



methaodos.revista de ciencias sociales

E-ISSN: 2340-8413

coordinador@methaodos.org

Universidad Rey Juan Carlos
España

Panisello Chavarría, María Luisa; Pastor Gosálbez, Inma
Políticas sanitarias con perspectiva de género. Avances y retrocesos en Cataluña
methaodos.revista de ciencias sociales, vol. 4, núm. 2, 2016, pp. 225-239
Universidad Rey Juan Carlos
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441548188003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Políticas sanitarias con perspectiva de género. Avances y retrocesos en Cataluña

Health policies with a gender perspective. Progress and retrogression in Catalonia

María Luisa Panisello Chavarría

Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.
marisa.panisello@urv.cat

Inma Pastor Gosálbez

Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.
inma.pastor@urv.cat

Recibido: 29-08-2016
Aceptado: 05-10-2016



Resumen

La eliminación de las desigualdades en salud por razón de género forma parte de las prioridades de diferentes organismos internacionales desde hace años. La incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias es el camino para hacerlo posible. Sin embargo, los avances en este sentido han sido limitados. En este artículo se exponen los avances y las dificultades encontradas en el desarrollo de dicha perspectiva de género en los últimos 10 años. Para ello se ha operativizado el concepto perspectiva de género aplicado a las políticas sanitarias y se ha analizado su aplicación tanto en la normativa desarrollada como en la práctica profesional. El artículo está centrado en el caso de Cataluña y recoge tanto un análisis documental como entrevistas en profundidad a una selección de agentes que participan en los diferentes momentos de la actuación del sistema sanitario. Nuestro análisis muestra que en Cataluña se inició, a partir de 2006, el camino para la introducción de la perspectiva de género en las políticas sanitarias. Sin embargo, diferentes factores explican el retroceso finalmente producido.

Palabras clave: desigualdades en salud, mujeres, políticas de igualdad, políticas públicas, sistema de salud.

Abstract

The elimination of health inequalities based on gender is part of the priorities of different international organizations for years. The incorporation of gender mainstreaming in health policies is the way to make it happen. However, developments in this respect are limited. This article exposes the progress and difficulties found in the development of gender perspective in the last 10 years. For this we have operationalized the concept of gender perspective applied to health policies and it has been analyzed its application in the regulations developed and professional practice. The article is focused on the case of Catalonia and includes both a documentary analysis and in-depth interviews with a selection of actors involved in the various moments of the performance of the health system. Our analysis shows that in Catalonia it began, from 2006, the way for the introduction of the gender perspective in health policies. However, different factors explain the decline finally produced.

Key words: Equality Policies, Health Inequalities, Health System, Public Policy, Women.

Sumario

Introducción | 2. Contexto: las políticas de igualdad en Cataluña | 3. Metodología y marco analítico | 4. Resultados | 4.1. La perspectiva de género en la legislación y en las acciones del departamento de salud de la Generalitat de Cataluña | 4.2. La perspectiva de género de los planes directores del departamento de salud de la Generalitat de Cataluña | 4.3. Dificultades en la integración de la perspectiva de género en las políticas públicas. La opinión de los profesionales de la salud | 5. Discusión y conclusiones | Referencias bibliográficas

Cómo citar este artículo

Panisello Chavarría, M.L. y Pastor Gosálbez, I. (2016): "Políticas sanitarias con perspectiva de género. Avances y retrocesos en Cataluña", *methaodos. revista de ciencias sociales*, 4 (2): 225-239. <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v4i2.119>

1. Introducción

Los sistemas sanitarios se crean para dar respuesta a las necesidades de salud de la población y son el resultado de una larga evolución histórica, así como de un conjunto de factores diversos que forman parte del sistema social. Son múltiples los estudios que ponen de manifiesto que las desigualdades sociales por razón de género perduran en nuestra sociedad y también en el campo de la salud. A partir de los años noventa del siglo XX, diversos estudios (Cuaderno CAPS, 1991; Wilkinson, 1996; Valls-Llobet, 1998; Marrugat et al., 1998; Rohlfs et al., 2000) muestran que las mujeres y los hombres tienen diferentes maneras de enfermar y de metabolizar los fármacos, así como también diferentes estilos de vida relacionados con los problemas de salud. La principal contribución de estos estudios es poner de manifiesto que el género, junto con otras dimensiones como la clase social, es un determinante en el proceso salud-enfermedad, produciendo desigualdades que se manifiestan en el acceso a los hospitales, las listas de espera y las estrategias terapéuticas (Ruiz-Cantero et al., 2004). Elementos que intervienen en la salud y en la atención sanitaria y que dan como resultado diferencias y desigualdades en la salud y en la atención sanitaria por razón de sexo/género.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto desigualdades en salud se refiere a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, en función de su clase social, género, territorio o etnia, relacionado con un peor estado de salud de los colectivos más desfavorecidos. La OMS refiere que estas diferencias en materia de salud son innecesarias, evitables e injustas (Whitehead, 1992). Estas desigualdades pueden ser modificadas mediante políticas sanitarias y sociales. Según Sen, George y Östlin (2005), el enfoque de la salud con perspectiva de género diferencia los factores biológicos de los factores sociales a la vez que explora su interacción. Además, tiene en cuenta la forma en que la desigualdad influye en las experiencias de salud y sirve de orientación para identificar las respuestas apropiadas a dar por parte del sistema de atención de salud y de la política pública.

Son muchos los organismos internacionales que han efectuado declaraciones y recomendaciones para eliminar las desigualdades en salud por razón de género. Por un lado, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y otros acuerdos internacionales como el Tratado de la Unión Europea y la carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, donde se reconoce la importancia del derecho a la igualdad entre hombres y mujeres, así como el derecho de todos a vivir sin sufrir discriminaciones, incluyendo el acceso a la atención de salud. La OMS elaboró, en el año 2002, un documento sobre la integración de la perspectiva de género e instaba a promover la integración del género en los sistemas de salud y, así, garantizar, en igualdad, el derecho a la salud de las mujeres y los hombres mediante las políticas públicas. Por su parte, la IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre las Mujeres (Beijing, 1995) marcó la línea de orientación para introducir el género en todas las acciones de gobierno (*mainstreaming* o transversalidad), entre las que se incluyen los sistemas sanitarios. La introducción de la perspectiva de género dentro de los sistemas sanitarios tiene como finalidad eliminar la discriminación en relación con la salud y sus problemas por razón de género.

Actualmente, un objetivo común en todos los ámbitos de los sistemas sanitarios es promover la inclusión del enfoque de género para lograr la igualdad y la equidad en salud siguiendo las recomendaciones de los organismos internacionales¹. Entre otros organismos, la 60ª Asamblea Mundial de la Salud (2007) insta a los Estados miembros a seguir unas recomendaciones, de las cuales cabe destacar la referencia a la necesidad de tener en cuenta las cuestiones de género.

Virginia Guzmán define las políticas públicas de género como los procesos por los cuales son elaborados e implementados programas de acción pública, es decir, dispositivos político-coordinados en torno a objetivos explícitos, que buscan corregir la desigualdad que se genera en el sistema de género, favoreciendo la equidad entre los hombres y las mujeres (Guzmán, 2001). Siguiendo a García Prince (2008),

¹ 60ª Asamblea Mundial de la Salud WHA60.25 Punto 12.12 del orden del día 23 de mayo de 2007. Incorporación del análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategia, siguiendo las recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), las recomendaciones de la Conferencia Beijing +10 (2005), las conclusiones 1997/2 del Consejo Económico y Social, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas 2000, el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, la resolución WHA58.30, sobre la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud y acordados internacionalmente, incluidos en la Declaración del Milenio.

para analizar las políticas públicas hay que tener en cuenta las diferentes fases del proceso de desarrollo de las mismas: el compromiso político, el marco normativo, la implementación y la evaluación.

En relación a las políticas de igualdad en el sistema sanitario español es necesario apuntar que la Ley General de Sanidad de España (Ley 14/1986 del 25 de abril) tuvo por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, no mencionando el principio de igualdad entre hombres y mujeres. Para verlo recogido se tuvo que esperar a la Disposición adicional octava de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que introdujo modificaciones de la Ley General de Sanidad, y planteó la igualdad entre hombres y mujeres como principio articulador también en los sistemas sanitarios, así como también señaló la necesidad de fomentar la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del año 2006, elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ya recogía como estrategia número 4: "Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género". Para ello se proponía: "Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud". Y también: "Generar y difundir conocimientos en relación con las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en las reducciones de las desigualdades en salud, mejorando así la atención a los grupos más desfavorecidos y en riesgo de exclusión".

En este artículo² se analizan las políticas de igualdad de género³ desarrolladas en Cataluña en el ámbito de la salud. Los resultados muestran la relevancia del impulso político para conseguir avances en la incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias, destacando en Cataluña un importante auge entre 2006 y 2009 y un posterior declive. El color político del gobierno se presenta como un factor relevante. El análisis realizado del marco normativo desarrollado en Cataluña en los últimos años muestra la voluntad, por parte del gobierno, de avanzar en la integración de la perspectiva de género en las diferentes políticas y así lo muestran los Planes de igualdad elaborados.

Dado que los indicadores de salud muestran, todavía, importantes desigualdades entre hombres y mujeres, se hace necesario conocer si dicha voluntad está presente también en el diseño y desarrollo de las políticas sanitarias. Este artículo da respuesta a este interés y explora las dificultades existentes para avanzar en la integración de la perspectiva de género en las actuaciones sanitarias. El periodo de estudio se enmarca entre el 2006 y el 2013 y responde a la vigencia de los dos planes de salud más recientes: el del 2006 y el del 2011, cada uno de ellos realizado bajo gobiernos de color político diferente. Cabe avanzar una primera idea del análisis realizado: el declive de dicha incorporación a partir de 2010, coincidiendo con un cambio de gobierno en Cataluña.

Para conocer y explicar los avances –limitados– de las políticas de igualdad de género en el ámbito de la salud, así como las dificultades de implementación de las mismas, en Cataluña, se requiere conocer cuál ha sido el impulso dado a la eliminación de la desigualdad entre hombres y mujeres. A continuación se presenta, a modo de contexto, un análisis de los diferentes planes de igualdad desarrollados en Cataluña entre 1989 y 2011. Seguidamente se desarrolla, en el tercer apartado, el marco analítico desde el cual se analiza la integración de la de género en el sistema sanitario catalán y se expone cómo ha sido la

² Parte de los resultados presentados en este artículo forman parte de la tesis doctoral, "Integración de la perspectiva de género en el Sistema Sanitario Catalán", presentada en la Universidad Rovira i Virgili, calificada con "Cum Laude". Obtuvo el premio Maria Helena Maseras otorgado por dicha universidad en la convocatoria de 2013.

³ A lo largo del artículo se utilizan diferentes expresiones al hacer referencia a las políticas de igualdad de género. Entendemos necesaria una referencia a esta cuestión para evitar confusiones. Como autoras hacemos utilizamos la expresión "políticas de igualdad de género" o "políticas de igualdad" para simplificar. Sin embargo, en el texto se hace referencia en diferentes momentos a "políticas de mujeres y/o para mujeres". En estos casos, la expresión utilizada responde a la forma de nombrar estas políticas en un documento específico o en un contexto determinado, en el que una determinada institución hace esta opción. Las autoras compartimos la opinión que hablar de políticas para las mujeres provoca consecuencias distintas para el análisis que hablar de políticas de igualdad de género. Se ha estudiado de manera amplia en el campo de las políticas de igualdad que las políticas "para mujeres" pueden no contribuir necesariamente a una mayor igualdad de género. Si bien hay que apuntar que en determinadas ocasiones el uso de la expresión "políticas de mujeres" busca una transformación social en la línea de la igualdad de género y además quiere poner en valor los saberes, las características y las especificidades de las mujeres. No nos corresponde aquí entrar en este debate y hemos optado por respetar las expresiones utilizadas por otras instituciones.

recogida de información. Los apartados cuarto y quinto de este artículo ofrecen, respectivamente, los resultados del análisis realizado y las conclusiones a las que se ha llegado una vez discutidos los resultados.

2. Contexto: las políticas de igualdad en Cataluña.

Analizar los avances conseguidos para eliminar las desigualdades entre hombres y mujeres en materia de salud en Cataluña requiere conocer el desarrollo del conjunto de las políticas de igualdad en esa comunidad. Hacerlo nos permitirá valorar el avance y las dificultades específicas encontradas. En este apartado se presentan los planes de igualdad desarrollados en Cataluña desde la creación del Institut Català de les Dones (Instituto Catalán de las Mujeres, ICD en sus siglas en catalán). En el marco del actual Estatuto de Autonomía de Cataluña, la Generalidad de Cataluña tiene competencias exclusivas en políticas de género por la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio. Así, el ICD (creado en 1989 por la Ley 11/89 de 10 de Julio y adscrito, en aquel momento, al Departamento de la Presidencia) es el organismo del Gobierno que diseña, impulsa, coordina y evalúa las políticas de mujeres y para las mujeres que desarrolla la administración de la Generalitat.

Entre los años 1989 y 2001, en Cataluña se aprobaron cuatro planes de actuación para promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. El primero fue el *I Plan de actuación para la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (1989-1992)*, aprobado el 23 de junio de 1989 por el Gobierno de la Generalitat. Cabe destacar que ese primer plan supone el reconocimiento que la igualdad de género constituye una demanda social de justicia y de progreso. Con fecha 28 de junio de 1992, el Gobierno de la Generalitat aprobó el *II Plan de actuación para la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (1994-1996)*. De este segundo documento hay que destacar la introducción de medidas de acción positivas y su preocupación por promover la participación de las mujeres. El *III Plan de Actuación para la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (1998-2000)* fue aprobado por el Gobierno el 7 de enero de 1998, incorporando los Acuerdos adoptados en la Plataforma de Acción de Beijing de 1995 y, por primera vez, se plantea incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos. Entre los ocho apartados de que consta este Plan, el sexto se refiere a "Las mujeres y la salud". En este apartado, los objetivos marcados son incorporar la especificidad de las mujeres en la asistencia sanitaria, sobre todo en salud reproductiva y enfermedades que más afectan a las mujeres y, también, promover la investigación e introducir la especificidad de la salud de las mujeres en las diferentes disciplinas sanitarias.

El *IV Plan de actuación del Gobierno de la Generalitat de Cataluña para la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (2001-2003)* fue aprobado por Acuerdo del Gobierno, de 6 de noviembre de 2001. El análisis de dichos documentos muestra que la actuación política de dichos planes está fundamentalmente centrada en las necesidades de las mujeres, identificándolas y tratándolas como colectivo diferenciado de los hombres. Así, la mayoría de las actuaciones realizadas, están más encaminadas al tratamiento de políticas de mujeres (como puede ser la salud sexual y reproductiva) que en la introducción de la perspectiva de género en las políticas sanitarias. Es un elemento característico de las políticas de igualdad desarrolladas en Cataluña bajo un determinado color político.

A raíz de las elecciones del 16 de noviembre de 2003 se constituye el primer gobierno tripartito formado por el Partido de los Socialistas de Cataluña-Ciudadanos por el Cambio (PSC-CpC), Izquierda Republicana-Cataluña (ERC) e Iniciativa por Cataluña Verdes- Izquierda Unida y Alternativa (ICV-EUiA). En este periodo se publica, por acuerdo de gobierno de 22 de marzo de 2005, el *V Plan de Desarrollo de las Políticas de Mujeres en Cataluña (2005-2007)*. Dicho plan fue elaborado, mediante un proceso participativo amplio y diverso, con el propósito de conseguir una verdadera transversalidad en el diseño y el desarrollo de las políticas de Gobierno, aplicando la Ley 4/2001 que implica la obligatoriedad de elaborar un informe de impacto de género de todas las disposiciones normativas de carácter general (decretos, órdenes y anteproyectos) y dotándolo presupuestariamente. En concreto, el quinto eje trata de "Ofrecer una atención integral ante las necesidades de las mujeres", y respecto a la salud, en la introducción de este eje, se apunta que: "En la última década, se ha hecho visible que la atención sanitaria exige una ciencia médica renovada, con una mirada de género, que tenga en cuenta las diferencias anatómicas, biológicas, psicosociales entre mujeres y hombres, fomentando la participación de las usuarias y los grupos y

entidades de mujeres". El análisis de dicho V Plan, muestra que durante su redacción estuvo presente la voluntad política de introducir la perspectiva de género en el Sistema Sanitario.

Tras los resultados de las elecciones de 2006 se reeditó el acuerdo de gobierno tripartito, y en 2008 se aprueba el VI Plan (2008-2011), que nace dentro de un nuevo contexto normativo que reconoce la igualdad efectiva de mujeres y hombres: el nuevo Estatuto (2006) de Cataluña, la Ley orgánica de igualdad efectiva (2007) y la Ley de Derechos de las mujeres a erradicar la violencia machista (2008). El Plan consta de seis apartados y, en el apartado de "Calidad de vida y cohesión social", señala que:

La salud es un aspecto clave a la hora de evaluar la calidad de vida de mujeres y hombres. Numerosos estudios demuestran las diferencias entre mujeres y hombres en la manera de afrontar y sufrir las situaciones de enfermedad. Los resultados de estos estudios han puesto de manifiesto la existencia de un sesgo de género que obliga a repensar la práctica médico-sanitaria desde la perspectiva de género para mejorar la salud de las mujeres, tanto física como social.

El análisis de dicho VI Plan muestra que reconoce la importancia de los patrones socioculturales respecto al género en relación a los niveles de salud y se propone promover "el empoderamiento de las mujeres, incrementando la participación en el proceso de toma de decisiones en todos los ámbitos de la sociedad". El análisis realizado del VI Plan constata una apuesta por la transversalización de las políticas de igualdad en las administraciones públicas. Sin embargo, se puede mantener, siguiendo a Pastor y Pontón (2015), que si bien entre los años 2003 y 2010 se desarrollaron iniciativas en esta línea, no se pueden dar por consolidadas al no estar garantizada la maquinaria institucional que la hiciera posible.

A raíz de las elecciones de 2010, cambia el color político de la Generalitat de Cataluña pasando a gobernar Convergència y Unió (CiU). Bajo este gobierno se elabora el siguiente plan de igualdad que será el *VII Plan estratégico de políticas de mujeres del Gobierno de la Generalitat de Cataluña (2012-2015)*. En relación al despliegue normativo y regulativo, se propone consolidar la transversalidad de género y la proyección del principio de igualdad entre mujeres y hombres en el conjunto de las políticas, así como potenciar la incorporación de las propuestas que aportan los informes de impacto de género.

El análisis de estos planes de políticas de igualdad en Cataluña, muestra que existe una voluntad política general que orienta la actuación en el ámbito de las políticas de igualdad y que está en línea con la promoción de la transversalidad. Sin embargo, no resulta fácil encontrar referencias ni a la formación de las comisiones ni a los informes de impacto de género ni a la evaluación del seguimiento de la transversalidad que se debe realizar anualmente. Se nos plantea así la necesidad de conocer cómo es la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la salud, más allá de la declaración de voluntades que muestra un Plan de actuación. Es así que este artículo analiza la incorporación de la perspectiva de género en el sistema sanitario catalán siguiendo el desarrollo normativo realizado a tal fin pero también conociendo el impacto -si lo ha habido- sobre la práctica de los profesionales de la salud.

3. Metodología y marco analítico.

Para la realización del análisis se ha trabajado con dos tipos de información. Por un lado, la información resultante de análisis documental y, por otro lado, la información obtenida a partir de entrevistas en profundidad. El análisis documental se ha centrado en la legislación y el marco normativo elaborado por el Departamento de Salud de Cataluña entre 2006 y 2013. Hay que referenciar en primer lugar los cinco Planes Directores del Departamento de Salud -cuyo análisis se presenta en el punto 4.2- que se elaboran a partir del Plan de Salud de Cataluña 2006. En segundo lugar, se ha realizado también la revisión documental del plan de Salud de Cataluña 2011-2015 y del Plan interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) ya que, tras el cambio de gobierno generado por las elecciones legislativas del 28 de noviembre de 2010, dichos documentos son los que rigen las políticas sanitarias del Departamento. También se ha revisado la página web del Departamento de Salud por si hubiera habido algún cambio en aquellos planes directores que siguen estando vigentes.

Para ampliar el análisis e identificar las dificultades encontradas en la incorporación de la perspectiva de género en la práctica profesional se han realizado también entrevistas en profundidad a diversos informantes. Para ello se diseñaron tres grupos de estudio. El primer grupo estuvo formado por ocho mujeres expertas en la relación de las variables género, salud y políticas públicas. Estas entrevistas se

plantearon con el objeto de reflexionar y profundizar en los elementos que debería incluir una política pública sanitaria con perspectiva de género y explorar las dificultades encontradas para diseñar e implementar estas políticas. El segundo grupo diseñado para la realización de entrevistas estuvo formado por 10 personas con responsabilidades en el Departamento de Salud; el objetivo de las mismas era conocer las dificultades para implementar, en el diseño de los planes directores y a través de su aplicación, la voluntad política respecto al principio de igualdad de género, expresada en la normativa. El tercer grupo estuvo formado por 10 profesionales de la salud que trabajan en hospitales y centros de Atención Primaria. Estas entrevistas nos permitieron conocer si las directrices políticas marcadas desde el gobierno se han articulado en medidas aplicables en la práctica profesional.

Llevar a cabo el análisis propuesto requería hacer operativa la categoría “política sanitaria con perspectiva de género”. Tras una revisión bibliográfica y en línea con lo que apuntan diferentes autoras (Amo Alfonso, 2008; Artazcoz, 2005; García Calvente, 2005; García Calvente, 2010; Bustelo, 2005; Lombardo, 2003; Peiró, 2004; Rolfs, 2000; Ruiz-Cantero, 2007; Valls-Llobet, 2006; Velasco, 2009) proponemos definir política sanitaria con perspectiva de género como:

aquella política que en su elaboración -a través de la maquinaria institucional requerida para ello- hace visibles a las mujeres y asegura la participación de éstas, que tiene en cuenta la transversalidad de la perspectiva de género en las actuaciones y en los factores determinantes en el proceso de salud y enfermedad en relación con el sexo/género, y que promueve la perspectiva de género en la investigación y en la formación de los y las profesionales del sistema sanitario (Panisello, 2012).

Entendemos también que incluir la perspectiva de género en las políticas sanitarias requiere emplear un lenguaje y un uso de imágenes no sexista.

Siguiendo esta línea conceptual se plantean una serie de dimensiones –siete dimensiones en concreto– que permiten analizar si dicha perspectiva de género está presente o no en las políticas sanitarias. Dichas dimensiones de la categoría “perspectiva de género” son las siguientes: visibilidad, participación paritaria, lenguaje no sexista, determinantes de salud en relación al sexo/género, transversalidad, investigación y, finalmente, formación. A continuación, se expone una breve presentación y explicación de las mismas⁴.

El primer elemento de una política pública con perspectiva de género, en un mundo androcéntrico, es hacer visibles a las mujeres. Una política sanitaria sin perspectiva de género es aquella que, entre otras cosas, uniformiza la información relevante en salud sin diferenciar los datos y valores relativos a hombres y mujeres. Así pues, la existencia de datos desagregados por sexo nos remite a un primer paso de la incorporación de la perspectiva de género en sanidad.

Una política con perspectiva de género requiere un segundo elemento que es la participación paritaria de hombres y mujeres en todo el proceso de diseño de los planes o programas determinados. En nuestro caso se ha analizado el nombramiento de los equipos directores, redactores, consejos asesores, órganos de participación para conocer si ha sido paritario o no.

La tercera dimensión hace referencia a la utilización de un lenguaje integrador en todo el diseño; lenguaje que visibilice por igual mujeres y hombres, tanto en el lenguaje escrito como en el visual. En cuarto lugar, consideramos que aplicar la perspectiva de género requiere también, y por eso lo recogemos como una dimensión específica, identificar y tener en cuenta –en el programa o plan de que se trate– los factores derivados del sexo/género del paciente, que intervienen como determinantes de la salud.

En quinto lugar, a nuestro entender, una política que incluya la perspectiva de género requiere de la transversalidad como mecanismo de aplicación. La transversalidad⁵ implica que el género esté presente en todas las políticas y que, en el momento de planificarlas, se tenga en cuenta el impacto que producirán en

⁴ Para una lectura más detallada y exhaustiva de dichas dimensiones se puede consultar la tesis doctoral “Integració de la perspectiva de gènere en el Sistema Sanitari Català” <http://www.tdx.cat/handle/10803/84140>.

⁵ Una exposición detallada de lo que supone una política transversal se puede encontrar en diversas autoras y publicaciones. Destacamos el proyecto MAGEEQ, acrónimo de *MA*instreaming *GE*nder *EQ*uality que estudia las diferentes formas de entender la igualdad y el maintreaming de género en el ámbito de la Unión Europea (Bustelo y Lombardo, 2005). En el ámbito catalán cabe destacar la publicación *Informes d'impacte de gènere* (Generalitat de Catalunya, 2005). Recordamos que este artículo no pretende realizar un estudio acerca de la transversalidad en las políticas de salud sino analizar si las políticas sanitarias en Cataluña recogen, o no, y de qué manera la perspectiva de género.

los hombres y en las mujeres. Además, incluir la perspectiva de género en el sistema sanitario también requeriría investigar cómo el género está presente en el proceso salud-enfermedad y requeriría también orientar a los profesionales en relación a la necesidad de incluir las dimensiones del género en las investigaciones a realizar.

Finalmente, como séptimo elemento a tener en cuenta para saber si una política se realiza desde la perspectiva de género, consideramos que es relevante conocer si la formación continuada que se imparte a los profesionales incluye la perspectiva de género. Entendemos que esta sería una vía adecuada para evitar sesgos de género en la práctica profesional, tanto en el diagnóstico como en la prescripción de tratamiento y medicamentos.

Estas siete dimensiones propuestas permitirán contrastar la información recogida para el análisis. Sin embargo, no todas serán utilizadas en todos los momentos del análisis. En concreto, en relación a las dimensiones relativas a la formación y la investigación sólo se puede recoger información a través de las entrevistas en profundidad ya que en los documentos analizados no se hace referencia ni a la formación ni a la investigación.

4. Resultados.

4.1 La perspectiva de género en la legislación y en las acciones del departamento de salud de la Generalitat de Cataluña.

¿Está presente la perspectiva de género en las acciones de gobierno que tienen que ver con la salud? ¿Ha impulsado el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña la incorporación de la perspectiva de género en las diferentes acciones que desarrolla? ¿De qué manera se ha llevado a cabo? En este apartado se quiere dar respuesta a estas preguntas y, para ello, se ha revisado la legislación de la Generalitat de Catalunya que corresponde al Departamento de Salud, desde el año 2006 hasta el año 2013. Como ya se ha dicho, este marco temporal viene definido por la vigencia temporal de los Planes de Salud. Los principales elementos de planificación estratégica del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña son el Plan de Salud, los Planes Directores y el Mapa Sociosanitario y de Salud Pública.

La búsqueda de legislación del departamento de Salud que tiene contenido de género se ha llevado a cabo a partir de la página web del ICD, mediante el buscador de normativa de género. Este instrumento permite conocer la cantidad y el contenido de todas las actuaciones en materia de políticas de igualdad de género realizadas por los diferentes departamentos de la Generalitat. En concreto, el buscador diferencia las siguientes actuaciones legislativas: acuerdos de gobierno, decretos, decretos ley, decretos legislativos, ley, orden, plan de actuación, y resolución. El periodo analizado incluye un cambio de gobierno en el año 2010 y los resultados se muestran en dos tablas que se presentan y se explican a continuación.

Tabla1. Medidas legislativas impulsadas por la Generalitat de Cataluña entre 2005 y 2013.

Tipo de Legislación	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Acuerdo de gobierno	0	0	2	2	0	0	0	0	0
Decreto	2	10	1	0	2	1	1	0	0
Decreto ley	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Decreto Legislativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ley	0	0	1	0	2	0	0	0	0
Orden	1	2	0	1	1	3	0	0	0
Plan de actuación	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Resolución	0	1	1	2	0	0	0	0	0
Total	3	13	5	5	6	4	1	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del ICD.

La Tabla 1 muestra la distribución por cada año de las medidas legislativas llevadas a cabo por la Generalitat. De esta información cabe destacar que, en el período estudiado, las medidas legislativas presentan un notable incremento en 2006 que es cuando se redactan los planes directores. Estos planes representan el 46% de todas las acciones realizadas. A partir de 2011 se constata una reducción en el número de acciones relacionadas con el género.

Tabla 2. Tipos de acción de gobierno en políticas de mujeres en relación con la perspectiva de género (2005-2013).

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Procurar la participación paritaria	3	10	2	1	1	4	1	0	0	22
Introducir el género como determinante de salud en relación con los elementos legislados	1	12	5	4	5	0	1	0	0	28
Subvenciones que tengan en cuenta el género y la salud	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Formación en relación al género	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Condiciones de trabajo en relación a las mujeres	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Total	4	25	7	6	7	4	2	0	0	55

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del ICD.

La Tabla 2 recoge las acciones de gobierno que el departamento de salud ha llevado a cabo en relación a la igualdad de género. Estas acciones responden a una clasificación elaborada por el ICD y sólo en parte coincide con la que ha sido planteada en este artículo. A pesar de ello, consideramos útil la información que se presenta ya que supone una cuantificación de la acción de gobierno en materia de igualdad de género. Así, se puede destacar que el 50% de las medidas van encaminadas a introducir el género como determinante de salud. Un ejemplo de esta acción es el propio decreto de creación de los planes directores que en el artículo 2.2, que reproducimos en el apartado 4.2, expone la necesidad de la introducción de la variable género y que se tengan en cuenta las especificidades de salud de las mujeres con el objeto de dar respuesta y ofrecer una atención integral ante sus necesidades. Otro 40% de las medidas van dirigidas a promover que los órganos de gestión con responsabilidad en materia de salud sean paritarios. El resto de tipos de acciones llevadas a cabo, la concesión de subvenciones que tengan en cuenta el género y la salud, el diseño de acciones relacionadas con las condiciones de trabajo de las mujeres, y la oferta de formación en relación al género, tienen un peso muy menor.

De los datos ofrecidos se deduce que las medidas legislativas del Departamento de Salud en relación a la perspectiva de género han sufrido un declive en el periodo estudiado. Además, se constata la incidencia de la orientación política del gobierno en el número de acciones con perspectiva de género por parte del Departamento de Salud.

4.2. La perspectiva de género de los planes directores del departamento de salud de la Generalitat de Cataluña

Una vez analizado el conjunto de la actuación del departamento de Salud en relación a la introducción de la perspectiva de género, en este apartado se analizan los planes directores vigentes en este periodo ya que son éstos los que hacen operativas las prioridades del Plan de Salud. Su revisión es necesaria para conocer si los avances realizados en materia de igualdad por parte del gobierno de la Generalitat se materializan en los instrumentos operativos de abordaje de la salud. En este apartado se presentan los resultados del análisis de los siguientes planes directores que, legislados mediante decretos, continúan vigentes.

- Plan Director de Inmigración en el Ámbito de la Salud (PDI). Decreto 42/2006 de 14 de marzo (DOGC, n.º 4594, de 16 de marzo).

- Plan Director Sociosanitario (PDSS). Decreto 39/2006 de 14 de marzo (DOGC, nº 4594, de 16 de marzo).
- Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Decreto 30/2006 de 28 de febrero (DOGC, nº 45849).
- Plan Director de Oncología (PDO). Decreto 27/2006 de 28 de febrero (DOGC, nº 4584 de 2 de marzo de 2006).
- Plan Director de las Enfermedades del Aparato Circulatorio (PDMAC). Decreto 28/2006 de 28 de febrero (DOGC, nº 4584 de 2 de marzo de 2006).

Para empezar, se constata que hay compromiso político con la perspectiva de género en todos los planes directores; compromiso que queda reflejado en dos artículos de los respectivos DOGC de creación de los Planes Directores y de los Consejos Asesores, al considerar tanto la variable género como la promoción de la participación de las mujeres. En concreto se apunta en el artículo 2.2 que “se hará el seguimiento y la validación del uso de la variante del género, de forma que se tengan en cuenta las especificidades de salud de las mujeres con el objeto de dar respuesta y ofrecer una atención integral ante sus necesidades”, y en el artículo 7 se apunta que “en la composición del Consejo Asesor se procurará alcanzar la presencia de un número de mujeres que represente un mínimo del 50% del total de personas miembros de este órgano colegiado”.

Basándonos en estas premisas y en la operacionalización que hemos hecho del concepto perspectiva de género, los elementos o dimensiones que deberían estar presentes en el diseño de estos Planes Directores para considerar que se ha incorporado la perspectiva de género son las siguientes: la visibilidad de las mujeres; la participación paritaria de hombres y mujeres; el uso de lenguaje no sexista; la incorporación del enfoque de género y la transversalidad. No se han analizado las dimensiones relacionadas con la formación y la investigación porque estas actuaciones no se contemplan en los Planes Directores; la información relativa a ellas ha sido recogida mediante entrevistas en profundidad.

Después del análisis⁶ realizado a los Planes Directores publicados en el periodo del gobierno del tripartito se constata que, si bien los datos empiezan a estar desagregados por sexo, no lo está en todos; en cuanto a las diferencias de salud o enfermedad encontradas entre hombres y mujeres, en los Planes no se encuentra una explicación ni un posterior análisis, sino que se limita a una simple descripción. Un ejemplo lo tenemos en el Plan Director de Salud Mental donde se indica que la frecuencia de la depresión es mucho más elevada en las mujeres, pero esta evidencia no va seguida de un análisis de las posibles causas de esta diferencia ni de un posible abordaje.

En relación a la participación de hombres y mujeres, cabe apuntar que sólo una mujer es directora de un Plan y este es el Plan director Sociosanitario en el que las mujeres son mayoritarias entre los profesionales de este ámbito. Además, se ha constatado que la composición de los grupos de trabajo varía según las características del mismo, así tenemos que en el Plan Director de Inmigración, Mediación y Acogida la mayoría de los miembros son mujeres, pero no es así en el de Salud Internacional, en el que la mayoría son hombres. En el Plan de Salud Mental los grupos de trabajo están organizados según las etapas del ciclo vital; las mujeres forman parte mayoritaria en los grupos de seguimiento de la población infantil, adolescente y de mayores, pero no en los de adulto. En El Plan Director de Oncología también se da esta característica, de manera que en el grupo de trabajo de Psicooncología la mayoría son mujeres (83,3%) pero, en cambio, en el de Anatomía patológica el 100% son hombres. En el Plan Director de las Enfermedades cardiovasculares encontramos que la mayoría de grupos están formados por hombres. Este análisis muestra una importante y continuada segregación de la participación de las mujeres; en parte refleja que hay especialidades médicas feminizadas y otras masculinizadas, y, en parte, también refleja la segregación presente en determinados colectivos de profesionales.

En relación al lenguaje utilizado en la redacción de los planes se constata la utilización del masculino para referirse a los dos sexos y, por tanto, se echa en falta una apuesta por el lenguaje inclusivo.

⁶ Para realizar este análisis se construyó un cuestionario de recogida de información a partir de la consulta de varios documentos. Uno de los más utilizados ha sido la Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud de la Consejería de Salud (Amo Alfonso, 2008).

En relación a los elementos relacionados con el género y los problemas de salud, nos encontramos abordajes diversos en los diferentes planes. Así, en el Plan Director de Inmigración está presente la referencia a la salud sexual y reproductiva y a las mutilaciones genitales femeninas, sin embargo, en el Plan Sociosanitario no se utiliza la perspectiva de género para analizar la mayor presencia de mujeres como cuidadoras y, por tanto, no se traduce en ninguna propuesta ni objetivo. Lo mismo ocurre con el resto de planes directores.

A partir de las entrevistas y del análisis documental realizado se constata que no hubo formación de género a las personas redactoras de los Planes ni tampoco se incluyó a personas expertas en género como parte de los grupos de trabajo.

En relación a la transversalidad como estrategia de trabajo, ésta se ha encontrado en el Plan de Inmigración. Esta incorporación es fruto de un trabajo entre el ICD y el Pacto Nacional para la Inmigración que ha quedado reflejado en el Plan. Por su parte, en el Plan de Salud Mental se señala también el trabajo de la interdepartamental en relación específicamente a las mujeres maltratadas y en el oncológico hay una representante del ICD y de la red de Mujeres para la salud, así como de usuarios. En los otros Planes no se contempla el trabajo interdepartamental.

El análisis expuesto nos permite concluir que, entre los años 2003 y 2015, se produce un desarrollo –si bien parcial– de la integración de la perspectiva de género en los diversos Planes Directores de Salud. Además, la preocupación por las desigualdades de género queda expresada en los Decretos de creación de los Planes y refleja una voluntad política a este respecto.

Tras las elecciones legislativas de 2010 en Cataluña se produce un cambio con la llegada al gobierno de la coalición de Convergencia y Unión (CiU) que continúa gobernando hasta 2015, cuando tuvieron lugar las siguientes elecciones políticas. En relación a los Planes Directores hay una modificación derivada del Decreto de 30 de octubre (DOGC nº 6245 de 2-11-2012), que supone cambios en la composición de los Consejos asesores reduciendo el número de vocales, suprimiendo la Comisión permanente y la forma de designación de los directores de los planes que serán nombrados a propuesta del director general de la Dirección general de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios. Sin embargo, no se ha modificado la referencia, ya incluida en la regulación previa, al seguimiento y la validación del uso de la variable género. También se mantiene la referencia a la voluntad de alcanzar la presencia de un número de mujeres que represente un mínimo del 50% del total de personas miembros de este órgano colegiado. Sin embargo, en los dos casos se ha avanzado muy poco y no se llega a concretar dichas declaraciones.

Para completar el análisis se ha revisado la página web del Departamento de Salud (última revisión junio de 2014) en relación al desarrollo de este Decreto y no aparece ninguna modificación.

La revisión realizada del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 señala los tres ejes vertebradores del documento rector del Departamento de Salud (Más salud para todos y mejor calidad de vida; Transformación del modelo de atención: mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias; Modernización del modelo organizativo: un sistema sanitario más sólido y sostenible) y también los cuatro proyectos estratégicos (Desarrollar e implantar los planes directores; Elaborar e implementar el Plan interdepartamental de salud pública; Promover políticas de seguridad y de calidad clínica; Evaluar los objetivos de salud fijados en el Plan) pero sin embargo no se incluye ninguna referencia al género. Se puede afirmar por tanto que la perspectiva de género no está presente en la voluntad política del actual Plan de Salud.

El Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) publicado en 2014 por la Agencia de Salud Pública de Cataluña es el único documento en el que encontramos referencias en relación al género y su interacción con la salud. En la justificación del Plan se presenta un apartado en relación a las desigualdades sociales y su repercusión sobre la salud señalando que la clase social, el género, la etnia el territorio o país de origen tienen impacto en la salud de la población. Este Plan describe los indicadores de salud por sexo y señala que se ha observado un patrón bien diferenciado entre hombres y mujeres: excepto en el sedentarismo, las mujeres muestran comportamientos más saludables (menos prevalencia de tabaquismo, menor consumo de riesgo de alcohol, etc.). Sin embargo, las mujeres tienen una peor percepción del estado de salud, sufren en proporción más enfermedades crónicas, tienen más probabilidad que los hombres de padecer trastornos mentales, utilizan más los servicios sanitarios y consumen más medicamentos. Como finalidad del Plan se señala:

(...) el PINSAP debe incluir explícitamente las medidas destinadas a minimizar las desigualdades en la salud derivadas de las desigualdades sociales crecientes. En otro caso y de acuerdo con lo establecido en la Ley 18/2009, el PINSAP debe desarrollar iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, de acuerdo con los planes de políticas para las mujeres aprobados por el Gobierno y, en general, debe adoptar una perspectiva de género.

Esta declaración no va acompañada, sin embargo, de medidas legislativas que puedan hacer posible la reducción de las desigualdades en salud por razón de género.

4.3 Dificultades en la integración de la perspectiva de género en las políticas públicas. La opinión de los profesionales de la salud

Para identificar las dificultades encontradas en la incorporación de la perspectiva de género en la práctica profesional, la recogida de información se completó con la realización de entrevistas en profundidad. Dichas entrevistas, como se ha apuntado en el apartado de la metodología, han sido realizadas a tres grupos de informantes.

Exploramos con las expertas dónde radica la dificultad para hacer efectiva una política pública con perspectiva de género. Las informantes valoran positivamente la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y específicamente el artículo 27 dedicado a la integración del principio de igualdad en la política de salud. Apuntan que es una buena ley y también un buen artículo, pero destacan la necesidad de diferenciar las leyes de las políticas públicas, y consideran que si bien las leyes forman parte del proceso de las políticas públicas se requiere poner los recursos materiales y humanos que permitan su desarrollo. Reclaman que hay que poner las herramientas para que esta voluntad política, expresada en la ley, llegue a implementarse e insisten que es necesario disponer de los recursos necesarios para poder implementar las políticas. Las entrevistadas señalan que la integración de la perspectiva de género en la política pública requiere voluntad política en todo el proceso, no sólo en el compromiso político expresado en la ley, y que durante el diseño y la planificación se pierde una parte de la voluntad política. Las causas de esta pérdida son atribuidas a diversos factores como, en primer lugar, la falta de formación en género de los redactores de los planes que desarrollan la ley; en segundo lugar, los diferentes marcos teóricos presentes en los redactores de los planes; también a la brecha que existe entre los planificadores, los profesionales y los usuarios, así como a la falta de mecanismos de participación en todos los ámbitos.

Además, apuntan que se relativiza la importancia de integrar la perspectiva de género en las políticas públicas y que, en realidad, no se prioriza o no se sabe transmitir, desde las altas instancias, a los que diseñan y redactan los planes, la importancia que tiene la consideración de la perspectiva de género, de cara a la igualdad y a la calidad de atención. Nuestras informantes manifiestan que la voluntad política sólo se prioriza sobre el papel y no se ponen los mecanismos para poder hacerla realidad. Además, señalan que hay que cambiar el paradigma biomédico hacia un paradigma integral (biopsicosocial) y que, para ello, hace falta formación desde el pregrado. También se propone la creación de observatorios que puedan constatar la trayectoria de los cambios introducidos y poner en evidencia la realidad existente, así como también insisten en la importancia de la participación de las personas expertas en la elaboración de las políticas.

Con los informantes del segundo grupo se ha analizado la dificultad existente para trasladar la voluntad política al diseño de los planes de salud que hacen operativas las políticas sanitarias. A medida que se baja en la jerarquía organizativa del Departamento de Salud, las opiniones de los profesionales exponen que no se han dado las indicaciones precisas para hacer realidad la voluntad política y reconocen que no ha habido ninguna indicación específica para integrar la perspectiva de género en el diseño de los planes. Estos informantes indican que la integración del género en la praxis profesional requiere una formación más integral y un cambio de mentalidad. Nos refieren que la formación que han recibido los profesionales de la salud es de carácter androcéntrica, presentando al hombre como modelo de atención; introducir la perspectiva de género en la atención requiere formación, pero la formación de postgrado depende de la voluntad personal de cada profesional y por tanto no está garantizado un conocimiento básico y compartido entre profesionales en relación al sistema sexo/género. Abordar la salud con perspectiva de género es contemplado como un valor añadido a la práctica profesional que depende de la

voluntad de cada profesional, pero no responde –todavía– a una estrategia del sistema de salud. Así, los informantes coinciden en que la voluntad política se va perdiendo o diluyendo en el proceso de desarrollo de las políticas públicas sanitarias.

En el análisis del grupo de expertas en salud y género (primer grupo) y el de los profesionales implicados en la planificación (segundo grupo) surge la importancia de la formación en género de los profesionales que implementan las políticas sanitarias. Preguntados a este respecto, los informantes profesionales de la salud (tercer grupo), señalan que en su formación de pregrado no estaba presente el género, únicamente dentro de los contenidos de epidemiología se estudiaba la distribución de los problemas de salud según el sexo de los individuos, pero no la relación con el género. A su vez, señalan que los cursos promovidos por la institución en relación al género han estado centrados en la violencia de género, mutilaciones genitales femeninas y, últimamente, en la fibromialgia.

A nuestro entender, la formación a lo largo de la vida profesional es imprescindible en cualquier área de conocimiento para poder aplicar a la praxis profesional los conocimientos generados con las nuevas investigaciones. Tan sólo la formación pregraduada es de carácter general y en ésta no están contemplados formalmente contenidos relacionados con el género con carácter obligatorio. Las entrevistas muestran que los informantes no han recibido formación específica de género.

5. Discusión y conclusiones

Después del análisis realizado se pueden establecer diversas conclusiones. Por un lado, se constata que los cuatro primeros Planes de Mujeres (desde el año 1989 hasta 2003) presentan como objetivo introducir medidas orientadas a la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres pero no existe una apuesta política decidida a incorporar la perspectiva de género en toda la acción de gobierno de la Generalitat de Cataluña. A partir de la entrada del tripartito al gobierno de la Generalitat de Catalunya, los Planes cambian y, en concreto, el V Plan propone medidas para la integración del género en el Sistema Sanitario con el objeto de garantizar que la asistencia sanitaria tenga en cuenta la perspectiva de género. El VI Plan sigue las mismas líneas marcadas que el anterior respecto a la integración del género en el sistema sanitario catalán.

Tras las elecciones del 2010 se produce un nuevo cambio de gobierno pasando a gobernar la coalición Convergència i Unió y este hecho se traduce de nuevo en los planes. Así, el VII Plan cambia de estructura y se aleja de la planificación de medidas concretas en relación a la perspectiva de género. A partir de 2010 se observa el declive de las medidas legislativas para integrar la perspectiva de género, específicamente en el sistema sanitario, siendo nulas a partir de 2012.

Después de analizar, en los Planes Directores estudiados, las dimensiones que hemos definido como componentes que debe tener una política pública con perspectiva de género, constatamos que la voluntad política de introducir el género en el sistema sanitario sólo se traduce parcialmente en los diseños de los planes y este hecho limita claramente la capacidad de actuación de dicha política.

Un elemento importante hubiera sido, por ejemplo, la promoción de cursos de formación continuada para transmitir el conocimiento existente en la actualidad, sobre la relación del género con la salud y sus problemas. Este punto daría respuesta a la valoración que hacen los profesionales de la salud de la introducción de la perspectiva de género en su praxis profesional, en la medida que la consideran un elemento que aporta calidad asistencial pero que es fruto de la sensibilidad de cada profesional y no un hecho estructural del sistema sanitario.

Para paliar esta situación de falta de formación sobre el género, sería interesante la introducción, en la formación de pregrado en las ciencias de la salud, en una asignatura troncal, del concepto de género, su construcción social, la relación del género con la salud y sus problemas, así como el resto de conocimientos necesarios para una práctica profesional sensible al género. Otro elemento hubiera sido la formación en género de los y las participantes en la redacción de los planes, así como buscar fórmulas de participación de las redes de mujeres que promueven la salud y que cuentan con conocimiento contrastado sobre este tema. La integración de la perspectiva de género en las políticas públicas, entre ellas las sanitarias, requiere pues voluntad política en todo el proceso de desarrollo de las políticas, no tan sólo en la parte legislativa. Nuestro análisis muestra que existe una brecha entre la normativa y la parte operativa que ha de desarrollar la norma; consideramos que esta brecha se podría paliar con la creación de

Observatorios de género que hicieran seguimiento de los cambios que impulsan las políticas y que pusieran en evidencia la realidad de las desigualdades por razón de género también en salud.

En Cataluña se inició el camino para la introducción de la perspectiva de género en las políticas sanitarias, pero al no poner los instrumentos institucionales para desarrollar esta voluntad existía el riesgo de retroceso, tal como se ha evidenciado. Después del análisis realizado, entendemos que la implementación de la perspectiva de género en las políticas públicas requiere la garantía de la existencia de una maquinaria institucional estable que tenga presente este objetivo, para que no haya retrocesos dependiendo del color político de cada gobierno.

Referencias bibliográficas

- Amo Alfonso, M. (2008): *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud*. Granada: Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- Artácoz, L. (2005): *La salut des de la sensibilitat de gènere*. Barcelona: Institut Català de les Dones. [Quaderns de l'Institut, 2].
- Bustelo, M. y Lombardo, E. (2005): *Los marcos interpretativos de las políticas de igualdad en Europa: El proyecto Mageeq. II Jornadas sobre políticas de igualdad y mainstreaming de género*. Barcelona: Cerc. Diputació de Barcelona.
- (2007): *Políticas de igualdad en España y en Europa*. Madrid: Cátedra.
- Cuaderno CAPS (1991): *Mujer y Calidad de Vida*. Barcelona: CAPS.
- García Calvente, M.M., Jiménez Rodrigo, M.L. y Martínez Morante, E. (2005): *Informe de revisión de guías sobre la incorporación de la perspectiva de género a las políticas de investigación en salud*. Granada: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de sanidad, Ministerio de sanidad y Consumo y Escuela Andaluza de Salud Pública.
- (2008): *Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género*. Granada: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de sanidad, Ministerio de sanidad y Consumo y Escuela Andaluza de Salud Pública.
- (2010): *Guía para la incorporación de la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud de Andalucía.
- García Prince, E. (2008): *Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming. ¿De qué estamos hablando?: Marco Conceptual*. San Salvador: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Generalitat de Catalunya (1989): *Pla d'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la igualtat d'oportunitats per a les dones 1989-1992*. Barcelona: Comissió Interdepartamental de Promoció de la Dona.
- (1994): *Pla d'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la igualtat d'oportunitats per a les dones 1994-1996*. Barcelona: Institut Català de la Dona.
- (1998): *III Pla d'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la igualtat d'oportunitats per a les dones 1998-2000*. Barcelona: Institut Català de la Dona.
- (2001): *IV Pla d'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la igualtat d'oportunitats per a les dones 2001-2003*. Barcelona: Institut Català de la Dona.
- (2006): *V Pla d'acció i desenvolupament de les polítiques de dones a Catalunya (2005-2007)*. Barcelona: Institut Català de les dones.
- (2008): *VI Pla de polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2008-2011*. Barcelona: Institut Català de les Dones.
- (2012): *Pla de Salut 2011-2015 de Catalunya*. Departament de Salut. Disponible en web: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf
- (2013): *Pla estratègic de polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya. 2012-2015*. Barcelona: Institut Català de les Dones.
- (2014a): *Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP)*. Agència de Salut Pública Barcelona. Disponible en web: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/ASPCAT/Sobre_IAgencia/PINSAP/pinsap.pdf

- (2014b): *Memòria 2013*. Barcelona: Institut Català de les Dones.
- Guzman, V. (2001): *La institucionalidad de género en el estado: Nuevas perspectivas de análisis*. Santiago de Chile: Unidad Mujer y Desarrollo.
- Marrugat, J., Gil M. Masià, R., Sala, J., Elosua, R. y Anto, J.M. (1998): "Mortality differences between men and women following first myocardial infarction". *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 280 (16): 1405-1409. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.280-16.1405>
- Lombardo, E. (2003): "El Mainstreaming de Género en la Unión Europea", *Revista Jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, Mayo-Diciembre, 10-15: 6-11. <http://dx.doi.org/10.18002/cg.v0i11.3594>
- Organización Mundial de la Salud (1998): *Gender and health: Technical paper*. Ginebra: OMS.
- (2002): *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Ginebra: OMS.
- (2007): *Incorporación del análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategias*. Ginebra: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas (1995): *IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas (ONU) sobre las Mujeres*. Washington: Organización de las Naciones Unidas.
- (2000): *Resolución aprobada por la asamblea General 55/2. Declaración del Milenio*. Washington: Organización de las Naciones Unidas.
- Ortiz Gómez, M.T. (2006): *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.
- Panisello, M.L. (2012). Integració de la Perspectiva de Gènere en el Sistema Sanitari Català. Tesis Doctoral. <http://www.tdx.cat/handle/10803/84140>
- Pastor, I. y Ponton, P. (2015): "Las políticas de mujeres y de igualdad por razón de género en Cataluña entre 2003 y 2010. Una apuesta por la transversalidad", *Sistema*, 237: 49-68.
- Peiró, R., Ramón, N., Álvarez-Dardet, C., Colomer, C., Moya, C. y Borell, C. (2004). "Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue", *Gaceta Sanitaria*, 18 (2): 36-46.
- Rohlfs, I., Borell, C., Anitua C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., García-Calvente, M.M., Llacer A. y Mazarrasa, L. (2000): "La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud", *Gaceta Sanitaria*, 14 (2): 146-155.
- Rohlfs, I., Borell, C. y Fonseca, M. do C. (2000): "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos", *Gaceta Sanitaria*, 14 (3): 60-71.
- Ruiz-Cantero, M.T. y Verdú-Delgado, M. (2004): "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico", *Gaceta Sanitaria*, 18 (19): 118-125.
- Ruiz-Cantero, M.T. y Papí Galvez, N. (2007): *Guía de estadísticas de salud con enfoque de género. Análisis de internet y recomendaciones*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Sen, G., George, A. y Östlin, P. (2005a): *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud*. Wasington DC: Harvard Center for population and Development Studies. Disponible en web: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14entire_book.pdf
- (2005b): *Engender health equity: a review of research and policy*. Ginebra: OMS.
- Valls-Llobet, C. (1998): "La atención de género en la Atención Primaria", *Quadern CAPS*, 27: 46-52.
- (2006): *Mujeres Invisibles*. Barcelona: De bolsillo. [2ª Ed.].
- Velasco, S. (2009): *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género*. Madrid: Observatorio de salud de la Mujer (OSM), Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y política Social.
- Wilkinson, S. y Kitzinger, C. (1996): *Mujer y Salud*. Barcelona: Paidós.
- Whitehead, M. (1992): "The concepts and principles of equity and health", *Int J Health Serv*, 22 (3): 429-45. <http://dx.doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

Breve CV de las autoras

M^a Luisa Panisello Chavarría es profesora de Salud Pública y Enfermería Comunitaria del Departamento de Enfermería en la Universidad Rovira i Virgili. Es doctora en Ciencias de la Enfermería por la misma universidad. Su tesis doctoral obtuvo el premio Maria Helena Maseras otorgado por dicha universidad en la convocatoria de 2013. Las principales líneas de investigación son la relación del género con la salud y las políticas de igualdad.

Inma Pastor Gosálbez es Profesora Titular de Sociología del Departamento de Historia e Historia del Arte y Directora del Observatorio de la Igualdad de la Universitat Rovira i Virgili. Es doctora en sociología por la UAB. Dirige la red Jean Monnet *G-NET, Equality training network*. Ha publicado más de 70 contribuciones y sus principales líneas de investigación son género y ciencia, mercado de trabajo, usos del tiempo y políticas de igualdad.