

Mesa:

Políticas de igualdad y de promoción de la salud sensible al género

Programes públics de Promoció de la salut desde la perspectiva de gènere en la Conselleria de Sanitat.

Vita A Arrufat Gallén Métgessa de Salut Pública CSP Castelló

Desde el Centre de Salut Pública de Castelló y guiados por el Artículo 43 de la Constitución Española, donde se reconoce el derecho a la protección de la salud e impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la Salud Pública mediante las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

En la Ley de Salud Pública de la Comunitat Valenciana (Ley de Salud Pública de la Comunitat Valenciana 4/2005) se define la Salud Pública como el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger y promover la salud de las personas y prevenir la enfermedad mediante acciones colectivas.

La Salud Pública concentra su actividad en la vigilancia, la planificación, la prevención y la protección de la salud, por eso necesita de un sistema de información sanitaria, para identificar las necesidades y la planificación y evaluación de los servicios desde una perspectiva de salud, además de la detección de segmentos de la población mal cubiertos o sin acceso a los servicios . En este punto conviene recordar la vigència del RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en el que se niega el acceso a los servicios de salud a emigrantes y jóvenes españoles/as que no han tenido un primer trabajo y son mayores de 21 años.

Son funciones primordiales de la Salud Pública: Valorar las necesidades de Salud de la población y garantizar la prestación de servicios.

Actividades básicas de Salud Pública:

- 1.- Analizar la situación de Salud en la comunidad, por ejemplo el Diagnóstico de salud, que incluye: población por sexos. Tasas de Mortalidad y morbilidad por sexos, Enfermedades de declaración obligatoria,...
- 2.- Describir y analizar la asociación de los factores de riesgo y los problemas de salud. (como la crisis y los suicidios, las desigualdades de género en salud, la salud sexual y reproductiva y la emigración, alimentación infantil y crisis, ...)

- 3.- Prevenir y controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia sanitaria Ébola, VIH SIDA, ...
- 4.- Contribuir a definir la ordenación del sistema de salud (camas por habitante, centros de salud , ...)
- 5.- Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales (saneamiento, alimentación, atención a la cronicidad, educación sexual, ...)
- 6.- Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias (Proyecto Anorexia y Bulimia DITCA, PRELAT, ...)
- 7.- Fomentar la participación social i fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud, UN ejemplo seria el Programa Formando a las personas cuidadoras, ...)
- 8.- Gestionar y evaluar los servicios y programas sanitarios en el ámbito de la Salud Pública.
- 9.- Realizar inspecciones y auditorias en el ámbito de la Salud Pública.
- 10.- Elaborar Guías y protocolos de actuación en Salud Pública para ofrecer información útil y fiable.

Cartera de servicios de SP: Líneas estratégicas¹:

1.- Promoción y educación para la salud (escuela, actividades físicas, alimentación, PIES, accidentes, salud bucodental y discapacidades, Salud bucodental embarazo, vulnerables, tabaco, alcohol, mayores, infantil, lactancia, embarazo, alimentación y actividad física infancia, alimentación y actividad física en el embarazo , PDA.)

2.- Prevención de la enfermedad (Metabolopatías, hipoacusia, inunoprevenibles, SIDA, DITCA, Obesidad, violencia, cáncer colorectal, melanoma, osteoporosis, cardiovascular, cáncer de mama, cáncer de cervix, consejo genético)

3.- Seguridad alimentaria (Vigilancia sistemática, etiquetado, ...)

4.- Salud Laboral (Promoción de la salud en los lugares de trabajo, Empresas generadoras de salud, plaguicidas, seguridad social, riesgo o biológico, ...)

5.- Sanidad Ambiental (Vigilancia de las temperaturas extremas, Legionelosis, vigilancia de aguas e instalaciones acuáticas, Agua de consumo humano)

6.- Información en Salud Pública (morbilidad; SISP, Red centinela, IVE, SIER Enfermedades raras, Mortalidad Perinatal, Estudios Epidemiológicos, mortalidad SIC sistema de información de cáncer, registro de SIDA, Registro renal,

7.- Vigilancia en Salud Pública (Salud infantil i perinatal, gripe, EDO, brotes, Red de vigilancia microbiológica MIVA, Vigilancia especial)

8.- Laboratorio de Salud Pública (registro, laboratorios de SP)

¹<http://www.sp.san.gva.es/cartera.jsp> Consultado 3 Oct 2014

9.- Investigación (Red valenciana de BIobamcos, Pirosecuenciación, ...)

10.- Formación (Pregrado i postgrado)

Los Programas de Promoción de la Salud, Educación para la salud i prevención de la enfermedad se proveeran por los servicios sanitarios asistenciales, los programas de base poblacional se prepararán desde los servicios de Salud Pública (Detección precoz de cáncer de mama y colón).

El Servicio de Salud infantil y de la mujer, (el título explica la importancia de cada uno) Antes se llamaba “Servicio de salud Materno infantil”. Este servicio és en la DGISP el encargado de la coordinación de los programas de promoción de la salud dirigidos a las mujeres y niños/as. Hay una una sección en el CSISP dedicada a la prevención de la violencia.

Actualmente los programas con perspectiva de género que se incluyen en la cartera de servicios del Centre de Salut Pública de Castelló son:

- **Preparación para la maternidad y paternidad responsable. Programa de Seguimiento del embarazo, parto y postparto** ².

Informes de salud del embarazo³

Destacar el documento de consenso aprobado por el Consejo Interterritorial de sanidad⁴ que abarca todas las comunidades autónomas de España: Estrategia del Parto Normal, primer documento del Observatorio de Salud de la mujer Ministerio de Sanidad y políticas sociales, que ya no existe.

La introducción de la educación para la paternidad y maternidad responsables ha requerido de un trabajo de investigación desde la perspectiva de género enfocado a dar a la mujer el protagonismo del embarazo y el parto, al tiempo que la mujer decide compartir la maternidad con la pareja, por ello se denomina paternidad responsable.

- **Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género**⁵(PDA)

²<http://www.sp.san.gva.es/sscc/servEntrada.jsp?CodSer=S001&Opcion=SANMS11&MenuSup=SANMS1&Nivel=2>

Consultado 3 Oct 2014

³<http://www.sp.san.gva.es/sscc/progSalud.jsp?CodProg=PS01&Opcion=SANMS1141&MenuSup=SANMS11&Nivel=2>

Consultado 3 Oct 2014

⁴ <http://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/home.htm> Consultat 2 Octubre 2014

⁵<http://www.sp.san.gva.es/sscc/progSalud.jsp?CodProg=PS83&Opcion=SANMCI10213&MenuSup=SANMCI102&Nivel=2>

Consultado 3c Oct 2014

En España 12,1% de mujeres entre 18 y 29 años y un 11,2% entre 29 y 39 años, padecen malos tratos. En el 40% de las denuncias por violencia de género presentadas al cuerpo nacional de policía y a la Guardia civil, desde el año 2003 al 2007, la víctima tenía de 15 a 30 años.

El PDA también incluye información para los jóvenes adolescentes⁶, explicando “la rueda de poder y control durante el noviazgo”.

En la Comunitat Valenciana y en el Estado Español y fruto del acuerdo del Consejo Interterritorial de Sanidad, se implanta el Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género y/o doméstica⁷.

- PDA :

- 1.- Pregunta, a todas las mujeres;
- 2.- Detecta el maltrato (cuestionario AAS) y
- 3.- Analiza el riesgo (cuestionario DA) Interviene según cada caso y registra en la historia clínica.



<http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/index.html>

⁶ <http://sivio.san.gva.es/la-violencia-de-genero-durante-el-noviazgo> Consultado 7 Octubre 2014

⁷ <http://sivio.san.gva.es/ciudadanos> consultado 7 Octubre 2014

- Programa Formando a las personas cuidadoras:



Formant
a
les Persones
Cuidadores

Tallers de formació
als cuidadors de
malalts crònics
als centres
de salut

Con el Objetivo General de aumentar la cantidad y la calidad de vida “Añadir años a la vida y vida a los años” de las personas con enfermedades crónicas. Tanto personas mayores de 65 años como personas con discapacidad por medio de la realización de un programa de formación a sus cuidadores.

Los objetivos de un programa de formación a cuidadores de enfermos crónicos (diabéticos, hipertensos, obesos, artrósicos, neurológicos, daño cerebral sobrevenido, ...) y ancianos o personas con discapacidad, emergen de las metas en salud, que deben orientarse a la acción. En general las metas serán diferentes según las patologías abordadas, y presentan unas finalidades comunes que están presentes en la calidad de vida:

- .- Reducir la mortalidad.
- .- Reducir la morbilidad.
- .- Evitar la aparición de secuelas y complicaciones.
- .- Disminuir el número de ingresos hospitalarios.

Los Objetivos específicos planteados son:

- .- Conocer el papel de las redes informales de apoyo (familiares, amigos, vecinos, etc.) para el cuidado de ancianos y enfermos crónicos en la Zona de Salud. Analizar la estructura y modelos de funcionamiento de estas redes. Establecer registro de casos de enfermos crónicos, en el Centro de Salud, y mantenerlo actualizado.
- .- Establecer registro de personas que ejercen de cuidadores/as, contemplando la nacionalidad, la edad, y el tiempo de estancia en el país.
- .- Ofrecer herramientas para identificar los problemas, necesidades y demandas de los cuidadores familiares de personas dependientes.
- .- Analizar las consecuencias que tiene sobre los cuidadores familiares la atención continuada de personas con dependencia. Aportar instrumentos concretos para evaluar la carga del cuidador y el impacto de la enfermedad sobre

el núcleo familiar.

- .- Debatir y entrenar en estrategias de apoyo a los cuidadores desde los servicios de atención sanitaria y social.
- .- Capacitar en cuidados de salud a las personas que cuidan a los enfermos crónicos en la casa sean asalariadas o no.
- .- Actualizar criterios e información para la capacitación del personal que atiende a enfermos crónicos en los Centros de Salud mediante una “Jornada anual de actualización en la atención de las personas con problemas crónicos de salud y atención domiciliaria del Departamento de Salud 02” en la que se actualizarán los conocimientos necesarios para el cuidado de las personas con enfermedades crónicas o con minusvalías, mediante una Jornada conjunta de profesionales de la Salud de atención Primaria y Especializada de los Departamentos de Salud.

Objetivos docentes:

- .- Conseguir que la medicina basada en las pruebas sea la base de los cuidados de salud para los enfermos crónicos.
- .- Conocer el papel de las redes informales de apoyo (familiares, vecinos, amigos, etc.) para el cuidado de la salud de ancianos y enfermos crónicos. Analizar la estructura y funcionamiento de estas redes.
- .- Ofrecer herramientas para identificar los problemas, necesidades y demandas de los cuidadores familiares y contratados de personas dependientes.
- .- Debatir y entrenar en estrategias de apoyo a los cuidadores desde los servicios de atención sanitaria y social.

La finalidad de la incorporación de acciones educativas en los Programas de Atención a enfermos crónicos, podría definirse como: conseguir que las personas con problemas crónicos de salud que acuden a los Centros de Salud, mejoren su calidad de vida, ayudándoles a asumir su situación personal concreta, desarrollando y/o modificando estilos de vida favorecedores para el control de su enfermedad y fomentando su autocuidado:

Objetivos cognitivos: podrían orientarse a que los cuidadores de los pacientes contribuyan a que el enfermo:

- .- Conozca las características mas relevantes de su enfermedad
- .- Tenga información básica sobre su pronóstico y sobre las situaciones que suponen riesgo..
- .- Conozcan la influencia de sus hábitos de vida sobre el control de su proceso crónico y especialmente la influencia de la alimentación, del ejercicio físico, los cuidados higiénicos y el control adecuado de la medicación.

Objetivos actitudinales: podrían orientarse a que los cuidadores de los pacientes transmitan al afectado:

- .- La necesidad de asumir la cronicidad del proceso
- .- Valoren positivamente las modificaciones de hábitos de vida que han de incorporar en su vida cotidiana.
- .- Alcanzen o mantengan el máximo grado posible de autonomía personal.
- .- Desarrollen una actitud flexible y positiva ante posibles cambios en la evolución de su patología o en su tratamiento.

Objetivos conductuales: Podrían orientarse para que los cuidadores comunicaran al paciente:

- .- Desarrollen habilidades para realizar una dieta adecuada a sus necesidades.
- .- Adquieran hábitos de ejercicio físico apropiados a su situación
- .- Adquieran destrezas en determinados cuidados personales favorecedores de su salud.
- .- Tengan la capacidad de reconocer los síntomas más frecuentes en la evolución de su enfermedad.
- .- Desarrollen las habilidades necesarias para conseguir su autocuidado.

Actividades:

- Nombrar a una persona del equipo que compone el Centro de Salud, responsable del Programa.
- .- Poner en conocimiento de las diferentes instituciones de la comunidad la existencia del programa y las actividades a desarrollar.
- .- Encuestar a los/las cuidadores de los temas más interesantes para preparar el programa docente.
- .- Realizar encuesta a los profesionales de salud del centro para conocer las actividades sanitarias más solicitadas por los enfermos crónicos en el programa de atención al domicilio
- .- Establecer la periodicidad de la docencia. En principio se recomiendan sesiones de 3 horas semanales durante 3 meses. Suponen un total de 40 horas. Se puede repetir el ciclo de formación trimestral si es necesario
- .- Seleccionar el espacio donde realizar las actividades docentes
- .- Preparar la relación de personal docente por áreas temáticas.
- .- Dado que la información al cuidador no es una demanda urgente se establecerá comunicación para resolver dudas de los cuidadores a través del PAC.

Con el Programa Formando a las personas cuidadoras hemos conseguido introducir la perspectiva de género en los cuidados a la cronicidad. También formamos e

informamos a las cuidadoras, en su mayoría mujeres. Conseguimos empoderar a las cuidadoras en los cuidados a la cronicidad, con ello conseguimos mejorar la relación de la cuidadoras con el/la enfermo/a crónico/a. Además de conseguir que la cuidadora conozca sus limitaciones y disponga del apoyo de las/os profesionales del centro de Salud.

| C DE SALUD | Nº TALLERES | Nº CUIDADORES | Nº PROFESORES |
|----------------------|-------------|---------------|---------------|
| 2 | 8 | 67 | 69 |
| Nou D'Octubre | | | |
| Gran Via | | | |
| Palleter | 1 | 10 | 13 |
| CSI Grao | 1 | 11 | 9 |
| Rafalafena | 1 | 7 | 8 |
| Benicàssim | 2 | 8/10 | 7/7 |
| Oropesa | 1 | 8 | 7 |
| Illes Columbretes | 1 | 7 | 10 |
| Fernando el Católico | 1 | 9 | 8 |

La tabla nos muestra los talleres para cuidadoras realizados en un año, los profesores son los miembros del Equipo de Atención Primaria del centro de Salud en donde se realizan los talleres (médico, enfermera, T Social, Auxiliar de Clínica, psicólogo de USM)

Destacar que utilizando el cuestionario de las viñetas COOP- WONCA, podemos decir que las mejoras en la medición de los aspectos de la calidad de vida son apreciables, como ejemplo la imagen de abajo que representa la mejora de la forma física tras la realización del taller

Viñetas COOP-WONCA Evaluación **Forma física** antes y después del taller por C de salud



- Programa de intervención en salud sexual⁸: PIES

Defendemos desde esta posición pública la formación en Educación sexual necesaria para acabar con los embarazos no deseados y las agresiones sexuales en todas sus representaciones. Y añadir que la educación sexual ha de prever la formación en autoconocimiento a todas las jóvenes⁹.

El PIES que actualmente está en marcha en los colegios de Secundaria, necesita hacerse extensivo a más cursos y niveles educativos, también la formación de profesorado y el refuerzo con asignaturas como Ciudadanía o proyectos como Escuelas promotora de salud (en crisis dado que España no ha presentado responsables en el Ministerio, ni autonomías para la UE en los últimos años)

España, y en concreto la Comunidad Valenciana ha quedado fuera de los proyectos europeos¹⁰ que se han diseñado para acabar con la violencia sexual en los jóvenes. Esta necesidad se ha entendido, por ejemplo en las universidades de Cambridge i Oxford¹¹ que obligan a los jóvenes (varones y mujeres) a realizar el curso “Consentimiento sexual “. Recordaré que 40% de IVEs en menores de 19 años se producen por relaciones no consentidas por la joven, por tanto violaciones”, agresiones sexuales.

- Programa de Promoción de la salud en personas mayores: Jornada anual Personas Mayores

Desde el CSP atendemos las necesidades de salud de las personas mayores con la difusión de la información de las medidas de prevención y la participación en la Estrategia de Envejecimiento Activo.

- Prevención de la osteoporosis¹²

Con la prevención de la osteoporosis la Consellería informa a personal sanitario y este a la población de los factores de riesgo de la osteoporosis, de las medidas de prevención y de los elementos que afectan al desarrollo de la masa ósea y favorecen la consecución de un pico de masa ósea elevado:

- La herencia genética que nos transmitan nuestros padres.
- Tomar un adecuado aporte de calcio en la alimentación.

⁸<http://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?CodPunto=3307&Opcion=SANMCI101&MenuSup=SANMCI1&Nivel=2>

Consultado 3 Oct 2014

⁹ Tumblr autoconeiximent Liceu de dones <http://liceudedones.tumblr.com/> Consultado 7 Octubre 2014

¹⁰ <http://www.rutgerswpf.org/> Consultado 7 Oct 2014 <http://ysav.rutgerswpf.org/>

¹¹ The Independent <http://www.independent.co.uk/news/education/higher/freshers-week-oxford-and-cambridge-university-running-compulsory-sexual-consent-classes-9746220.html> Consultado 7 Octubre 2014

¹²<http://www.sp.san.gva.es/sscc/plan.jsp?CodPlan=40&Opcion=SANMCI10208&MenuSup=SANMCI102&Nivel=2> Consultado 7

Oct 2014

- Realizar ejercicio físico de manera habitual.

El tabaco dificulta el conseguir el pico de masa ósea elevado.

| |
|---|
| Factores de riesgo para la osteoporosis: |
| <p>Características personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad (a mayor edad mayor riesgo) • Sexo (las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres) • Raza (los blancos caucásicos tienen más riesgo que los negros) • Antecedentes familiares (mayor riesgo para quien su madre ha tenido osteoporosis) • Menopausia precoz (antes de los 45 años) • Menopausia quirúrgica • Delgadez |
| <p>Estilos de vida que aumentan el riesgo de tener osteoporosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dieta pobre en calcio • La falta de ejercicio • El fumar y el consumo elevado de alcohol • Enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> • Intestinales (pérdida del estómago o intestinos) • Hipertiroidismo • Diabetes • Hepatitis crónicas • Artritis reumatoide • Amenorreas (falta de la regla más de un año) • Fármacos: <p>Cortisona, anticonvulsivos, heparina y otros</p> |
| |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Medidas de prevención | | |
| De la osteoporosis | En la infancia y juventud, conseguir el máximo pico de masa ósea | Llevar una dieta con calcio suficiente Hacer ejercicio de modo habitual No fumar Mantener un peso adecuado evitar los factores de riesgo |
| | Adultos De las fracturas Evitar los | |

| | | |
|--|---|---|
| | traumatismos contribuye a evitar las fracturas. | |
| Evitar las circunstancias que favorecen que las personas caigan y se fracturen la cadera | Edad avanzada (mayores de 70 años ¹³) | |
| | Enfermedades: | <p>Mala visión y/ audición. Dificultad para caminar.</p> <p>Deterioro mental. Consumo de fármacos que dan sueño o alteran el equilibrio.</p> <p>Obstáculos y/o mala iluminación en la vivienda.</p> <p>Vivir fuera de la vivienda habitual.</p> |

Conclusiones:

Aplico las conclusiones a la cronicidad descritas por Alicia Llacer¹⁴ epidemiologa CSIC ISCIII, ya que és la población emigrante, y en concreto las mujeres emigrantes, son las que realizan las tareas de cuidados a la cronicidad remunerados en el domicilio, las que aportan la interculturalidad a los cuidados. Las mujeres epañolas estamos dejando de cuidadr en el domicilio y se mercantilizan las tareas que antes (tambien ahora en muchos hogares en crisis”) realizabamos nosotras en “B” en negro sin que se contabilice en el PIB,

Se comienza a hablar de la necesaria introducción del género^{15 16}, pero no esta

¹³ Este determinante de salud, la edad, no la podemos evitar. El proceso de envejecer y morir es lo normal y natural, pero no queremos que nos lo recuerde nadie.

¹⁴ Alicia Llacer “Unanswered questions and knowledge gaps remain about the precise way in which gender interacts with other social health determinants to shape the health of migrant populations. Further research is thus called for to advance towards a conceptual model of health and migration that integrates a gender perspective. This model could guide research to identify gender specific stressors, resources and vulnerabilities, which could then be targeted by public health services in destination countries to promote a better and healthier life for all migrants, men and women alike. (Ver 9)

¹⁵ Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres
<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115> Consultada 7 Octubre 2014

¹⁶ Ley Orgánica 2/2004, de 28 de diciembre de 2004, de medidas de Protección integral contra la violencia de género.

reflejada la perspectiva de género en la Administración Sanitaria. Como indicadores para valorar la perspectiva de género en los programas de salud hay que tener en cuenta al menos el sexo y el género,

El género se entiende¹⁷ como los roles diferenciados de hombres y mujeres asumidos histórica y socialmente y que determinan un reparto desigual del poder estructural. El análisis desde la perspectiva de género supone reconocer que hombres y mujeres históricamente trabajan en unas relaciones configuradas en la subordinación con influencias en todos los aspectos de sus vidas, siendo estas diferentes y vulnerables. La asimetría entre los sexos, surge por, entre otras cosas, las desigualdades sociales y en la valoración económica del trabajo productivo (empleo remunerado) y el trabajo reproductivo (trabajo impagado, como ama de casa, cuidadoras de enfermos crónicos o personas con discapacidades)

Los listados de plazas relacionan los nombres de las profesiones masculinizadas (médico, enfermero, celador, auxiliar,...) ultimamente no se contemplan los femeninos.

Se entiende la diferencia de sexos (sobre todo las diferencias biológicas como el embarazo, el parto, la menopausia, cáncer de mama, ...) pero no las diferencias de género (sobrecarga por la doble o triple jornada de trabajo, estrés de las cuidadoras, menos autonomía económica/emocional, Sdr. de Yentl, Sdr. De la abuela esclava, ,...

El malestar de las mujeres desde el sistema de atención público pasa por la medicalización de los síntomas. Tenemos que desmedicalizar la atención sanitaria hacia las mujeres y la propuesta es empoderar en salud a las mujeres¹⁸. (elevado consumo de medicamentos tranquilizantes, ansiolíticos,... mayor en las mujeres) También anotar que a las mujeres con problemas de salud cardiovasculares se les realizan menos pruebas diagnósticas y llegan más tarde al tratamiento. Las mujeres con problemas cardiovasculares refieren acudir más tarde a los servicios de salud porque dicen que están ocupadas con la atención de niños, bebés, personas con minusvalía y ancianos.

No hay Diagnósticos de Salud ni planes de igualdad en Atención Primaria ni en la Asistencia Especializada.

Aunque todo el mundo lo sabe, no se explicita en ninguna parte, Memoria de AP o de Hospital, que el género femenino es mayoritario en los lugares de trabajo,

<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-21760> Consultado 7 Octubre 2014

¹⁷ Alicia Llacer; M Victoria Zunzunegui, Julia del Amo, Lucía Mazarrasa y Fco. Bolívar The contribution of a gender perspective to the understanding of emigrants health. *J Epidemiol Community Health*. Dec 2007; 61(Suppl 2): ii4–ii10. Extraído de Rolfs I, Mazarrasa L, Género y Salud *et al* eds. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana 2003. 533–553.553

¹⁸ Nuestros cuerpos nuestras vidas. Colectivo de Boston de.

mientras que el género masculino es mayoritario en todas las “jefaturas. Excepciones la Directora General de Salud Pública, y las Directoras médicas de H General y la Plana que son mujeres

Las iniciativas de empoderamiento que se implantaron con el Programa de Atención Integral a la mujer Climatérica ya no se realizan. La administración entiende la igualdad como que son necesarios los grupos de hombres en la edad adulta (mayores de 40 años) y de mujeres. También recomienda que los grupos sean mixtos, cosa no factible mientras la igualdad de sexos o sea más real. Unir los dos sexos en los grupos de educación para la salud no significa que hayamos superado la igualdad en el acceso a los servicios de salud, ni igualdad de conocimientos...

La administración sanitaria no ha hecho público, de momento, el reconocimiento a las mujeres por los cuidados que aportan a la familia, la infancia la adolescencia, a los viejos y enfermos crónicos y personas con discapacidades. Estos cuidados que llamamos “trabajo no remunerado” y que no se incluyen en el PIB como pide M^a Angeles Durán¹⁹. Mientras que los gobernantes si han incluido la prostitución!

Las actuaciones hacia la población femenina tradicionalmente se han dirigido a la medicalización y a una mayor frecuentación médica, y no al empoderamiento de las mujeres con la educación para la salud y la promoción. Esta educación se produce en la preparación del parto y postparto pero no para las cuidadoras de personas con enfermedades crónicas y discapacidades. La Conselleria ha iniciado la formación de enfermos crónicos (profesionales sanitarios/as o no) con la licencia de la Universidad de Stanford²⁰. La Conselleria de Sanitat ha iniciado la formación de profesionales de enfermería en el programa de atención a los enfermos crónicos de la Universidad de Stanford²¹. En breve se comenzará con la formación de “enfermos expertos” para que realicen la educación y la prevención de la cronicidad. Puede que sirva para visibilizar a todas las mujeres enfermas crónicas²² y a sus cuidadoras.

Es el momento de hacer la crítica constructiva y corregir los errores de gestión sanitaria y procurar una gestión eficiente. Es la hora de avanzar en la igualdad de géneros en la sanidad pública.

¹⁹ http://elpais.com/tag/maria_angeles_duran/a/ (consultado 2 de octubre 2014)

²⁰ Paciente experto http://www.elperiodicomediterraneo.com/noticias/castellon/buscan-rol-mas-activo-enfermo-cronico_890970.html Consultado el 13 Oct 2014

²¹ Per cert el programa del pacient expert de l'Universitat de Stanford està disenyat per una infermera Kate Lorig, pionera de l'educació entre iguals.

²² Les dones a partir dels 45 anys, tenen més incapacitats degudes a malalties cròniques que els homes. A més són les cuidadores de malalts crònics, per tradició i per economia (contractació de emigrants “doble feminització dels cuidadors”

Siglas:

DGISP: Dirección General de Investigación y salud pública.

CSISP: Centro superior de investigación y salud pública

USM: Unidad de Salud Mental

CSP: Centro de Salud Pública

EAP: Equipo de Atención Primaria