervenciones recaen finalmente en las personas, con diferentes demandas y necesidades de salud, con diferente perfil de utilización de servicios, con diferente posibilidad de acceso a un recurso... es decir, con diferente posición de partida.

Por tanto, frente a las acciones *"ciegas"* al género (que no modifican la situación de desequilibrio o desigualdad de partida, perpetuando o incluso aumentando las desigualdades), tomar en cuenta la perspectiva de género supone situar a las personas en el centro de las intervenciones, visibilizando a mujeres y hombres (de forma que pueden identificarse los desequilibrios existentes) y permitiendo desarrollar acciones que contribuyan a disminuir desigualdades y mejorar la eficiencia de los recursos.

4. Carencia de herramientas metodológicas adaptadas al contexto de los PPII.

Analizando la sensibilidad de género (SG) presente en los PPII vigentes en Andalucía[35], se pudo detectar la necesidad de mejorar la incorporación efectiva de dicha SG. Para conseguirlo, además de impulsar la sensibilización y formación de las y los profesionales que trabajan en su elaboración, implantación y seguimiento, se considera de utilidad poder dotar a estos colectivos de herramientas metodológicas prácticas y adaptadas al contexto y la estructura de los PPII.

4. Caracterización de la categoría género utilizada para la elaboración de esta guía

Para la realización de este trabajo, se ha partido de un modelo que conceptualiza el género con las siguientes características:

- Es relacional[36,37,38]: entendiendo que esto aporta una visión más social, en la que se incorporan los dos sexos, no aisladamente, sino en función de las relaciones que se construyen entre ambos.

- Incorpora el elemento biológico: el énfasis en lo social que incorpora el género como categoría relacional no implica la exclusión del elemento biológico, sino que examina las interacciones entre ambos factores, puesto que de ello derivan situaciones de desventaja o de ventaja relativa para uno de los sexos. Esto, en el ámbito de la salud, puede llevar, por un lado, a distinta probabilidad de mantener la salud o de enfermar y, por otro, a la producción de inequidades en la distribución de recursos y de responsabilidades[27,36].

- Es jerárquica[27,36,37,39], tendiendo a atribuir mayor valor a lo masculino, por lo que, en la mayoría de los casos, son las mujeres las que quedan en una situación de desventaja. Esto justifica la adopción de una perspectiva que, lejos de ser neutral, requiere de la adopción de acciones positivas encaminadas a acelerar la consecución de la igualdad y la equidad.

- Es contextualmente específica[31,36], lo que obliga a reconocer la existencia de variaciones en las relaciones de género de acuerdo a diversos factores, como son la clase social, la etnia o la cultura, entre otros[37]. De ahí la importancia de incorporar la perspectiva de la diversidad, tanto en el análisis y caracterización de los problemas de salud, como en la propuesta de estrategias para su abordaje[21,28,29,36,40]. Además, es cambiante a través del tiempo[38] y, por tanto, también susceptible de cambios por medio de intervenciones.

- Es institucionalmente estructural: es decir, se refiere, además de a las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, a un sistema social androcéntrico, que se apoya en valores, cultura, legislación, organización, etc.[38]

Esta perspectiva es acorde con la que se promueve desde la OPS y OMS para su incorporación a los proyectos que se lleven a cabo en el sector de la salud[38].

5. ¿A quien se dirige esta guía?

Para llevar a cabo la integración de la dimensión de género en cualquier estrategia de salud, desde la OMS se recomienda incorporar la línea metodológica del *mainstreaming*[b] de género[18].

La utilización de esta estrategia implica, por un lado, la necesidad de identificar la pertinencia de género[c] en las actuaciones cotidianas de la administración[41].

Por otro lado, la propia metodología del *mainstreaming* especifica que, para hacer efectiva la incorporación de la perspectiva de género en el diseño y planificación de planes y programas de salud pública, ésta ha de realizarse a todos los niveles y en todas las etapas del proceso e involucrando a todos los colectivos implicados en cualquiera de las fases del desarrollo de la planificación: personal técnico, personal de gestión y dirección, profesionales de la salud o de cualquier otro ámbito relacionado, así como los propios colectivos afectados y la ciudadanía en general, como población receptora de las medidas que se pretenden poner en marcha[18,21,28,31,41,42].

Por tanto, esta herramienta está dirigida a todas las personas que trabajan en el diseño o desarrollo de los Planes Integrales, tanto en su fase de elaboración, como de implantación y evaluación.

Y es que aplicar el enfoque integrado de género implica poner en marcha un cambio cultural que va a afectar, no solo a los procedimientos de trabajo y a las actuaciones a desarrollar a nivel interno en la organización, sino también a la relación de ésta con la ciudadanía y a la comunidad en su conjunto, en cuanto que supone introducir cambios en el sistema de relaciones de poder establecidas[18,43].

b Término anglosajón que se utiliza para definir la integración de la igualdad de oportunidades en todos los procesos y etapas de la intervención (Ver GLOSARIO de términos).
c Este término hace referencia a la necesidad de la aplicación del enfoque de género en una intervención o actuación.

6. Condiciones requeridas para integrar la Perspectiva de Género

Para hacer efectivo el principio de incorporación de igualdad de oportunidades, también en el ámbito de la salud, además de la necesidad de un compromiso explícito firme que garantice su aplicación a nivel político y organizacional[18,28,30,32] (que, como ya se ha reseñado, en el ámbito de la salud en Andalucía se contempla en el III PAS), se requiere disponer de los recursos y medios necesarios para poder llevarlo a cabo[21,30,32,43]. A este respecto hay que señalar que la aprobación de un Plan Integral conlleva el compromiso de aportación de recursos para el desarrollo de sus líneas de acción.

Otra condición necesaria para incorporar la perspectiva de género (PG) es la existencia de concienciación sobre su necesidad de aplicación y formación para realizarla[21,32,41,43]. Para ello es preciso partir de procesos de sensibilización que visibilicen la persistencia de desequilibrios de género y posibiliten el compromiso profesional (individual y colectivamente, cada cual desde su ámbito de desempeño) con la equidad de género[21,27].

Si bien, disponer de una herramienta como la presente no garantiza la sensibilización y el compromiso profesional, el hecho de incorporar en los PPII medidas para fomentar la participación de las mujeres en todos los niveles de su desarrollo, puede ser un elemento facilitador para que eso ocurra[35]. Igualmente, proponer estrategias formativas para las personas implicadas en su elaboración y desarrollo (como vía para conseguir la sensibilización, motivación, capacitación y compromiso de todas las personas implicadas), así como incluir la formación en género en los planes de formación que los Planes Integrales proponen y desarrollan, puede ser un elemento que favorezca la consecución de dicho objetivo[35].

7. ¿Qué se pretende conseguir con esta herramienta?

Con la elaboración de este documento se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

1. Objetivo principal:

- Dotar a profesionales y personas implicadas en la elaboración y desarrollo de los Planes Integrales de una herramienta de apoyo, que facilite la incorporación de la perspectiva de género, de forma transversal, a estas estrategias de salud.

2. Objetivos específicos:

- Facilitar un instrumento que sirva de ayuda para identificar carencias y detectar oportunidades de mejora en los Planes Integrales, desde la perspectiva de género.

- Proponer recomendaciones concretas, adaptadas a cada una de las partes de que constan los Planes Integrales, que sirvan de guía para introducir la perspectiva de género, tanto en el análisis de situación, como en las líneas de acción que estos proponen.

8. Elementos utilizados en la elaboración de esta guía

Para la elaboración de las propuestas que incorpora esta guía se han utilizado los siguientes elementos:

- Búsqueda documental sobre los componentes que deben de estar presentes en cada apartado de los PPII y los criterios a considerar para incorporar el enfoque de género a los documentos estratégicos y a los planes y programas de salud. Entre toda la literatura localizada, se han priorizado, para su revisión en profundidad, los documentos procedentes de instituciones u organismos nacionales e internacionales de solvencia y credibilidad en materia de género y desigualdades, en los que se apreciaba un manejo del concepto de género acorde con el modelo planteado en este trabajo. La procedencia de la documentación básica más utilizada se resume en la tabla 2.

- Análisis preliminar de la sensibilidad de género presente en los PPII vigentes en Andalucía hasta la fecha, para conocer el punto de partida y determinar oportunidades de mejora[35].

- Elaboración, a partir de los dos elementos anteriores, de un documento base, con una primera serie de propuestas y recomendaciones, para su discusión y validación. Las recomendaciones incluidas se elaboraron a partir de aquellas que se identificaron como comunes en varios documentos o que eran ampliamente reconocidas en distintos ámbitos relacionados con el *mainstreaming* de género y que se adaptaban mejor al formato y necesidades detectadas en la fase previa de análisis de los Planes Integrales.

- Redacción del documento definitivo, a partir del documento base elaborado en la etapa anterior. Para ello, las propuestas han sido revisadas, analizadas y debatidas por un grupo de profesionales con responsabilidad en la elaboración e implantación de los PPII y por profesionales con formación y experiencia en temas de género y salud.

Tabla 2: PROCEDENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN BÁSICA MÁS UTILIZADA EN LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO

- ONU: http://www.un.org/spanish/esa/progareas/women.html
  http://www.un.org/womenwatch/osagi/gendermainstreaming.htm
  http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/
- Comisión Europea: http://ec.europa.eu/index_es.htm
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL): http://www.cepal.org/
- UNECE (United Nations Economic Commission for Europe): http://www.unece.org/stats/gender/welcome1.htm
- Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/
- Liverpool School of Tropical Medicine (Gender and Health Group) http://www.liv.ac.uk/lstm/research/groups/gender_health.htm

---

- Unidad de Igualdad y Género (Instituto Andaluz de la Mujer; Junta de Andalucía): http://www.unidadgenero.com/
- Instituto de la Mujer: http://www.mtas.es/mujer/
- Direcciones Generales de la Mujer de diversas Comunidades Autónomas, especialmente:
  - Instituto Andaluz de la Mujer: http://www.juntadeandalucia.es/iam/
  - Instituto Vasco de la Mujer: http://www.emakunde.es/
- Escuela Andaluza de Salud Pública (Grupo de Género y Salud Pública): http://www.easp.es/sespas/
- Escuela Nacional de Sanidad: http://www.isciii.es/htdocs/centros/ens/ens_presentacion.jsp
- SESPAS. Grupo de Género y Salud Pública: http://genero.sespas.es/
- Artículos publicados en Gaceta Sanitaria: http://wwwscielo.isciii.es/scielo.php/script_sci_serial/lng_es/pid_0213-9111/nrm_iso

segunda parte

Segunda parte: recomendaciones

Se resumen, a continuación, una serie de recomendaciones que, tras el análisis pormenorizado de la sensibilidad de género presente en los PPII de Salud vigentes y la revisión detallada de la documentación recopilada, consideramos que pueden ser de utilidad para facilitar la incorporación de la perspectiva de género a estas estrategias de salud.

Entre las propuestas se incluyen, además de recomendaciones de carácter general, otras mas específicas, adaptadas para su consideración en cada una de las partes o etapas del desarrollo de los PPII.

Estas propuestas se han ido ordenando, para mayor operatividad, siguiendo la estructura general de los documentos de los Planes. Hasta ahora, todos ellos han mantenido una estructura muy similar [3-10]: tras una introducción, se refleja el análisis de situación del problema de salud abordado (incluyendo análisis epidemiológico, análisis de recursos y expectativas de la población), a partir del cual se formulan los objetivos generales del Plan y se plantean las líneas de acción o estrategias de actuación para conseguir dichos objetivos. Esta misma lógica será la que sirva de guía para ordenar las propuestas que, seguidamente, se presentan.

1. Recomendaciones generales

Tener en cuenta que las recomendaciones deben desplegarse de forma transversal, desde el inicio del proceso y a lo largo de todo su desarrollo[18,38,42,44,45].

- Involucrar a todos los colectivos implicados y en todos los niveles: gestión y decisión, personal técnico, todos los perfiles profesionales (tanto asistenciales como de otros ámbitos relacionados con el desarrollo de las medidas propuestas por los Planes) y todos los grupos destinatarios (colectivos de personas afectadas, familiares, usuarios y usuarias del Sistema Sanitario, profesionales y ciudadanía en general)[18,31,30,44,45].

- Contar con profesionales con formación y sensibilización en género en todas las etapas de su desarrollo[18,27,30,44].

- Si en alguna parte del documento se exponen los valores o principios que van a regir todo el proyecto, no dejar de formular la reducción de desigualdades, y específicamente las de género, entre dichos principios rectores (principio de equidad).

- Partir de la premisa de que ninguna acción es neutra. Las líneas de acción propuestas van a tener repercusiones diferentes en ambos sexos, aumentando, disminuyendo o perpetuando las desigualdades[29,31,41]. Así, por ejemplo, reducir los tiempos de demora en la atención urgente a un dolor torácico marcando un tiempo máximo, redundará en una atención mas precoz a las mujeres, mientras que no tener en cuenta la perspectiva de género en el contenido o las imágenes a transmitir en una campaña sobre el cuidado de las personas dependientes, perpetuará roles tradicionales y aumentará desigualdades[44].

- Dado que la salud viene determinada por diferentes factores, muchos de los cuales se encuentran en ámbitos diferentes al sanitario (educación, transporte, urbanismo, agricultura…), las medidas que se propongan desde los PPII han de tener en cuenta el abordaje intersectorial. Y la búsqueda de la equidad de género ha de ser transversal, también en las acciones intersectoriales que se recojan[21,24,32].

- Prever la realización de informes de impacto de género, estableciendo, desde el inicio del diseño, indicadores adecuados para su realización[18,19,27,44,45,46,46]. Ya se ha señalado que la aplicación de acciones iguales sobre grupos con desiguales situaciones de partida, hace que los efectos sobre cada uno (en este caso mujeres y hombres) sean igualmente diferentes. Y esto debe de ser conocido y medido[46].

Para su elaboración, se puede recurrir a diversos instrumentos y herramientas ya editadas con este fin[46,47,48] y, en general, disponibles en Internet[d].

- Una vez que se tiene redactado el borrador del documento, en la fase de validación externa[e], sería recomendable remitirlo a personas o instituciones con conocimiento y experiencia en género para su revisión y propuesta de aportaciones[49].

- Recordar que, en Andalucía, se cuenta con una Unidad de Género (http://www.unidadgenero.com/) dependiente del Instituto Andaluz de la Mujer, a la que se puede recurrir para solicitar aportaciones, formación específica y asesoramiento y que puede monitorizar grupos de discusión y foros de debate[18,49].

- A lo largo de su vigencia, durante el desarrollo de los PPII, se van generando grupos de trabajo permanentes encargados de desarrollar alguna de las líneas prioritarias que han sido formuladas. Podría ser útil configurar grupos estables, para impulsar la incorporación de la PG (de forma transversal) durante la implantación y seguimiento.

d Es especialmente recomendable la guía elaborada por el Instituto de la Mujer[46], cuya estructura responde al objetivo de ofrecer una herramienta ágil y clara que sirva de referencia para la elaboración de este tipo de informes. Se encuentra disponible en http://www.mtas.es/Mujer/publicaciones/docs/Guia%20impacto_%202007.pdf.

e Antes de su aprobación definitiva, los borradores de los PPII son remitidos para que su valoración por las distintas instituciones, entidades y organismos que puedan tener relación con el desarrollo de las medidas que proponen (asociaciones ciudadanas, sociedades científicas, diversas instituciones de sectores extrasinatarios, entidades locales, etc.) Sólo cuando se consigue el consenso social, los PPII son elevados para su aprobación definitiva.

2. Equipos de trabajo

A la hora de configurar el o los grupos de trabajo que vayan a participar en la elaboración un Plan Integral se recomienda:

- Asegurar la participación, en igualdad de condiciones, de hombres y mujeres[45] de todos los perfiles profesionales y todos los estamentos cuya presencia se considere necesaria, por tener implicación en la implantación y desarrollo de las medidas que un determinado Plan proponga[18,28,30,44].

- Prever medidas organizativas (frecuencia y horario de las reuniones, metodología de trabajo, etc.) que faciliten por igual la participación de unas y de otros y que permitan una conciliación real con la vida personal y familiar de ambos. Por ejemplo: concertar las reuniones presenciales dentro del horario laboral, fomentar el trabajo y el intercambio de información a través de Internet y correo electrónico, etc.

- Asegurar, así mismo, la participación activa en los grupos de trabajo de los colectivos destinatarios involucrados (asociaciones de pacientes y familiares fundamentalmente)[f]. Analizar aquellas circunstancias que podrían impedir la participación de los colectivos de mujeres en igualdad de condiciones y establecer acciones positivas para corregirlas[18,28,30,36,44].

- Procurar una participación equilibrada de hombres y mujeres[18,45]: Conseguir equipos de trabajo que tiendan a la paridad, con amplia representación femenina[g]. En el análisis de la sensibilidad de género presente en las primeras ediciones de los PPII de Andalucía se pudo comprobar como los grupos con amplia representación de mujeres redactaban Planes con mayor puntuación en cuanto a dicha sensibilidad de género[35].

- Asegurar la inclusión de personas/profesionales con formación en género[18,32]. Considerar la formación en género como uno de los perfiles a tener en cuenta a la hora de seleccionar a las personas participantes.

- Procurar que la persona encargada de coordinar los grupos y liderar el proyecto tenga formación especifica en género. De no ser así, asegurar, cuanto menos,

f La participación ciudadana en la elaboración de PPII desde sus primeras fases ya ha sido introducida a partir del año 2007, con la incorporación de pacientes y familiares a los diversos grupos de trabajo constituidos para formular las propuestas a incorporar en las segundas ediciones de los Planes Integrales de Salud Mental y de Diabetes.

g Todo ello de forma complementaria al requisito legal establecido por el artículo 140 de la Ley por la que se aprueban Medidas Fiscales y Administrativas para 2004. Boja num. 251 de 31 de diciembre de 2003, en cuanto a la composición paritaria de los órganos consultivos y de asesoramiento de la Administración de la Junta de Andalucía.

que sea sensible a las cuestiones de género[18]. Valorar la posibilidad de facilitar su participación en alguna actividad formativa.

- Adiestrar a la totalidad de participantes del proyecto, y desde el principio, sobre los elementos que deben estar presentes en todos los análisis y propuestas que los planes efectúen, entre ellas, la sensibilidad de género (entendiendo por tal, el grado en que los PPII han de tener en cuenta la existencia del género como categoría de relación que puede ser fuente de desigualdades y desarrollan acciones para aminorarlas[23]). Con este propósito, sería interesante realizar alguna acción formativa (tipo taller, por ejemplo) al inicio del proyecto, una vez constituidos los grupos y previamente a que se inicien los trabajos[49].

- Garantizar la inclusión de, al menos, una persona con capacitación en género suficiente, en el *comité editor* encargado de la redacción final del documento[35].

- Suministrar, entre la bibliografía relevante recomendada, documentación clave seleccionada con perspectiva de género a la totalidad de integrantes de los grupos[35].

- Facilitar herramientas metodológicas de apoyo (como la que presenta este documento) a las personas integrantes de los grupos.

3. Redacción

3.1. Lenguaje:

Se dice que el lenguaje refleja el pensamiento y lo estructura[50]. Los estereotipos lingüísticos en los que prima lo masculino obstaculizan la igualdad y perpetúan la invisibilidad de las mujeres[50]. Por ello, consideramos fundamental tener en cuenta una serie de recomendaciones generales a la hora de redactar los documentos, lo que, además, se encuentra respaldado normativamente, también en la Junta de Andalucía[h].

Pero, mas allá de los requisitos legales o reglamentarios existentes, la redacción de los Planes Integrales (y de cualquier otro documento, anuncio o material que se produzca emanado de ellos o cualquier elemento de comunicación interna o externa) debe dotarse de un "código" interno de funcionamiento, que cuide tanto el uso del lenguaje escrito (y que ha de hacerse extensivo al discurso hablado), como las imágenes y los modelos que se utilicen[45].

Las principales recomendaciones que consideramos que deben ser tenidas en cuenta son las siguientes[51,52,53,54,55,56,57,58,59]:

- Evitar el sexismo lingüístico: esto se refiere al uso discriminatorio del lenguaje que se hace por razón de sexo y que muchas veces presenta una imagen descalificadora y desvalorizadora de las mujeres (frecuentemente basada en tópicos y estereotipos), que se debe evitar. El sexismo no está en la lengua en sí misma, sino en los usos que se hacen de ella. Por tanto, es compatible el uso de las normas gramaticales y estilísticas con el uso no sexista de la lengua.

  Algunos de los errores más frecuentes derivados del sexismo lingüístico[i] se exponen en la tabla 3.

h Normativa de la Junta de Andalucía: Orden de 24 de noviembre de 1992 conjunta de las Consejerías de Gobernación y de Asuntos Sociales, sobre eliminación del lenguaje sexista en los textos administrativos; Orden de 19 de febrero de 1993 sobre normas para el cumplimiento del principio de no discriminación por razón de sexo en la información y divulgación de la Junta de Andalucía.

i Para comprobar si un texto incurre en sexismo lingüístico se puede aplicar la *regla de inversión*, consistente en sustituir la palabra dudosa por su correspondiente de género opuesto. Si la frase resulta inadecuada, es que el enunciado primero es sexista, debiendo en consecuencia ser cambiado.

Tabla 3. ERRORES MAS FRECUENTES DERIVADOS DEL SEXISMO LINGÜÍSTICO Y RECOMENDACIONES PARA EVITARLOS

Errores sexistas	Recomendaciones	Ejemplos
Utilizar diferentes tratamientos para cada sexo. Minimizar a las mujeres	Optar por la simetría en el tratamiento: □ Dar el mismo tratamiento a las mujeres y a los hombres. □ Alternar el orden masculino y femenino □ Recomendable citar por orden alfabético (u otro establecido explícito) para evitar posibles subordinaciones o jerarquías.	□ Señor/Señora (y no señorita) sin aludir al estado civil, Doctor/ Doctora, Don/Doña... □ Nombres y apellidos completos (en lugar de "Don Juan Márquez y la Señorita Pilar") □ Misma titulación académica, mismo cargo, etc. (Director/ Directora, Jefe de Servicio/Jefa de Servicio...) □ Las y los pacientes; los y las profesionales (alternar)
Transmitir imágenes estereotipadas (asignar diferentes cualidades o papeles para mujeres y para hombres)	□ Señalar valores, aptitudes y capacidades correspondientes a la persona en sí y no en función de su pertenencia a un sexo u otro. □ Situar a hombres y mujeres en los mismos ámbitos, procurando expresamente la visibilización de cada cual fuera de los ámbitos tradicionalmente asignados.	□ No referirse a "el médico y la enfermera" o "las cuidadoras" o "al cirujano y la limpiadora". En su lugar referirse a "profesionales de la medicina y la enfermería", "personas cuidadoras" o "especialistas en cirugía y personal de limpieza". □ Visibilizar hombres en labores domésticas y de cuidado. □ Visibilizar mujeres en ámbitos profesionales, de poder y de toma de decisiones.

- Evitar el androcentrismo[j] lingüístico, que excluye e invisibiliza a las mujeres. Habrá que buscar, en todo momento, un lenguaje igualitario y no excluyente que permita crear referentes femeninos, porque visibiliza a las mujeres, nombra correctamente a hombres y mujeres, rompe estereotipos y neutraliza los prejuicios sexistas que afectan a unos y a otras. De lo que se trata es de realizar una comunicación efectiva, que no sea ambigua, discriminatoria ni excluyente y donde los términos representen con justicia la realidad que designan. Si esto no es así, de poco sirve que la comunicación responda al principio de economía lingüística.

  Para ello, la principal recomendación se centra en intentar evitar el uso innecesario o abusivo del masculino genérico[k]. Su utilización es un obstáculo a la igualdad real entre hombres y mujeres, porque oculta a estas y produce ambigüedad. Al-

j Ver glosario.
k Utilización del masculino como incluyente de ambos sexos.

gunas de las múltiples alternativas para sustituir el masculino genérico se reflejan en la tabla 4.

Tabla 4. RECOMENDACIONES PARA EVITAR EL USO DEL MASCULINO GENÉRICO (ANDROCENTRISMO LINGÜÍSTICO)

Recomendaciones	Ejemplos
Utilizar términos abstractos, genéricos o colectivos.	Criatura, persona, víctima. Ciudadanía, profesorado, alumnado, familia.
Usar perífrasis	La población andaluza, las personas con discapacidad, la comunidad escolar, el personal sanitario.
Utilizar construcciones metonímicas (uso de términos abstractos para sustituir, en sentido figurado, a masculinos genéricos)	Dirección, secretaría, coordinación, jefatura de servicio, adolescencia…
Cuando no produce ambigüedad, se puede omitir la referencia directa al sujeto, ya sea utilizando la forma impersonal se o utilizando infinitivos y gerundios	*Se* beneficiarán de estas medidas (en lugar de: los beneficiarios de estas medidas) Es necesario protegerse del sol (en lugar de: los pacientes tienen que protegerse del sol).
Omisión o sustitución de pronombres o artículos	(los) pacientes, (los) profesionales, quienes participan (en lugar de los participantes), cada paciente (en lugar de todos los pacientes)
Uso de los dos géneros gramaticales (o dobles formas) cuando se hace referencia a grupos mixtos	Las y los profesionales, mujeres y hombres, jóvenes de ambos sexos, padres y madres, las médicas y los médicos...
Feminización de términos, cuando se haga referencia a mujeres	Técnica, médica, directora, cardióloga… La dirigente, la pediatra, la terapeuta…
Al referirse a profesiones o especialidades, utilizar estas en lugar del masculino.	Derivación a endocrinología o a urología (no al endocrinólogo o al urólogo) o a enfermería (no a la enfermera)
Evitar el uso del término “hombre” para referirse al ser humano.	En su lugar pueden utilizarse los términos: ser humano, mujeres y hombres, las personas, la humanidad…
Cuidar la coherencia discursiva. Evitar el salto semántico (emplear un término en masculino pretendidamente universal y mas adelante, en el mismo discurso, volver a utilizarlo en sentido especifico)	“…la función de apoyo de *los padres* durante el proceso es de suma importancia. *El padre* o la madre deben de estar presentes…” “Se dará apoyo psicológico a *los pacientes y sus* mujeres”

Es importante resaltar que, cuando se está haciendo referencia a grupos mixtos, no es una repetición nombrar en masculino y femenino[I] (uso de los dos géneros gramaticales o dobles formas). De hecho, no hacerlo y recurrir de forma sistemática a genéricos y abstractos puede, en muchas ocasiones, resultar tan invisibilizador como el masculino genérico.

I Cuando se hace referencia a ambos sexos utilizando los dos géneros gramaticales, se debe cuidar la alternancia, es decir, utilizar primero una veces lo masculino y otras lo femenino, para no jerarquizar ni priorizar lo masculino

- Utilizar correctamente los términos sexo y género que, en muchas ocasiones, se confunden[22,26]. Errores más frecuentes[39,44]:
  - Sustituir sexo por género.
  - Género utilizado como sinónimo de mujer.
  - Género utilizado como variable (la variable es el sexo, por tanto, los datos se desagregan por sexo, no por género)[37].

- En ocasiones, puede ser de utilidad incorporar un glosario que facilite la compresión de los términos. En la última parte de este documento se aporta un ejemplo con el glosario de términos utilizados para su elaboración.

- Incorporar estrategias de legibilidad[m]. Hay que tener en cuenta que la falta de destreza en la utilización de fórmulas no sexistas, puede llevar a la redacción de textos farragosos o de repeticiones innecesarias. Para evitarlo, se puede recurrir a diversas herramientas de ayuda ya existentes, muchas de ellas accesibles en Internet, que ofrecen soluciones prácticas y didácticas para la elaboración de documentos estratégicos, técnicos o administrativos, sobre como incorporar un lenguaje igualitario (y que han sido utilizadas para la redacción de este trabajo). En la tabla 5 se citan algunas de ellas.

Tabla 5. RECURSOS DE UTILIDAD SOBRE LENGUAJE NO SEXISTA

□ Lenguaje administrativo no sexista: http://www.unidadgenero.com/documentos/107.pdf (se precisa registro)[51]
□ El lenguaje más que palabras. Propuestas para un uso no sexista del lenguaje[52]: http://www.emakunde.es/images/upload/lenguaje_c.pdf
□ Recursos del Instituto de la mujer, accesibles en la página Web: http://www.mtas.es/mujer/programas/educacion/materiales/lenguajenosexista.htm
- Nombra. La representación del femenino y el masculino en el lenguaje[53]: http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/nombra.pdf
- nº 3: Nombra en red. En femenino y masculino. (gratuíto)
- En femenino y en masculino. Hablamos de salud[54]: http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/HABLAMOS%20DE%20SALUD%20.pdf
- En femenino y en masculino. En dos palabras[55]: http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/12dospalabras.pdf
- En femenino y en masculino[56]: http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/EnFemenino.pdf
- Las profesiones de la A a la Z[57]: http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/las%20profesiones%20en%20fem%20y%20masc.pdf

□ Guía sobre lenguaje sexista[58]: http://www.nodo50.org/ameco/LENGUAJESEX.pdf
□ Manual del lenguaje administrativo no sexista[59]: http://www.mujeresenred.net/manual_lenguaje_admtvo_no_sexista.pdf

m En la redacción de textos se debe evitar el uso barras (o/a, as/os) como alternativa a los desdoblamientos. Su mayor utilidad se encuentra en a la hora de redactar formularios en los que exista falta de espacio. En cuanto a la arroba (@), debe de evitarse su uso ya que, además de ser impronunciable, no es un signo lingüístico.

3.2. Imágenes y estereotipos[41,51,58]:

Tanto al redactar el documento, como al diseñar las líneas de acción (y, posteriormente, a lo largo de todo el desarrollo del proceso de implantación de un Plan Integral) se deberá cuidar especialmente evitar la asignación de roles tradicionales estereotipados en función del sexo. Algunas de las cuestiones a las que se debería prestar especial atención se resumen en la tabla 6.

Tabla 6. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN DE ESTEREOTIPOS TRADICIONALES[51-59]

Cuidar de no perpetuar los roles tradicionales que se asignan a las mujeres.	□ Evitar la invisibilización de las mujeres en ámbitos que no sean el del rol tradicional de cuidadoras (trabajo del hogar y cuidado de terceras personas, fundamentalmente) □ Hacer visibles a los hombres en estos ámbitos. □ Procurar visibilizar a mujeres en ámbitos tradicionalmente masculinos, como el laboral o el deportivo. □ Incorporar mensajes o imágenes en las que se muestren a las mujeres como seres independientes (también en lo económico), que toman decisiones y en puestos de responsabilidad.
Hacer selección cuidadosa de las imágenes que se utilizan	□ Equilibrar la presencia de figuras masculinas y femeninas. □ No hacer asignación sexista de roles
A la hora de diseñar estrategias o intervenciones dirigidas a mujeres, revisar que estas no se centren exclusivamente en las funciones relacionadas con los aspectos biológicos diferenciales.	□ Relacionadas con la reproducción, en mujeres en edad reproductiva □ Relacionadas con la menopausia, en mujeres mayores.
En aquellas intervenciones que se dirijan a un colectivo con mujeres y hombres, asegurarse de que no perpetúen los roles tradicionales que se asignan en función del género.	□ Cuidar que ambos sexos se visibilicen por igual. □ Favorecer que las intervenciones que se realizan sean igualmente accesibles tanto a hombres como a mujeres.
Reconocer y tener en cuenta la diversidad.	□ Reconocer que no existe un único modelo válido de ser mujer u hombre. □ Representar la diversidad y pluralidad de las personas, tanto en su aspecto físico, como en sus funciones sociales. □ Procurar utilizar un lenguaje y hacer una redacción que resulten respetuosos con los procesos de desarrollo personal, evitando que se perciba la imposición de modelos propios.
Procurar utilizar esquemas de valores humanos sin adscripción de géneros, que limitan la participación de mujeres y hombres, en los ámbitos considerados tradicionalmente masculinos o femeninos	
Tener un especial cuidado con los mensajes o las imágenes que se dirijan al público infantil y juvenil.	

4. Análisis de situación

4.1. Magnitud del problema de salud: análisis epidemiológico

- Diferenciar y utilizar correctamente los conceptos de sexo y género. El sexo es la variable, por tanto, los datos se desagregan por sexo (y no por género)[22,37,39,44].

- Desagregar todos los datos por sexo, tanto para describir la situación del problema de salud abordado, como de sus determinantes y factores de riesgo[8,19,29,37,44,51].

- No conformarse con dar los datos desagregados y encontrar diferencias por sexo. La desagregación de datos es condición necesaria, pero no suficiente para introducir la PG[31]. De manera sistemática, se deben buscar los condicionantes por razón de género que subyacen en las diferencias encontradas (analizar los datos con PG) y que son la razón última de las desigualdades e inequidades detectadas[18,19,21,29,37,41].

  Así, por ejemplo, al observar en las Encuestas Nacionales de Salud, la tendencia de las tasas de consumo de tabaco en el grupo de jóvenes entre 16 a 24 años, se ha podido observar que, entre los años 2003 y 2006, la prevalencia de tabaquismo ha pasado a estar más alta entre las chicas (cuando hasta el año 2003 fumaban más los chicos). Al analizar este dato, además de factores biológicos diferenciales (que también han de ser tenidos en cuenta), habrán de considerarse, entre otros, las percepciones erróneas de las adolescentes sobre beneficios a corto plazo (como el mantenerse delgadas), la presión social del grupo de iguales o el papel que juegan las industrias tabaqueras creando estrategias para la captación de los colectivos más vulnerables (jóvenes, mujeres…) como respuesta a la puesta en marcha de políticas de control.

  Igualmente, analizar con PG las diferencias encontradas en las prevalencias de determinados problemas de salud mental (fundamentalmente trastornos de ansiedad, depresión, signos y síntomas mal definidos, etc.) supone incluir entre las variables a analizar qué papel están desempeñando las relaciones de subordinación, o la violencia, o la doble jornada y doble presencia a la que se ven sometidas muchas mujeres, en la aparición de muchos de estos cuadros.

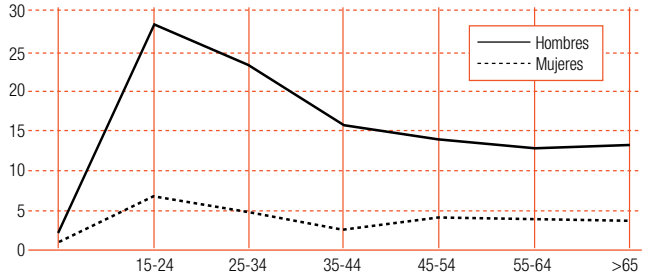
- Identificar donde se encuentran las mayores brechas o desigualdades de género[19].

  Como ejemplo, en el Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad[9] se muestran unas tasas de mortalidad por accidente de tráfico más altas en hombres a todas las edades y, sobre todo, en los grupos de adolescentes y adultos jóvenes (figura 1). El análisis de género supone identificar, en primer lugar, esa brecha y posteriormente buscar, entre las causas de esa diferencia, que comportamientos (modo de conducir, velocidad, sistemas de seguridad, consumo de tóxicos, etc.) asociados a los modelos de socialización masculinos tradicionales están en la base de que eso ocurra.

Figura 1

Tasas x100,000 habitantes de mortalidad por accidentes de tráfico. Andalucía, 2004

Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Consejería de Salud



		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
Hombres	1,90	28,55	23,35	15,81	14,02	12,79	13,20
Mujeres	1,01	6,61	4,72	2,38	3,95	4,27	3,73

Gráfica tomada del Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad de Andalucía 2007-2012

- Desagregar, además, los datos por otras variables que caracterizan el análisis de género y que pueden ser causa de desigualdades: clase social o nivel socioeconómico, área geográfica, grupos etarios, procedencia (personas inmigradas, etc.). Realizar el análisis de género de todos los grupos de interés[19,21,27,31,40,44,51,60].

- Incorporar otras variables que puedan resultar de interés para completar el análisis de género. Esto supone incluir, fundamentalmente[19,27,29,31,60]:

  – Variables socioeconómicas, entre ellas: nivel de estudios, nivel de ingresos, situación laboral, trabajo productivo y reproductivo, ayuda externa en el cuidado, disponibilidad de tiempo, tiempo de descanso, redes de apoyo social…

- Variables relativas al proceso salud-enfermedad: estado de salud percibido, discapacidades crónicas o agudas, calidad de vida, nivel de bienestar…

- La selección de unas u otras dependerá de las características y necesidades del problema de salud abordado por cada Plan Integral.

■ Valorar la posible pertinencia de incorporar al análisis e interpretación de los datos, elementos provenientes de otras disciplinas (psicología, sociología, antropología, economía, etc.) que permitan obtener una visión más amplia y más cercana de la realidad[27,60].

■ Considerar la incorporación de la perspectiva del análisis cualitativo en el campo del análisis de la salud (más allá del análisis de expectativas), por su capacidad para explicar los hallazgos obtenidos en el análisis cuantitativo y para aportar nueva información[27,60].

4.2. Análisis de recursos

Entender el término "recursos" en un sentido amplio, más allá de recursos materiales, organizativos o humanos, a nivel asistencial o de otro tipo de servicios. Incorporar el análisis de todos aquellos aspectos de interés para caracterizar de manera global el problema de salud.

- Recursos del sistema sanitario: al analizar los recursos de que dispone el sistema sanitario para atender el problema (qué recursos existen, cuantos son y donde están), estudiar también aspectos relacionados que puedan ser sensibles al género y que permitan detectar inequidades. Que haya suficientes recursos tiene que ver, no sólo con la oferta, también con la utilización. Algunos de esos aspectos que pueden tener interés analizar se enumeran en la tabla 7. La selección de unos u otros dependerá de las necesidades específicas de cada Plan[19,27,31,41,44,51].

Tabla 7. EJEMPLOS DE VARIABLES SENSIBLES AL GÉNERO RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN A LA SALUD DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Accesibilidad a los servicios	□ Tiempo medio que se tarda en llegar al servicio □ Tiempo medio de espera desde la llegada a la atención □ Tiempo medio para el diagnóstico □ Tiempo medio para la intervención terapéutica o rehabilitadora
Frecuentación de los servicios	□ Número de visitas □ Tipo de servicio frecuentado
Motivos de consulta a los servicios	□ Problema de salud propio (de la persona consultante) □ Consulta para terceras personas □ Análisis de diagnósticos y relación con el motivo de consulta
Servicios sanitarios a los que se acude o a los que se derivan a las personas	□ Atención primaria, salud mental, ginecología, otras...
Hospitalizaciones	□ Servicios en que se ingresa □ Motivos de ingreso □ Estancias medias
Prescripción de fármacos	□ Número de medicamentos □ Tipo de fármacos □ Coste de los medicamentos
Satisfacción con los servicios recibidos	□ Satisfacción con el trato recibido □ Grado de resolución del problema por el que se ha consultado

- Recursos extrasanitarios: Introducir el mismo análisis de género para analizar otros recursos no sanitarios que estén disponibles y sean de utilidad para los intereses de cada Plan concreto[28,31]:

  - Recursos *de otras instituciones u otros sectores*: sociales, educativos, tecnológicos, municipales, ONGs… Ejemplos: acceso al servicio de teleasistencia para personas mayores que viven solas, análisis de las actividades que ofertan las instalaciones deportivas de una zona, etc.

  - Recursos que oferta el *movimiento asociativo* (asociaciones de pacientes-familiares, de consumidores y consumidoras, en general y de mujeres, en particular): recursos de autoayuda, de acompañamiento, de formación, de asesoramiento, etc. Es importante conocer qué organizaciones del movimiento asociativo son más sensible a los temas de género.

- Otros recursos de interés (dentro y fuera del sistema sanitario), entre los que convendría incluir[35]:

  - Recursos *de formación* con PG para profesionales: formación en género, patología diferencial, problemas de salud emergentes (violencia), etc.

  - Recursos *en investigación*: número de investigadores y de investigadoras, existencia de redes, temas abordados, si se realiza investigación con PG, etc.

- A cualquier nivel del análisis de recursos (sanitarios -ya sean asistenciales o de otro tipo, como formativos y de investigación- o extrasanitarios), deberán valorarse los condicionantes de género que puedan explicar las inequidades o desigualdades que se detecten[27,29,31,51]. Entre ellos, se deben considerar:

  - Inequidades en la *oferta* de recursos. Por ejemplo:

    - Es conocido que, en nuestro medio, la investigación del hábito tabáquico, la intensidad del consejo sanitario frente al tabaco y la frecuencia con que se este ofrece, son actividades que se realizan menos sobre las mujeres[8,32] (por lo que también cabe sospechar que muchas de ellas no se están diagnosticando ni tratando). Así mismo, en las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo, las mujeres acceden con menos frecuencia que los hombres a procedimientos intervencionistas[61].

- La mayor oferta de fútbol y otras actividades deportivas más demandas por los hombres pueden estar influyendo en la mayor utilización de instalaciones deportivas por estos y colaborando a perpetuar las desigualdades en la práctica de ejercicio físico[10].

– Utilización de recursos: Analizar condicionantes de género que impiden el acceso o un uso equitativo de los mismos[31,44,51]. Ejemplos:

- Detectada en Andalucía una menor proporción de mujeres que, tras sufrir un evento cardiovascular agudo, acceden a los servicios de rehabilitación cardiaca. La causa más repetida por las mujeres ha sido la falta de tiempo por tener que realizar labores de cuidado de terceras personas[7].

- Las distancias, los horarios y los sistemas organizativos pueden resultar barreras en función de condicionantes de género: menor proporción de mujeres que conducen o mayor proporción de analfabetismo, sobre todo en algunos subgrupos: mujeres mayores, ámbito rural, nivel socioeconómico precario, inmigradas, etc.

– Creencias en la población: Por ejemplo, la falsa creencia de que los problemas cardiológicos no ocurren o son infrecuentes en mujeres puede hacer que ellas tarden más en pedir ayuda[62].

– Formación y conocimientos de las y los profesionales sobre salud y género, en general y sobre morbilidad diferencial, en particular. El análisis de este factor es fundamental, ya que influye en múltiples aspectos de la asistencia sanitaria (en la accesibilidad, en el esfuerzo diagnóstico o terapéutico, en la precisión diagnóstica, etc.)[61-63]

4.3. Análisis de expectativas[19,44,45]

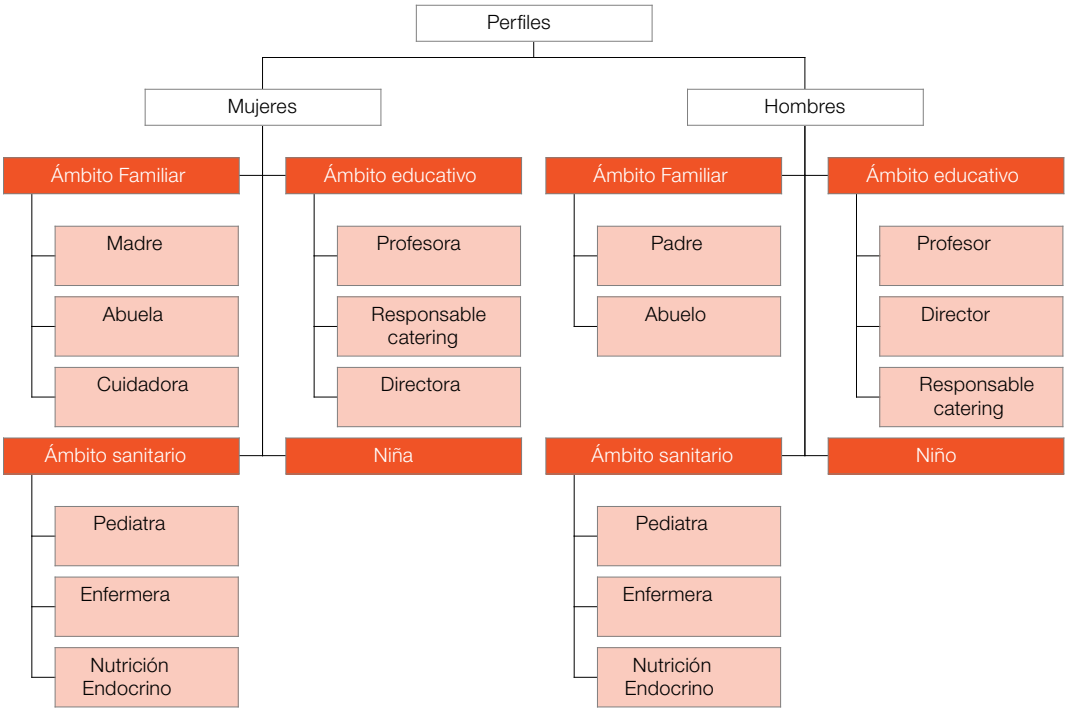
- Incluir a mujeres y hombres de todos los perfiles a analizar en igualdad de condiciones.

- Analizar las barreras que pueden impedir o dificultar que determinados grupos puedan acceder a exponer sus expectativas y necesidades e introducir medidas de acción positiva para superarlas.

- Tener en cuenta la inclusión de mujeres y hombres en el diseño del estudio, analizar sus expectativas por separado y explicitarlo en la redacción final.

  A manera de ejemplo, en la figura 2 se exponen los perfiles incluidos para el análisis de expectativas del Plan Integral de Obesidad Infantil.

Figura 2
Distribución de perfiles para el análisis de expectativas del PIOBIN#



#PIOBIN: Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía
Fuente: Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012

- Incorporar a las preguntas a formular o a los temas a tratar cuestiones de género relevantes para el análisis de género del problema abordado.

5. Formulación de objetivos generales

- Una forma de hacer visible la importancia que se concede a las cuestiones de género en los PPII sería formular algún objetivo de disminución de desigualdades y específicamente por razón de género[18,35].

  Ejemplo: uno de los objetivos generales que propone la Estrategia de Salud y Dependencia de Andalucía[n] es *"reducir las inequidades que, por causa de nivel socioeconómico y de género, se producen en la aparición de la dependencia y en la provisión de cuidados de las personas en situación de dependencia"*. En la misma línea, la segunda edición del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía[n] se plantea *"reducir las desigualdades que, por condicionantes geográficos, socioeconómicos o de género, se producen en la atención a personas con problemas de salud mental"*.

- Ante cualquier formulación de objetivos, considerar que las poblaciones no son homogéneas, que los determinantes salud de hombres y mujeres son diferentes y que, por tanto, las necesidades de salud de unas y otros también lo son.

  Por ejemplo: no es lo mismo formular el objetivo de disminuir la mortalidad cardiovascular en la población general (podrían no tenerse en cuenta las desigualdades subyacentes), que formularlo como objetivo de disminución de mortalidad en hombres y mujeres. Por la misma razón, cuando se habla del reducir el impacto de la dependencia sobre la salud y la calidad de vida de los colectivos afectados, es importante referirse explícitamente a las mujeres y hombres que la padecen y a quienes, de ambos sexos, ejercen su cuidado (puesto que ni la dependencia se reparte por igual entra mujeres y hombres, ni la tarea de cuidados se reparte homogéneamente entre ambos sexos, ni el impacto de la labor de cuidado es el mismo, dadas las diferencias en los modelos de cuidados y en las condiciones en las unas y otros los ejercen).

n Borrador pendiente de publicación, en el momento de elaborarse este documento.

6. Líneas de acción

6.1. Recomendaciones comunes para todas las líneas de acción

- Considerar, en todo momento, la situación diferencial de partida de mujeres y hombres. Diseñar objetivos específicos y actividades que pretendan aminorar las desigualdades e inequidades detectadas en el análisis de situación[18,27,28,31,45,46,52].

- Tomar en consideración las necesidades recogidas en el análisis de expectativas realizado. Formular medidas concretas que permitan responder a las necesidades y expectativas diferenciales[31,32,40,45].

- Tener siempre en cuenta la diversidad. Incorporar en las formulaciones la transversalidad, no solo de género, también de clase social, de nivel económico u otras variables que puedan causar inequidades[28,29,31,40].

- Cuidar de que las acciones que se propongan sirvan para *empoderar* y visibilizar a las mujeres, que las sitúen en un papel activo, frente al estereotipo y rol de la pasividad[38,40,44,64]. Ejemplo: Frente a la creciente medicalización e instrumentación de los partos, promover estrategias de humanización del parto, incorporando la voz, los deseos y las experiencias de las propias mujeres. Otro ejemplo característico sería la prescripción de fármacos como única medida ante la demanda de mujeres que consultan por sintomatología relacionada con una situación de violencia. Esto sitúa a esas mujeres en una posición de receptoras pasivas de las medidas suministradas por el sistema para "acallar" los síntomas y "seguir aguantando"[64].

- Promover modelos (de atención, de formación, de investigación) que superen el modelo biomédico tradicional y tomen en cuenta los aspectos psicosociales y la subjetividad de las mujeres[64]. Ejemplo: Se ha visto que el personal médico es más proclive a diagnosticar enfermedades mentales y a prescribir con mayor frecuencia psicofármacos a las mujeres (ansiolíticos, antidepresivos, sedantes, hipnóticos y neurolépticos)[64]. La OMS señala que esto puede explicarse, tanto por la mayor prevalencia entre ellas de trastornos mentales comunes (muchos de ellos relacionados con determinantes del contexto social y el género), como por la mayor tendencia de las mujeres a recabar ayuda. Esta medicalización del malestar lleva a la cronificación de las pacientes y condiciona hiperfrecuentación de los servicios en busca de una solución a la demanda no resuelta. El abordaje biopsicosocial, con apertura de lo psicosocial, abre la posibilidad de atención integral y subjetivación activa de las pacientes.

- Tener en cuenta que para llevar a cabo este cambio de perspectiva se precisa de acciones de sensibilización y formación a todos los niveles en la organización[21,31,32].

6.2. Comunicación

Los PPII incorporan, en su diseño y desarrollo, *planes de comunicación* (interna y externa). Algunas recomendaciones que pueden ayudar a incorporar la PG a los mismos (además de las recomendaciones sobre lenguaje e imágenes ya expuestas) pueden ser las siguientes:

- Desagregar los diversos *públicos objetivo*. Identificar las necesidades de información de hombres y mujeres de los distintos grupos de interés para el Plan, para proporcionar una información conforme con esas necesidades[45,65].

- Diversificar los canales de distribución en función de los grupos identificados. Contemplar canales de distribución accesibles a los diversos colectivos de mujeres. Tener en cuenta la brecha digital, por ejemplo.

- Introducir la PG en los mensajes, tanto en los contenidos de los mismos, como en el lenguaje y las imágenes[41,65].

- Poner la PG como criterio para contratar y diseñar campañas, tangibles, etc. O, al menos, asegurar, que no se incluyen contenidos sexistas[65].

- Valorar la posibilidad de suministrar información a las empresas o grupos colaboradores. Existen diversas herramientas y *manuales de estilo* disponibles que pueden ser de utilidad para este cometido o se puede elaborar un argumentario que recoja las directrices que el Plan proponga a este respecto[65].

6.3. Promoción de la salud

En los PPII, la promoción de la salud también debe ser considerada como un instrumento que permita abordar las consecuencias de las desigualdades en salud[66].

En general, los hombres siguen presentando estilos de vida menos saludables que las mujeres. Pero la importante y relativamente reciente incorporación de las mujeres a la esfera pública, ha hecho que algunos de los determinantes de su salud se vayan asemejando más a los tradicionalmente masculinos (como sucede con el consumo de tabaco y alcohol). Por otro lado, se produce un reparto no equitativo de los tiempos y de las cargas de cuidados entre mujeres y hombres, tanto en ámbito público como en el privado, así como del acceso a los trabajos llamados productivos. Además, esta incorporación de las mujeres al trabajo productivo, sin la equivalente incorporación de los hombres al trabajo reproductivo[o], dificulta que las mujeres puedan disponer de tiempo para la realización de actividades físicas, disfrutar del tiempo de ocio o dormir lo suficiente.

Todo ello lleva a que se produzcan situaciones no equitativas en los estilos de vida, en los patrones de riesgo para la salud, en la utilización de los servicios sanitarios y, como consecuencia, en los resultados de salud.

Algunas propuestas para incorporar la PG a los programas de promoción de salud impulsados desde los PPII son las siguientes[27,66,67,68]:

- Valorar la necesidad de formular estrategias de promoción diferenciadas. Tener en cuenta que hombres y mujeres perciben de forma diferente su salud, son diferentes los valores que le asignan y las creencias en torno a ella. Esas motivaciones profundas (construcciones socioculturales productos de una socialización determinada y diferente) están en la base de los comportamientos saludables y nocivos. Por tanto, han de tenerse en cuenta a la hora de diseñar las estrategias de prevención y promoción[24,38].

  Así, por ejemplo, en la promoción de una sexualidad saludable en jóvenes, puede ser necesario incidir más en habilidades de negociación y asertividad en chicas, mientras que puede detectarse la necesidad de trabajar más en los chicos aspectos relacionados con la auto-responsabilidad o el respeto a las decisiones y deseos de sus parejas.

o Ver glosario

- Realizar propuestas que posibiliten el *empoderamiento* de las personas y, especialmente de las mujeres[p]. Es decir, proponer acciones que faciliten el desarrollo de capacidades y habilidades, tanto para el cambio personal como para la participación en los procesos sociales, orientados a la mejora de la salud, la autonomía y el autocuidado[28,40,44,64]. En esto se basan, por ejemplo, los talleres que trabajan la autoestima, al asertividad o las habilidades de negociación en los programas de promoción de la salud afectivosexual a cualquier edad. Igualmente, esta filosofía es la que sustenta las estrategias de impulso al asociacionismo y la generación de redes de mujeres.

- Además, las acciones que se planteen habrán de dirigirse a toda la comunidad, intentando romper con los estereotipos y las creencias machistas que tienden a perpetuar la división sexual de los roles (no se puede atribuir la responsabilidad de cambio social sólo a las mujeres). Esto será de especial trascendencia a la hora de diseñar campañas poblacionales de promoción de salud.

- Incorporar propuestas que apuesten por la creación de ambientes y entornos saludables, basado tanto en espacios físicos limpios, higiénicos y estructuralmente adecuados, con entornos psico-sociales sanos, seguros, libres de agresión y violencia verbal, emocional o física.

  En este sentido adquiere especial importancia la defensa del derecho de las personas a trabajar en espacios libres de humo. Esto incluye también sectores laborales de especial riesgo y altamente feminizados, como es el caso de la hostelería. En esta actividad se concentra también una alta proporción de mujeres en edad fértil, con el consiguiente perjuicio para su salud. Otro ejemplo son los programas de promoción de ambientes psicosociales positivos en los hospitales, dirigidos a la población infantojuvenil ingresada (*"hospitales amigos de los niños y niñas"*) que, por medio de la creación de una atmósfera amistosa, gratificante y de apoyo, pretenden influir positivamente en la salud mental y bienestar de dicha población.

- A la hora de construir los contenidos temáticos (selección de los temas a abordar y elaboración de las recomendaciones), incorporar, tanto las aportaciones científicas y profesionales, como las experiencias, conocimientos y expectativas de los grupos involucrados, en general y de las mujeres, en particular[66].

p En concordancia con los principios propuestos en la Conferencia de Ottawa (OMS, 1987), en la que se definió la Promoción de la Salud como "el proceso para capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore".

- Al diseñar la metodología, en cualquiera de los ámbitos en que se vayan a desarrollar las actividades de promoción de la salud recogidas en los PPII, tener en cuenta que las técnicas más adecuadas serán aquellas que permitan la escucha, el desarrollo de la capacidad crítica, el aprendizaje significativo, el desarrollo de habilidades y el afianzamiento de la autoestima[66]. Así se trabaja en los talleres o terapias grupales de deshabituación tabáquica, en general y con grupos de mujeres (gestantes, por ejemplo), en particular.

6.4. Líneas asistenciales: prevención, detección precoz, asistencia sanitaria, adecuación de recursos

- Incorporar objetivos específicos y actividades que permitan identificar y abordar de forma adecuada las diferencias en los modos de enfermar de cada uno de los sexos. Por ejemplo: diferentes manifestaciones en la esfera de la salud mental[69], con predominio, de los síndromes de malestar o del comportamiento alimentario en las mujeres y de las conductas agresivas y adictivas en los hombres o diferentes tipos de cánceres de pulmón relacionados con el tabaco en hombres (carcinomas epidermoides) y mujeres (adenocarcinomas).

- De igual forma, incorporar objetivos y actividades dirigidos a detectar y abordar correctamente las diferencias que las propias enfermedades presentan según se sea hombre o mujer[27,62]. Por ejemplo, sintomatología diferente de la cardiopatía isquémica, diferentes tipos de cánceres o diferentes efectos ente igual exposición a factores de riesgo, como el tabaco u otros tóxicos, etc.

- Formular medidas que permitan reconocer y abordar el impacto de los roles y actividades en la salud física y psíquica de las personas[27,32,37,60,69]. Esto permitirá visibilizar las inequidades (horas de trabajo, de sueño, de descanso, de tiempo propio, situación familiar, problemas, violencia…) e incorporar acciones para disminuirlas. Por ejemplo, incorporación a las historias clínicas de preguntas-centinela y específicas sobre desigualdad, creencias sexistas, roles de género y violencia sexista en la práctica sanitaria habitual.

- Establecer medidas que eviten la asignación *automática* de los cuidados en el ámbito familiar a las mujeres[69]. En su lugar, impulsar la corresponsabilización de los hombres y el reparto de tareas. En esta línea, por ejemplo, desde la Estrategia de Salud y Dependencia de Andalucía[q] se propone lo siguiente: *"Se trabajará para incorporar la perspectiva de género a todas las actuaciones que se diseñen y desarrollen en el ámbito del cuidado informal, procurando, en todo momento, la corresponsabilización de los hombres en las tareas de cuidado".*

- Impulsar el desarrollo de acciones que sirvan para disminuir los sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico (como en el caso de la cardiopatía isquémica o el tabaquismo) y en el esfuerzo terapéutico[37,61-63]. En este sentido, sería de especial interés incorporar medidas que eviten la medicalización innecesaria del cuerpo de las mujeres y de sus ciclos vitales[63,64].

q Borrador pendiente de publicación, en el momento de elaborarse este documento.

- Plantear la posible inclusión en los instrumentos clínicos[r] y de gestión[s] de herramientas que faciliten e incentiven la incorporación de la PG a los modelos de atención sanitaria (incluyendo los programas de prevención y diagnóstico precoz)[32].

- Proponer revisiones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) de uso habitual, de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) relacionados o de los protocolos de actuación en vigor, para incorporar a sus contenidos la PG. Garantizar que ésta se incorpora en todos aquellos nuevos documentos clínicos que se elaboren a propuesta del PI.

- Prever la incorporación a las aplicaciones informáticas de gestión de la asistencia (Diraya en Andalucía) y a la historia única digital de aquellos elementos que se identifiquen como necesarios para poder introducir este modelo de atención.

- Promover el establecimiento de indicadores de género y estándares de igualdad en los PAI y en los diferentes servicios asistenciales[45,46,72].

- Incorporar medidas para compensar la desigualdad en el acceso de las personas beneficiarias[27]. Garantizar que se contemplan las necesidades y que se tienen en cuenta las expectativas de hombres y mujeres: accesibilidad (horaria, ubicación…), oferta por parte de las y los profesionales (consejo antitabaco, rehabilitación cardiaca…), recursos específicos (patología sexual, salud reproductiva…), etc. Como ejemplo cabe citar el programa de deshabituación tabáquica vía telefónica (Quit Line) llevado a cabo desde el PITA para facilitar a las personas fumadoras un recurso terapéutico de máxima accesibilidad[32,44,45,63].

r Procesos Asistenciales Integrados (PAI), Unidades Funcionales, Comités y Comisiones Clínicas.
s Unidades de Gestión Clínica, Contratos-programa, acuerdos de gestión.

- Y, dentro de la accesibilidad, tener en cuenta específicamente las repercusiones económicas que las medidas que se tomen van a tener en la población usuaria. Cuando las recomendaciones, las intervenciones o directamente los tratamientos contemplados en un Plan no son gratuitos, las mujeres en su conjunto, tendrán menos oportunidades de beneficiarse de ellos, simplemente porque tienen, como colectivo, menos dinero que los hombres (menor tasa de actividad, brecha salarial...) Así, por ejemplo, si la medicación para la deshabituación tabáquica no es gratuita, las mujeres tendrán más barreras económicas que los hombres para acceder a ella.

- Desarrollar líneas de acción para garantizar la mejor atención de aquellos aspectos del problema de salud abordado por el PI que tengan especial trascendencia para las mujeres[27,46] Ejemplos: atención a la violencia o a los TCA en el PISMA o desarrollo de programas específicos de deshabituación para gestantes en el PITA o medidas para reducir los tiempos de espera en el dolor torácico en mujeres dentro del PICA[62].

6.5. Participación ciudadana

- Incorporar a todos los PPII medidas para favorecer y canalizar la participación de la ciudadanía y, específicamente, de las mujeres. El fomento de la participación activa de los grupos involucrados, sobre todo los más desfavorecidos y particularmente de las mujeres, se considera uno de los componentes básicos propuestos por diversas organizaciones (OMS, OPS) para buscar la equidad de género en salud[18,21,29,40,43,45,70].

- Establecer acciones que permitan asegurar unas condiciones igualitarias de participación ciudadana (de los diversos grupos de interés involucrados en el desarrollo o receptores de las medidas que el Plan establezca), promoviendo medidas positivas, si se precisan[18,44,45].

- Valorar y ayudar en la puesta en marcha de las sugerencias de los colectivos de mujeres relacionadas con la salud[66].

- Reconocer la importancia y la necesidad de establecer mecanismos de coordinación entre Consejería de Salud, servicios de salud y entidades locales. Promover líneas que posibiliten la participación y desarrollo de alianzas a favor de la igualdad[21,30,43-45].

- Desarrollar líneas de subvenciones específicas o incluir en los decretos/leyes que regulan la solicitud de las subvenciones la necesidad de justificarlas incorporando la PG.

- Impulsar medidas que garanticen la participación en igualdad de condiciones de las mujeres y sus asociaciones en los órganos de seguimiento que los propios Planes prevén[30,31,44].

6.6 Formación

Tener en cuenta que adoptar una metodología de comunicación, de promoción de la salud y de atención sanitaria que busque empoderar a las mujeres, implica, así mismo, promover acciones (de comunicación, de sensibilización, de formación…) que posibiliten cambios de índole personal también en los colectivos profesionales involucrados[21]. Para ello es necesario que las acciones formativas utilicen una metodología reflexiva, participativa y crítica.

Existe acuerdo en las diversas organizaciones nacionales e internacionales comprometidas con el *mainstreaming* de género sobre la necesidad de impulsar la capacitación de todos los perfiles profesionales y a todos los niveles. Esta se considera una estrategia básica para buscar la equidad de género en salud[18,21,29,40,43,45,69,70].

A continuación, y basadas en la bibliografía señalada, se recogen una serie de recomendaciones prácticas, adaptadas al formato y necesidades de los PPII, que pueden ayudar a hacer operativa esta propuesta.

- Explicitar, en la propia redacción de los PPII, la necesidad de formación de los diversos colectivos profesionales involucrados (de todos los perfiles, ámbitos y estamentos).

- Si el PI propusiera la elaboración y puesta en macha de un plan de formación global, lo deseable sería la inclusión de la perspectiva de género de forma transversal.

- Desde los PPII se puede proponer la revisión de los mapas de competencias de las diversas profesiones y especialidades relacionadas, para impulsar la inclusión de la formación en género, adaptada a cada perfil profesional específico (incluidos los de gestión y dirección).

- Desde los PPII también se pueden formular líneas de acción para impulsar la colaboración con las universidades y demás instituciones relacionadas con la formación pre y postgrado, para favorecer la inclusión de la formación en género (transversal e integrada, en el mejor de los casos) en los currículos formativos de las diferentes titulaciones relacionadas con el desarrollo de la medidas que cada PI propone.

- Promover la inclusión de la formación en género en los programas formativos de *profesionales especialistas en formación*, con desarrollos de acuerdo al perfil de cada especialidad y nivel de atención que vayan a desarrollar.

- Diseñar líneas de acción que fomenten la formación continuada de las y los profesionales involucrados en el desarrollo de los PPII en temas de género. Especial interés puede tener la capacitación de tutoras y tutores de especialistas en formación.

- Para desarrollar un plan de formación de estas características, desde los PPII se podría dar impulso a la creación de *redes de formadoras y formadores* que, previa capacitación adecuada, podrían asumir las necesidades de formación previstas por cada PI. Así se ha diseñado la Red de Formación del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA) (accesible en http://www.redformadorespita.org/)

- Incluir en la acreditación profesional la formación en género, como criterio de calidad (con las consecuentes repercusiones en el nivel de carrera profesional vigente).

- Impulsar actividades de formación sobre metodología de investigación sensible al género.

- Diseñar medidas que garanticen la accesibilidad igualitaria a las actividades formativas que se programen al amparo del PI.

- Contemplar la realización de actividades formativas con colectivos diferentes a los sanitarios con papel en el desarrollo del PI (ámbito educativo, movimiento asociativo, ONGs, medios de comunicación…)

6.7. Investigación

- Formular objetivos específicos y actividades que impulsen la introducción de metodologías de investigación sensibles al género y que reconozcan y eviten los sesgos de género en investigación[18,63].

- Explicitar la necesidad de realizar investigación con perspectiva de género[24]. Considerar la incorporación de este enfoque en el diseño y en el análisis de los proyectos un criterio que puntúe para la concesión de ayudas a la investigación[63].

- Valorar la necesidad de abrir líneas específicas de investigación en género dentro del la estrategia general de investigación del PI[24] (ejemplo: salud mental y género, diabetes y género, etc.) Situar la investigación con PG entre las áreas de actuación prioritarias del PI[21,24,63].

- Garantizar que los proyectos de investigación y ensayos clínicos que se promuevan o apoyen por el PI incorporan en su diseño estrategias para incrementar el número de mujeres participantes[32].

- Impulsar la creación de grupos de investigación estables que investiguen con PG y fomentar la creación de redes de investigación[32]. Impulsar la participación en las redes de investigación en género y de transmisión del conocimiento de ámbito nacional e internacional[23].

- Promover la investigación interdisciplinar, que permitan incorporar la mirada de las ciencias sociales u otras relacionadas con el género y la salud[32,39,60].

- Impulsar líneas de investigación que atiendan temas que respondan a los intereses de las mujeres[39]. Durante mucho tiempo los problemas de salud que afectan de manera particular o predominante a las mujeres han recibido menos atención y fondos que la investigación sobre los problemas de salud que predominan principalmente entre los hombres[32].

- Promover investigación que tenga en cuenta la complejidad social, las diferencias entre hombres y mujeres y las diferencias entre las propias mujeres[32]. Fomentar que se introduzcan en los resultados de investigaciones y en la formulación de hipótesis explicativas elementos de la vida social y cuestionar en todo momento de qué manera la visión de partida influye en los resultados finales[39].

- Impulsar la investigación cualitativa[32,60], de utilidad también como complementaria a la cuantitativa para hallar modelos explicativos a los hallazgos de ésta. Así, por ejemplo, la investigación cualitativa sobre las presiones a las que están expuestas las jóvenes para que comiencen a fumar y las que impiden que las mujeres adultas dejen de fumar apunta hacia esferas nuevas y prometedoras de investigación e intervención.

- Proponer la realización de estudios sobre los efectos de los estereotipos de género en la atención sanitaria del SSPA y de las actitudes del personal sanitario ante las desigualdades de género en relación con los problemas de salud abordados con cada PI[63].

- Promover investigaciones que valoren el posible exceso de prescripción de terapias en aquellos aspectos y problemas de salud de mayor prevalencia o exclusivos de mujeres[63].

- Promover la utilización de fuentes bibliográficas de orientación feminista, así como documentación proveniente de diversas ramas del saber (ciencias sociales, por ejemplo)[70].

- Impulsar la difusión del conocimiento que se genere, tanto entre los colectivos profesionales como al conjunto de la sociedad[23].

- Procurar extender la influencia del PI (en la medida de lo posible) sobre los comités editores y evaluadores de revistas científicas y comités científicos de congresos, para generalizar la incorporación del requisito de presentación de los resultados estratificados por sexo y/o con un análisis de género. O, como mínimo, indicar que se debería explicitar en el artículo o comunicación el reconocimiento específico de que la generalización de los resultados a mujeres es limitada[63].

- Instaurar medidas para garantizar el acceso equitativo de las mujeres al ejercicio de labores de investigación (a grupos, instituciones… incluyendo el acceso a los puestos de decisión y responsabilidad)[32].

6.8. Sistemas de información y evaluación

- Exigir la recogida de datos desagregados por sexo de forma sistemática[18,29,32,71].

- Incorporar el análisis explicativo sistemático que permita establecer las desigualdades e inequidades debidas al género (condición imprescindible para poder instaurar medidas correctoras). Para ello, muchas veces será necesario formular indicadores cualitativos[18,72].

- Impulsar, además, la adecuación de los sistemas de registro para que pueda hacerse una presentación de datos que permita la tabulación múltiple y la correlación entre el sexo y los estratificadores sociales que caracterizan el análisis de género y que pueden ser causa de desigualdades. Esto permitiría realizar el análisis de género de todos los grupos de interés[27,29,31,32,44,45,72].

- Comprometer el diseño y formulación de indicadores sensibles[19,29], que permitan medir la reducción de desigualdades, tanto de proceso[18] (ejemplo: tiempo de espera para recibir atención de salud, por sexo) como de resultados en salud[72] (ejemplo: mortalidad por lesiones isquémicas de corazón, por sexo)[t]. Incluir en los "cuadros de mando" de los PPII indicadores sensibles[45].

- Formular indicadores de participación[72].

- Velar para que la información, presentada oportunamente, se difunda de forma adecuada y sirva para tomar decisiones informadas, con datos actualizados[29].

- Impulsar el desarrollo de los sistemas de información necesarios para poder llevar a cabo el proyecto[35].

t La Unidad de Igualdad y Género del Instituto Andaluz de la Mujer ha publicado una guía para la construcción de indicadores de género, práctica y sencilla de manejar, que puede ser de ayuda en este proceso[19]. Se encuentra accesible en la siguiente dirección electrónica: http://www.unidadgenero.com/documentos/99.pdf.

6.9. Calidad

Aunque, en general, los PPII no suelen desarrollar una línea de acción específica sobre esta cuestión (se suele incluir en una estrategia mixta de calidad y sistemas de información), en este documento se desarrolla como una sección aparte para aportar claridad y resaltar la importancia de considerar la gestión de calidad de todas las intervenciones, a la par que hacer visible la necesidad de considerar la igualdad de género como factor de calidad[u] del propio proceso de desarrollo de los PPII. Para conseguirlo se sugieren las siguientes propuestas:

- Partir de un concepto de excelencia consistente en alcanzar resultados que satisfagan a todos los grupos de interés (incluidos los diferentes colectivos de mujeres) de la organización. Para ello es necesario conocer las necesidades y expectativas diferenciales de mujeres y hombres en cada uno de dichos grupos de interés[45].

- Integrar la PG de género en los sistemas de gestión de calidad del PI, y tenerla en cuenta en la definición de los planes de mejora.

- Basar esos procesos de mejora en el aprendizaje continuo y en la toma de decisiones a partir del análisis de los datos obtenidos en el seguimiento y evaluación del PI y la información sensible al género[45]. Utilizar esos datos para identificar buenas prácticas y oportunidades de mejora. Fomentar la creación de bancos de experiencias o "buenas prácticas".

- Impulsar desde los PPII la realización de encuestas de satisfacción con inclusión de ambos sexos y análisis por separado e incorporando ítems específicos que permitan completar el análisis de género (variables de tipo socioeconómico y relativas al proceso de salud-enfermedad)[45].

- Procurar que la medida y análisis de las sugerencias, reclamaciones, necesidades y satisfacción, se haga con información desagregada por sexo, identificando las necesidades particulares y de igualdad[45,73].

- Fomentar la inclusión de las variables clase social y sexo de pacientes y profesionales en los estudios de satisfacción[72].

u Como herramienta de trabajo para articular los indicadores de calidad y de igualdad resulta muy recomendable el documento elaborado por la Unidad de Igualdad y Género del Instituto Andaluz de la Mujer bajo el título de "La igualdad de género como factor de calidad. Manual de gestión"[45]. Se encuentra accesible en la siguiente dirección electrónica: http://www.unidadgenero.com/documentos/108.pdf.

7. Bibliografía

- Recurrir a fuentes de solvencia y comprometidas con el *mainstreaming* de género, en cuanto a que incorporan sensibilidad de género en sus trabajos.

- Incorporar bibliografía con perspectiva de género a la documentación a trabajar por los grupos de trabajo desde el inicio.

- Referenciar dicha documentación entre la bibliografía que aparezca citada en el documento.

8. Autoría, grupos de trabajo y colaboraciones

- Hacer constar el nombre completo (nombre de pila y apellidos) de la totalidad de personas participantes en la elaboración del documento. Al hacer estudios bibliográficos se ha visto que, frecuentemente, la información sobre cuántas mujeres investigan y publican no es posible obtenerla, al utilizarse habitualmente las siglas de los nombres de pila[73].

- De acuerdo con las recomendaciones sobre el uso del lenguaje ya expresadas en este trabajo, en los casos en que participan mujeres y hombres, evitar utilizar términos en masculino (falsos genéricos). En lugar de autores o colaboradores o grupos de expertos, etc., recurrir a alguna de las múltiples alternativas integradoras posibles: *autoría, autoras y autores, grupo de trabajo, colaboraciones, grupo asesor, comité editor, grupo experto, grupo de expertas y expertos, grupo consultor, etc.*

Anexos

Anexos

Anexo 1
Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género presente en los PPII

1. COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

¿Han participado en igualdad de condiciones hombres y mujeres en los diversos grupos de trabajo?

- Para cada uno de los grupos: Nº mujeres ☐ || Nº hombres ☐
- Coordinación grupos de trabajo: Nº mujeres ☐ || Nº hombres ☐

¿Han participado por igual hombres y mujeres de cada una de las titulaciones y categorías profesionales (sanitarias y no sanitarias)?

- Para cada uno de los perfiles profesionales: Nº mujeres ☐ || Nº hombres ☐

¿Se han incorporado representantes (personas afectadas, familiares, asociaciones y ONGs relacionadas, etc.) de la ciudadanía en los grupos?

- No ☐
- Si ☐ Nº mujeres ☐ || Nº hombres ☐

En caso necesario, ¿se han previsto medidas para facilitar el acceso de las mujeres a los grupos?

- No ☐
- Si ☐ Enumerarlas .....

¿Se ha previsto la incorporación al grupo de personas con formación en género?

- No ☐
- Si ☐

En los grupos de trabajo, ¿se ha facilitado la participación de integrantes que puedan representar las necesidades de colectivos en situación de desigualdad de oportunidades (personas inmigradas, residentes en zonas rurales alejadas, residentes en ZNTS, otros...)?

- No ☐
- Si ☐ Nº mujeres ☐ || Nº hombres ☐ procedentes de estos colectivos

2. ORGANIZACIÓN Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

¿Se han previsto medidas organizativas (frecuencia y horario de las reuniones, metodología de trabajo, etc.) que faciliten por igual la participación de unas y de otros y que permitan una conciliación real con la vida personal y familiar de ambos?

- No ☐
- Si ☐ Describirlas .....

Se ha realizado alguna actividad de sensibilización/formación en género para las personas integrantes de los grupos, previamente al inicio de los trabajos?

- No ☐
- Si ☐ Describirlas .....

¿Se ha suministrado algún tipo de documentación o herramienta de apoyo a los/las integrantes de los grupos para facilitar la incorporación del enfoque de género a su trabajo?

- No ☐
- Si ☐ Describirlas .....

3. EN LA REDACCIÓN GENERAL Y ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

¿Está redactado el Plan con un lenguaje integrador, sensible al género, que visibiliza por igual a hombres y mujeres (en lugar del uso sistemático del masculino como genérico)?

- No ☐
- Si ☐

¿Se cuida de no trasmitir imágenes estereotipadas en función del sexo ("mujeres cuidadoras", "médicos y enfermeras", "hombres deportistas"...) y se procura la transmisión de esquemas de valores humanos sin adscripción de géneros?

- No ☐
- Si ☐

¿Se reconoce y se tiene en cuenta la diversidad, también entre mujeres y entre hombres?

- No ☐
- Si ☐

¿Se evita la imposición de modelos propios o hegemónicos (ejemplo: la heterosexualidad como norma, un único modelo de familia)?

- No ☐
- Si ☐

¿Se utiliza y se cita bibliografía relevante con PG?

- No ☐
- Si ☐

4. ENTRE LOS VALORES Y/O PRINCIPIOS RECTORES

¿Se contempla la integración de la perspectiva de género, de forma explícita, como uno de los ejes del Plan Integral?

- No ☐
- Si ☐

5. EN EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

A) EN EL APARTADO DE ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

¿Se desagregan todos los datos por sexo, tanto los que describen el problema de salud, como sus determinantes y factores de riesgo y se identifican las brechas de género?

- No ☐
- Si ☐

¿Se realiza el análisis explicativo de los datos con perspectiva de género, es decir, se analizan los condicionantes por razón de género que subyacen en las diferencias encontradas?

- No ☐
- Si ☐

¿Se desagregan los datos por otras variables que caracterizan el análisis de género y que pueden ser causa de desigualdades: clase social o nivel socioeconómico, área geográfica, grupos etarios, procedencia, etc.?

- No ☐
- Si ☐ ¿Y se realiza el análisis de género de todos los grupos de interés? No ☐ / Si ☐

¿Se incorporan al análisis otras variables que puedan resultar de interés para completar el análisis de género (variables socioeconómicas y relativas al proceso salud-enfermedad)?

- No ☐
- Si ☐

B) EN EL APARTADO DE ANÁLISIS DE RECURSOS

Al analizar los recursos del sistema sanitario, ¿se incorporan variables sensibles al género relacionadas con la atención a la salud: accesibilidad, frecuentación, satisfacción, utilización... (todo desagregado por sexo)?

- No ☐
- Si ☐

Al analizar los recursos extrasanitarios, ¿se incorporan variables sensibles al género: tipo de recursos, accesibilidad, participación...?

- No ☐
- Si ☐

¿Se identifican recursos de formación e investigación sensibles al género: número de profesionales con capacitación, existencia de cursos recursos formativos específicos, número de investigadores/as, temas que se investigan...)?

- No ☐
- Si ☐

c) EN EL APARTADO DE ANÁLISIS DE EXPECTATIVAS

¿Se ha recogido información tanto de hombres como de mujeres, de forma equitativa y se ha analizado diferenciadamente?

- No ☐
- Si ☐

¿Se ha recogido información de los diversos colectivos en posible situación de desigualdad de partida y se ha analizado separadamente?

- No ☐
- Si ☐

¿Se han previsto medidas para favorecer el acceso a la manifestación de sus expectativas de los colectivos en desventaja?

- No ☐
- Si ☐

¿Se han incorporado a los formularios cuestiones de género relevantes para el análisis de género del problema abordado?

- No ☐
- Si ☐

6. EN LA FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS GENERALES

¿Se formula algún objetivo de reducción de desigualdades y específicamente por razón de género?

- No ☐
- Si ☐

7. EN LA FORMULACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN

¿Se tienen en cuenta las desigualdades e inequidades detectadas en el análisis de situación, proponiendo objetivos específicos y actividades para aminorarlas?

- No ☐
- Si ☐

¿Se toman en consideración las necesidades y expectativas diferenciales recogidas en el análisis de expectativas, formulando medidas que den respuesta a esas necesidades?

- No ☐
- Si ☐

¿Se tiene en cuenta la diversidad? ¿Se incorporan en las formulaciones la transversalidad, no solo de género, también de clase social, de nivel económico u otras variables que puedan causar inequidades?

- No ☐
- Si ☐

¿Se proponen acciones que sirvan para empoderar y visibilizar a las mujeres y que estimulen la corresponsabilización de los hombres?

- No ☐
- Si ☐

¿Se promueven modelos (de promoción, de atención, de formación, de investigación) que tomen en cuenta los aspectos psicosociales de hombres y de mujeres (que permitan reconocer y abordar el impacto de los roles y actividades en la salud física y psíquica de las personas)?

- No ☐
- Si ☐

En las estrategias de comunicación: ¿se prevé la diversificación de mensajes, soportes y canales en función de los distintos públicos objetivo?

- No ☐
- Si ☐

¿Se compromete la construcción sistemática de mensajes con PG, tanto en los contenidos, como en el lenguaje y las imágenes?

- No ☐
- Si ☐

Las propuestas del Plan ¿intentan romper con los estereotipos y las creencias sexistas que tienden a perpetuar la división sexual de los roles?

- No ☐
- Si ☐

Las acciones del Plan ¿apuestan por la creación de ambientes y entornos saludables, incluyendo entornos psico-sociales sanos, seguros, libres de agresión y violencia verbal, emocional o física?

- No ☐
- Si ☐

¿Incorporan las propuestas, tanto las aportaciones científicas y profesionales, como las experiencias y conocimientos de los grupos involucrados, en general y de las mujeres, en particular?

- No ☐
- Si ☐

¿Se toman medidas para disminuir los sesgos de género en el conocimiento, en la atención sanitaria y en la investigación?

- No ☐
- Si ☐

¿Se toman medidas para favorecer, canalizar y garantizar la participación en igualdad de condiciones de la ciudadanía y, específicamente, de las mujeres?

- No ☐
- Si ☐

¿Se contempla la necesidad de impulsar formación con perspectiva de género de todos los perfiles profesionales y a todos los niveles y se promueven acciones para alcanzarlo?

- No ☐
- Si ☐

¿Se formulan objetivos específicos y actividades que impulsen la introducción de metodologías de investigación sensibles al género y que reconozcan y eviten los sesgos de género en investigación?

- No ☐
- Si ☐

¿Se diseñan medidas que garanticen la accesibilidad igualitaria a las actividades formativas y de investigación que se programen al amparo del PI?

- No ☐
- Si ☐

¿Se contempla la integración de la PG de género en los sistemas de gestión de calidad del PI?

- No ☐
- Si ☐

8. EN LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO (GENERAL DEL PLAN Y DE CADA UNA DE SUS LÍNEAS)

¿Se exige la desagregación de datos por sexo y el análisis explicativo de género?

- No ☐
- Si ☐

¿Se prevé la adecuación de los sistemas de registro que permita la tabulación múltiple y la correlación entre el sexo y los estratificadores sociales que caracterizan el análisis de género?

- No ☐
- Si ☐

¿Se compromete el diseño y formulación de indicadores sensibles al género, que permitan medir la reducción de desigualdades por razón de género?

- No ☐
- Si ☐

¿Se contempla la formulación de indicadores de participación?

- No ☐
- Si ☐

Anexo 2
Glosario de términos

ACCIÓN POSITIVA: Instrumento, de carácter temporal, consistente en la aplicación de determinadas medidas dirigidas a compensar la situación de desequilibrio estructural que afecta a las situaciones de mujeres y hombres y encaminadas, por tanto, a acelerar la igualdad de hecho entre unas y otros (ONU, 1979. Convención para la eliminación de la desigualdad).

ANÁLISIS DE GÉNERO: A partir de la consideración del género como elemento constitutivo y generador de desigualdad, su análisis supone estudiar las diferencias existentes en las condiciones, necesidades, prioridades, índices de participación, acceso a los recursos, etc. entre hombres y mujeres, debidas a los roles tradicionalmente asignados. En base a ello, todas las medidas que se propongan deben de tener en cuenta sus efectos en las situaciones respectivas de unas y otros.

ANDROCENTRISMO: es la perspectiva masculina cuando esta se considera la única posible y, por tanto, universal. Viene definido por el predominio de los valores asociados a la cultura masculina, que se convierten en universales y en el referente a imitar. Es un punto de vista sesgado, que sólo tiene en cuenta las experiencias de los hombres, invisibilizando así a las mujeres. El androcentrismo toma al hombre como medida de todas las cosas, de forma que se excluye a las mujeres de los discursos y de la vida social. Esto mismo es aplicable a la ciencia y la investigación, cuando estas se centran en una única perspectiva, la del sexo masculino.

ANDROCENTRISMO LINGÜÍSTICO: Se encarga de excluir e invisibilizar a las mujeres. Un discurso androcéntrico es aquel que por sistema no nombra a las mujeres (estando en la realidad presentes en el contenido de dicho discurso) o que, aunque incluye alguna mujer en el discurso, no le otorga ningún papel central en lo que se dice.

BARRERAS INVISIBLES: Actitudes resultantes de las expectativas, normas y valores tradicionales, que impiden la capacitación de las mujeres para los procesos de toma de decisiones (también en el ámbito de la salud) y, por lo tanto, para su plena participación en la sociedad.

BRECHA DE GÉNERO: Traducción del término inglés 'gender gap'. Se refiere a las diferentes posiciones de hombres y mujeres y a la desigual distribución de recursos, acceso y poder entre ellos y ellas en un determinado contexto. Por regla general, constatar una brecha de género en un contexto suele significar la existencia en el mismo de una desigual distribución de dichos elementos, donde el colectivo que pertenece al género femenino forma el grupo que, más frecuentemente, queda en desventaja.

DESIGUALDAD SOCIAL: Existencia de oportunidades desiguales para las distintas personas o grupos, que influyen de forma negativa en sus oportunidades y en su estado de salud. En contraposición a las diferencias, las desigualdades son injustas y evitables.

DETERMINANTES DE LA SALUD: Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas y las poblaciones.

EMPODERAMIENTO PARA LA SALUD: Es el proceso a través del cual las personas y los grupos adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. En este proceso se incluyen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas y capacidades de las personas para la vida, acciones para influir en los condicionantes sociales y económicos subyacentes y acciones sobre los entornos físicos que influyen en la salud.

ENFOQUE DE GÉNERO: Ver Perspectiva de género.

EQUIDAD DE GÉNERO: Concepto que se refiere al principio conforme al cual mujeres y hombres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficios de los bienes, servicios, recursos y oportunidades de la sociedad (incluida la salud), así como en la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

ESTEREOTIPOS: Conjunto de ideas y creencias (simples, pero muy arraigadas en la conciencia colectiva y que se escapan del control de la razón) que determinan un modelo de conducta social basado en opiniones preconcebidas, que adjudican valores y comportamientos a las personas en función de su grupo de pertenencia (sexo, raza, edad, etnia, salud, etc.).

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO: Ideas y creencias comúnmente aceptadas en la sociedad sobre como han de ser y comportarse hombres y mujeres. Los estereotipos determinan aquello que es correcto e incorrecto en unos y otras, contribuyendo a construir su personalidad de una forma unidireccional y a perpetuar la sociedad androcéntrica.

GÉNERO: Por género se entiende la condición social (por oposición a la condición biológica) que establece las pautas de comportamiento y actitudes consideradas como apropiadas y diferentes para hombres y mujeres y que han sido aprendidas (a través del proceso de socialización), cambian con el tiempo y el contexto histórico y presentan grandes variaciones, tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura.

IDEOLOGÍAS DE GÉNERO: comprende los significados acerca de macho y hembra, masculino y femenino y sexo y reproducción, en una cultura determinada. Se definen como sistemas de creencias que explican como y por qué se diferencian los hombres y las mujeres; sobre esa base se especifican derechos, responsabilidades, restricciones y recompensas diferenciales y se justifican las reacciones negativas ante los inconformismos.

IDEOLOGÍA SEXISTA: Asigna valores, capacidades y roles diferentes a hombres y mujeres, exclusivamente en función de su sexo, estereotipando, generalizando, incluso desvalorizando lo que hacen las mujeres frente a lo que hacen los hombres (tradicionalmente considerado “lo que está bien”, lo que importa).

IGUALDAD DE GÉNERO: Implica el reconocimiento e igual valoración social de mujeres y hombres, así como de las tareas y funciones que realizan. Este concepto presupone la ausencia de cualquier tipo de jerarquía de un sexo sobre otro, así como la plena participación de mujeres y hombres en todos los ámbitos de la sociedad: público, laboral y privado. La igualdad de género requiere cambios que afectan no sólo a la manera en la que las mujeres trabajan, viven y cuidan a sus familias, sino también a cómo los hombres se implican en ese proceso

IGUALDAD FORMAL: Igualdad de derecho. Declaración de igualdad de hombres y mujeres ante la ley y prohibición de discriminación por razón de sexo.

IGUALDAD REAL: Situación de partida efectiva de hombres y mujeres. Va mas allá de la igualdad formal, siendo la que indica que mujeres y hombres participan equitativamente en todos los ámbitos de sus vidas. Igualdad de resultados.

IMPACTO DE GÉNERO: El impacto que la intervención realizada, la medida estudiada, la ley aplicada, etc., va a tener en la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres. La aplicación de normativa o acciones iguales sobre grupos con desiguales situaciones de partida hace que los efectos sobre cada uno (en este caso, mujeres y hombres) sean finalmente diferentes.

MAINSTREAMING DE GÉNERO: Término anglosajón que se utiliza para definir la integración de la igualdad de oportunidades en el conjunto de las políticas. Se refiere a la integración sistemática de las situaciones, prioridades y necesidades respectivas de mujeres y hombres en todas las políticas, con vistas a promover la igualdad, teniendo en cuenta activa y abiertamente, desde la fase de planificación, los efectos que dichas políticas (y las medidas que de ellas deriven) van a tener en las situaciones respectivas de unas y otros.

PATRIARCADO: Sistema de organización social basado en el poder de la figura del hombre ("pater") elevado a la categoría política y económica y generalizada a todos los ámbitos de actuación, donde se reproducirá el sistema de jerarquía y dominación masculina.

PERSPECTIVA (O ENFOQUE) DE GÉNERO: Construcción teórica que permite analizar y comprender el comportamiento de las sociedades atendiendo a las características y relaciones de poder de mujeres y hombres. Significa dirigir una mirada explicativa al tipo de relaciones y comportamientos que se dan en la interacción entre hombres y mujeres (entre ambos y también entre las propias mujeres y entre los propios hombres), es decir, a las funciones y roles que asume cada quien en sus respectivos núcleos de convivencia. Aporta, por tanto, una explicación a las posiciones sociales de las mujeres y de los hombres desde una posición que hace visible el mundo de ambos. Su aplicación supone un compromiso para modificar la condición y posición de las mujeres y lograr así un sistema sexo-género más equitativo, justo y solidario.

PERTINENCIA DE GÉNERO: Se refiere a la necesidad de la aplicación del enfoque de género en una intervención o actuación. Es decir, muestra cuándo aplicar el enfoque de género a esa actuación porque en la misma participan o son destinatarios mujeres y hombres, y su implementación afectará de manera distinta a cada uno de esos grupos.

RELACIONES DE GÉNERO: Manera en que la cultura define los derechos, responsabilidades y las identidades de las mujeres en relación a los hombres.

ROLES: conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas (que se generan como expectativas/exigencias sociales y subjetivas) que realizan mujeres y hombres según lo que cada sociedad les asigna. Son comportamientos y conductas que se aplican artificialmente, como un cliché, en función del sexo de las personas. Así tradicionalmente, el rol femenino atribuye a las mujeres el cuidado de la familia y de los afectos, confinándolas al espacio doméstico y negándolas el acceso al espacio público, donde tienen lugar las decisiones políticas y económicas. Los hombres, sin embargo, ocupan el espacio público, considerado socialmente como el único productivo y en el que se desarrolla la actividad laboral, social. En contraposición, se les priva de participar de los cuidados y los afectos. Estos roles transmitidos e interiorizados, generación tras generación, conducen y justifican la división sexual del trabajo: trabajo productivo / trabajo reproductivo.

SENSIBILIDAD DE GÉNERO EN LOS PLANES INTEGRALES DE SALUD: Se refiere al grado en que los PPII tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación que puede ser fuente de desigualdades y desarrollan acciones para aminorarlas.

SEXISMO: Mecanismo por el cual se conceden privilegios o se practica discriminación contra una persona en razón de su sexo. En general se caracteriza por menospreciar y desvalorizar, ya sea por defecto o por exceso, a las mujeres y lo que estas hacen. Este fenómeno social se deriva de una pretendida supremacía masculina justificada en un orden social (el patriarcado) que ha establecido históricamente una relación de poder de los hombres sobre las mujeres.

SEXISMO LUNGÜÍSTICO: Presenta una imagen descalificadora y desvalorizadora de lo que son las mujeres, a menudo basada en tópicos e imágenes estereotipadas.

SEXO: Identifica las diferencias biológicas entre mujeres y hombres (o, más exactamente, entre machos y hembras).

SISTEMA DE GÉNEROS: Conjunto de estructuras socioeconómicas y políticas que mantienen y perpetúan los roles tradicionales femenino y masculino, así como lo clásicamente atribuido a mujeres y a hombres.

SISTEMA PATRIARCAL: Sistema en el que a mujeres y hombres se les asignan diferentes roles con valores desiguales, con el objetivo de reproducir una sociedad en la que prevalece la autoridad de los hombres, mediante la subordinación de las mujeres.

SOCIALIZACIÓN: Proceso de aprendizaje por el que las personas adquieren su identidad social y cultural, la cual está conformada por el conjunto de valores, pautas y normas que se consideran apropiadas según sea su grupo de pertenencia.

TRABAJO PRODUCTIVO: Es aquel que tiene un valor de cambio, es decir, que genera ingresos, bien en forma de salario, bien a través de una actividad comercial por cuenta propia. Tradicionalmente ha sido el único reconocido económica y socialmente como trabajo en las sociedades industrializadas y se ha asignado mayoritariamente al mundo masculino.

TRABAJO REPRODUCTIVO: Comprende las tareas necesarias para garantizar el bienestar y la supervivencia de las personas que componen el hogar. Tiene lugar en el ámbito privado e incluye desde tareas de gestión, organización y quehaceres domésticos, a funciones de representación y socialización, afecto, cuidados, etc. Sus características principales son: no estar prestigiado ni remunerado mediante un salario, no tener horario, haber sido asignado tradicionalmente a las mujeres y permanecer invisible incluso a los ojos de las personas que lo llevan a cabo.

Abreviaturas

Abreviaturas

GPC: Guías de Práctica Clínica

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

PAI: Procesos Asistenciales Integrados

PAS: Plan Andaluz de Salud (III PAS: Tercer Plan Andaluz de Salud)

PG: Perspectiva de Género

PI: Plan Integral (referido a los Planes Integrales de Salud de Andalucía)

PICA: Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía

PIOBIN: Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía

PISDA: Plan Integral de Diabetes de Andalucía

PISMA: Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

PPII: Planes Integrales (referido a los Planes Integrales de Salud de Andalucía)

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SG: Sensibilidad de Género

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

TCA: Trastornos del Comportamiento Alimentario

Documentación consultada

Documentación consultada

1 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE num. 128 de 29 de mayo de 2003. Accesible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf

2 Consejería de Salud. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=institucional_PAS

3 Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2002. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/especiales/plan%20oncologico/oncologia.pdf

4 Consejería de Salud. II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2007. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/especiales/plan%20oncologico/Libro%20PIOAcon%20presentacion.pdf

5 Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/172/pdf/Salud%20mental%202003-2007.pdf

6 Consejería de Salud. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/plan%20diabetes/diabetesfin.pdf

7 Consejería de Salud. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan%20Cardiopatias.pdf

8 Consejería de Salud. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/PlanTabaco.pdf

9 Consejería de Salud. Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad de Andalucía 2006-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan%20Integral%20Accidentabilidad_2007-2012_web_mini.pdf

10 Consejería de Salud. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=\salud\contenidos\/planobesidadinfantil\PIOBIN%20BAJA.pdf

11 Generalitat de Cataluña. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Plan Director de Oncología en Catalunya: 2001-2004. Institut Català d'Oncologia; 2001. Accesible en http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/67608AEC-1145-4F17-9106-5BEFD316BFCB/223/PlanDirectordeOncologiadeCatalu%C3%B1a.pdf

12 Consellería de Sanidad. Plan Oncológico de Galicia 2002-2005. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad; 2002

13 Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Accesible en http://www.sediabetes.org/documentos/noticias/estrategia_en_diabetes_del_sistema_nacional_de_salud_2007.pdf

14 Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Accesible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

15 National Board of Health. National Cancer Plan II. Denmark. Copenhagen: National Board of Health; 2005

16 Department of Health del Reino Unido. El Plan de Cáncer del NHS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002

17 ONU. Declaración de Beijing y plataforma para la acción. IV Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, 4-15 de septiembre de 1995. Accesible en http://www.unesco.org/water/news/pdf/beijing_declaration_es.pdf

18 Castro García Carmen. Introducción al Enfoque Integrado o *MAINSTREAMING* de Género. Guía Básica. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía, 2003. ISBN: 84-7921-098-2. Accesible (previo registro) en http://www.unidadgenero.com/documentos/88.pdf

19 Dávila Díaz Mónica. Indicadores de Género. Guía práctica. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía, 2004. ISBN: 84-7921-120-2. Accesible (previo registro) en http://www.unidadgenero.com/documentos/99.pdf

20 Standing Hilary. El género y la reforma del sector salud. OPS - Harvard Center for Population and Development Studies, 2000. Accesible en http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/Standing.pdf

21 Declaración de Madrid. La equidad de género en la salud mediante el *mainstreaming*: La necesidad de avanzar. OMS-MSC-Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales. Madrid, España, 14 de septiembre de 2001. Accesible en http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracion-Madrid.pdf

22 Krieger Nancy. Gender, sexes and health: what are the connections–and why does it matter? Int J Epidemiol 2003; 32: 652-657. Accesible en http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/32/4/652

23 Peiró Rosana, Ramón Nieves, Álvarez-Dardet Carlos, Colomer Concha, Moya Carmela, Borrell Carme 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. Accesible en http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s2/revision4.pdf

24 Observatorio de Salud de la Mujer. Informe salud y Género 2005. Madrid: OSM, MSC. Accesible en http://www.jccm.es/imclm/fileadmin/user_upload/ESTADISTICAS/informe2005SaludGenero.pdf

25 Esteban Mari Luz. Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. Kobie. Serie Antropología Cultural, Nº. 7, 1994-1996, pags. 17-40. ISSN 0214-7939

26 Esteban Mari Luz. El Estudio de la Salud y el Género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud Colectiva, Buenos Aires, 2(1): 9-20, Enero - Abril, 2006. Accesible en http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/publicacion4/pdf/2.El%20Estudio%20de%20la%20Salud%20y%20el%20Genero.pdf

27 Lasheras Lozano Mª Luisa, Pires Alcalde Marisa, Rodríguez Gimena Mª Mar. Género y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía, 2004. ISBN: 84-7921-100-8. Accesible (previo registro) en http://www.unidadgenero.com/documentos/97.pdf

28 Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género (IGWG) de USAID. Manual de integración de género en programas de salud reproductiva y VIH: Del compromiso a la acción. Ed: Marina McCune, FHI, 2005. Accesible en http://www.prb.org/pdf05/ManualIntegrGendr_Sp.pdf

29 OPS. Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud. Washington, D.C: OPS/PALTEX, 2004. ISBN 92 75 32546 4. Accesible en http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/indicadoresbasicos.pdf

30 OMS. Política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. OMS, 2002. Accesible en http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf

31 Gender and Health Group al Liverpool School of Tropical Medicine. Guidelines for the analysis of gender and health. Department of International Development, Social Development Division. Liverpool, 2001. Accesible en http://www.liv.ac.uk/lstm/research/groups/gender_health/index.htm

32 Sen Gita, George Asha y Östlin Piroska. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Harvard Center for Population and Development Studies, 2005. Accesible en http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14_entire_book.pdf

33 Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE num. 71, de 23 de marzo de 2007. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/pdf/Ley_de_igualdad.pdf

34 Consejería de Salud. Caminando hacia la Excelencia. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=\salud\contenidos\iiplan-calidad\II%20Plan%20de%20Salud.pdf

35 Amo Alfonso Mercedes, Martínez Rubio Ana, Llamas Martín Consuelo, Ortiz Molina Sara. Sensibilidad de género en los Planes Integrales de Salud de Andalucía. Comunicación al XII Congreso SESPAS. Gac Sanit 2007; 21 (Supl 2):10

36 OPS. Guía metodológica para incluir el tema de "Género" en el diseño de proyectos de OPS. Accesible en http://www.col.ops-oms.org/desarrollo/RecursosH/proyecto/guiasmetodologicas.htm

37 Rohlfs Izabella, Borrell C y Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit 2000;14(Supl. 3):60-71. Accesible en http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=10019055&pident_usuario=0&pident_revista=138&fichero=138v14nsuplemento%203a10019055pdf001.pdf&ty=165&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es

38 Velasco Arias Sara. Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención. Serie "Salud" nº 5. Madrid, Instituto de la Mujer, 2006. Accesible en http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/Relaciones%20de%20genero.pdf

39 Ortiz Gómez Teresa. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. Elvira Ramos (ed.) La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, 2002. Accesible en: http://www.ugr.es/~tortiz/Genero%20y%20androcentrismo.PDF

40 OMS. Mujeres, Envejecimiento y Salud: Marco para la acción. Enfoque de género. Sevilla. Consejería de Salud, 2007.

41 González González Ángeles, Alonso Cuervo Isabel, Dávila Díaz Mónica. Guía para identificar la pertinencia de género. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía, 2005. ISBN: 84-7921-126-6. Accesible (previo registro) en http://www.unidadgenero.com/documentos/104.pdf

42 Consejo de Europa. *Mainstreaming* de género. Marco conceptual, metodología y presentación de buenas prácticas. Grupo de especialistas. Ed. Instituto de la Mujer, 1999

43 Department of Gender and Women's Health. World Health Organization. Gender analysis in health: a review of selected tools. World Health Organization, 2002. ISBN 92 4 159040 8. Accesible en http://www.who.int/gender/documents/en/Gender.analysis.pdf

44 De la Cruz Carmen. Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo. Vitoria-Gasteiz, EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer, 1998. Accesible en http://www.emakunde.es/images/upload/guia_cast.pdf

45 Gómez Torralba Rosa. La igualdad de género como factor de calidad. Manual de gestión. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía, 2006. ISBN: 84-690-0479-4. Accesible (previo registro) en http://www.unidadgenero.com/documentos/108.pdf

46 Instituto de la Mujer. Informes de impacto de género. Guía de aplicación práctica, para la elaboración de informes de impacto de género de las disposiciones normativas que elabore el gobierno, de acuerdo a la Ley 30/2003. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005. Accesible en http://www.mtas.es/Mujer/publicaciones/docs/Guia%20impacto_%202007.pdf

47 Intitut Catalá de les Dones. Informes de impacto de género. Intitut Catalá de les Dones, Generalitat de Catalunya, 2005. Disponible en http://www.gencat.cat/icdona/docs/impactodegenero.pdf

48 Guía para la evaluación del impacto en función del género. Disponible en http://ec.europa.eu/employment_social/gender_equality/docs/gender/gender_es.pdf

49 Instituto Andaluz de la Mujer. Unidad de Igualdad y Género. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía. ISBN: 84-7921-088-5. Accesible (previo registro) en http://www.unidadgenero.com/documentos/96.pdf

50 Ruiz-Cantero María Teresa, Simón-Rodríguez Elena y Papí-Gálvez Natalia. Sesgos de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003. Gac Sanit. 2006;20(2):161-5 Accesible en http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v20n2/nota.pdf

51 Menéndez Menéndez Mª Isabel. Lenguaje administrativo no sexista. IAM, 2006. ISBN: 84-690-2189-3. Accesible en http://www.unidadgenero.com/documentos/107.pdf

52 Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer. El lenguaje, mas que palabras. Propuestas para un uso no sexista del lenguaje. Bilbao: Emakunde, 1998. ISBN 84-87595-70-7. Accesible en http://www.emakunde.es/images/upload/lenguaje_c.pdf

53 Alario Carmen, Bengoechea Mercedes, Lledó Eulalia y Vargas Carmen. NOMBRA: La representación del masculino y el femenino en el lenguaje. Serie "Lenguaje" nº 1. Instituto de la Mujer/ MTAS, 1995. Acceesible en http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/nombra.pdf

54 Garí Pérez Aitana. Hablamos de salud. En femenino y en masculino. Serie Lenguaje nº 5. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), 2006. ISBN: 84-690-3453-7. Accesible en http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/HABLAMOS%20DE%20SALUD%20.pdf

55 Del Olmo Campillo Gemma y Méndez Miras Ana. En dos palabras. En femenino y en masculino. Serie "Lenguaje" nº 2. Madrid: Instituto de la Mujer/MTAS, 1993. Accesible en http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/12dospalabras.pdf

56 Instituto de la Mujer. En femenino y en masculino. Serie "Cuadernos de educación no sexista" nº 8. Madrid: Instituto de la Mujer/MTAS, 1999. Accesible en http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/EnFemenino.pdf

57 Lledó Cunill Eulalia. Las profesiones en femenino y en masculino, de la A a la Z. Serie "Lenguaje" nº 4. Madrid: Instituto de la Mujer/MTAS, 2006. ISBN: 84-689-9773-0. Accesible en http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/las%20profesiones%20en%20fem%20y%20masc.pdf

58 Federación de Mujeres Progresistas. Guía de lenguaje sexista. Accesible en http://www.nodo50.org/ameco/LENGUAJESEX.pdf

59 Ayala Castro Marta Concepción, Guerrero Salazar Susana y Medina Guerra Antonia M. Manual de lenguaje administrativo no sexista. Málaga: Asociación de Estudios Históricos sobre la Mujer, 2002. ISBN 84-600-9829-X. Accesible en http://www.mujeresenred.net/manual_lenguaje_admt-vo_no_sexista.pdf

60 Rohlfs Izabella, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, García-Calvente M, Llacer A, Mazarrasa L, Pasarín MI, Peiró R y Valls-Llobet C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit 2000;14(2):146-155.Accesible en http://hesa.etui-rehs.org/uk/dossiers/files/genero.pdf

61 Aguado-Romeo María J, Márquez-Calderón Soledad y Buzón-Barrera María L. Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía. Rev Esp Cardiol. 2006;59(8):785-93. Accesible en http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13091882&pident_usuario=0&pident_revista=25&fichero=25v59n08a13091882pdf001.pdf&ty=122&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es

62 Rohlfs Izabella, García María del Mar, Gavaldà Laura, Medrano María José, Juvinyà Dolors, Baltasar Alicia, Taurina Carme, Faixedas María Teresa y Muñoz Dolors. Género y cardiopatía isquémica. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 2):55-64. Accesible en http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s2/revision6.pdf

63 Ruiz-Cantero Mª Teresa, Verdú-Delgado María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1):118-25. Accesible en http://www.sespas.es/informe2004/sespas2004p118-125.pdf

64 Velasco Arias Sara. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud. Serie "Salud" nº 9. Madrid, Instituto de la Mujer, 2006. Accesible en http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf

65 Instituto de la Mujer. La publicidad y la Salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones. Serie "Salud" nº 8. Madrid, Instituto de la Mujer, 2005

66 Rodríguez Jiménez Mar. Promoción de salud con mujeres rurales mayores. Mujeres y Salud nº 16 (Dossier 16), 2005. Accesible en http://matriz.net/mys/mys16/dossier/doss_16_5.html

67 Mazarrasa Alvear Lucía. Estrategias de Promoción de la Salud. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T y Yago T. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Minerva ediciones. Madrid, 2001

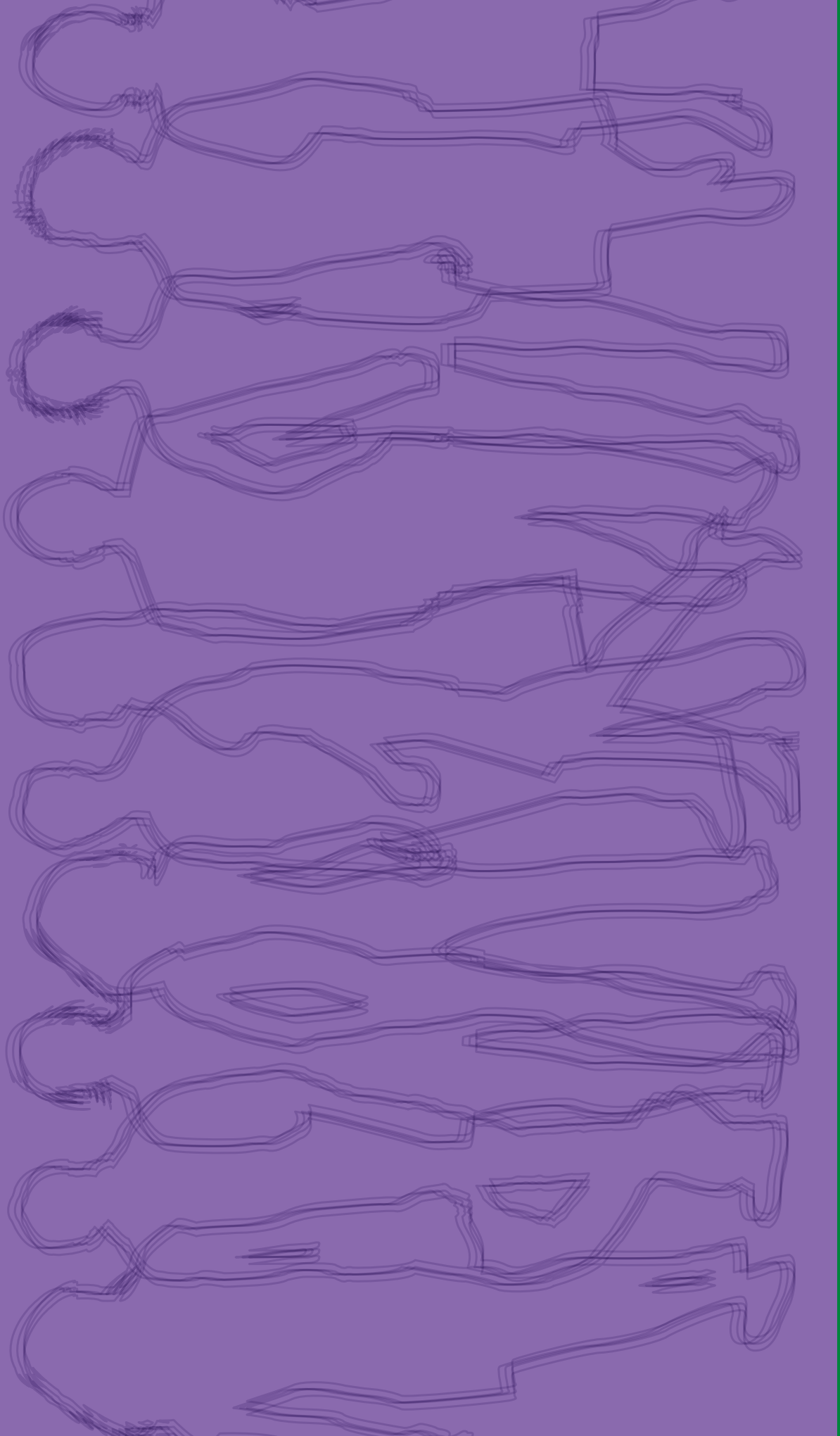
68 Esteban Mari Luz. El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T y Yago T. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Minerva ediciones. Madrid, 2001.

69 Montero Isabel, Aparicio Dolores, Gómez-Beneyto Manuel, Moreno-Küstner Berta, Reneses Blanca, Usall Judit y Vázquez-Barquero José L. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1):175-81. Accesible en http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s1/05saludmental.pdf

70 Castaño-López Esther, Plazaola-Castaño Juncal, Bolívar-Muñoz Julia, Ruiz-Pérez Isabel. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). Rev Esp Salud Pública 2006; 80 (6): 705-716. Accesible en http://www.scielo.br/pdf/resp/v80n6/original5.pdf

71 Canadian International Development Agency (CIDA). The why and how of gender-sensitive indicators: a project level handbook. Minister of Public Works and Government Services Canada, 1997. ISBN 0-62-63146-3. Accesible en http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUImages/Policy/$file/WID-HAND-E.pdf

72 Delgado Ana, López-Fernández Luís A. Práctica profesional y género en atención primaria. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1):112-7. Accesible en http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s1/03practicaprofesional.pdf



JUNTA DE ANDALUCIA