

La salut des de la sensibilitat de gènere

Quaderns de l'Institut / 2

Biblioteca de Catalunya-Dades CIP

Artazcoz Lazcano, Lucía

La Salut des de la sensibilitat de gènere. _ 2a ed. _ (Quaderns de l'Institut ; 2)

Bibliografia

ISBN 978-84-393-7422-0

I. Institut Català de les Dones II. Títol III. Quaderns de l'Institut (Institut Català de les Dones) ; 2

1. Salut _ Diferències entre sexes 2. Assistència mèdica _ Diferències entre sexes 3. Dones _ Salut i higiene 4. Homes _ Salut i higiene 5. Malalties _ Factors sexuals

614-055.2

© Generalitat de Catalunya

Institut Català de la Dones

1a EDICIÓ: Barcelona, abril 2005

2a EDICIÓ: Barcelona, abril 2007

DISSENY: Azuanco S.L.

IMPRESSIÓ: Altés arts gràfiques, s.l.

DIPÒSIT LEGAL: B. 18.242-2007

La salut des de la sensibilitat de gènere

Lucía Artazcoz Lazcano

Agència de Salut Pública de Barcelona

Xarxa de Recerca Temàtica de Salut i Gènere



Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones

SUMARI

Pròleg / 7

Introducció / 11

La mirada biomèdica als trastorns de salut / 15

La salut reproductiva / 16

La infecció pel VIH/SIDA / 18

La salut mental / 19

Les malalties cardiovasculars / 20

Els comportaments relacionats amb la salut / 21

L'envelliment / 22

Les malalties cardiovasculars / 23

El càncer / 23

Els trastorns musculoesquelètics / 24

La visió sociològica: una mirada a les condicions de vida / 25

Gènere i treball / 27

La salut laboral de les dones / 29

El treball domèstic / 30

La violència contra les dones / 36

Les desigualtats de gènere en l'assistència sanitària / 39

Biaix de gènere als assaigs clínics / 39

Biaix de gènere en l'esforç terapèutic / 40

Polítiques contra les desigualtats de gènere en la salut / 42

Incorporació de la perspectiva de gènere al sistema sanitari / 43

Incorporació de la perspectiva de gènere en la salut laboral / 47

Polítiques de salut de la gent gran / 51

Incorporant el sexe i el gènere en l'agenda de salut / 53

DURANT LES ÚLTIMES dècades s'han elaborat nombrosos estudis sobre les diferències entre homes i dones en la manera d'afrontar i patir les situacions de malaltia. Els resultats d'aquests estudis han posat de manifest l'existència d'un biaix de gènere que ha provocat una relectura de molta bibliografia mèdica anterior. El treball de Lucía Artazcoz és una bona guia per entendre la necessitat de repensar la pràctica medicosanitària des de la perspectiva de gènere per millorar la salut de les dones, tant física com social.

Les reflexions que conté el treball de Lucía Artazcoz ens fan pensar en la *situació paradoxal* que històricament ens hem trobat respecte de la salut de les dones: mentre que en molts àmbits (com ha estat, paradigmàticament, el món laboral) s'establia una *segregació* entre sexes, en el món de la salut es produïa una *homogeneïtzació* gradual de les patologies patides per homes i dones.

La pràctica biomèdica ha adoptat tradicionalment un enfocament inclusiu i limitat de la salut de les dones, restringit només als aspectes físics. Aquesta independència dels aspectes biològics i somàtics respecte d'altres factors, com els socials o culturals, ha dibuixat una tendència *uniformitzadora* de les patologies i una tendència *igualadora* de les circumstàncies que experimen-

taven els homes i les dones davant dels problemes de salut. Seguint aquest paradigma d'uniformització i igualació entre sexes pel que a la salut, s'ha intentat oficialitzar la presumpció que les malalties eren *universals*, és a dir, comunes a tothom sense distinció de sexe, i que, en conseqüència, la biomedicina havia d'obrar amb *neutralitat* davant les diferències sexuals. Aquesta aproximació tan limitada ha provocat que moltes dones fossin diagnosticades incorrectament. Per exemple, alguns estudis han posat de manifest que les dones amb infart agut de miocardi són diagnosticades incorrectament més sovint que els homes, perquè no s'atén a les diferències biològiques entre homes i dones.

La necessitat d'afrontar amb coherència les malalties patides per homes i dones ens obliga a superar aquesta visió i a adoptar un plantejament més ampli, variat i divers, en què és indispensable la introducció de la sensibilitat de gènere. El gènere és un concepte relacional. És a dir, s'entén *en relació amb* les estructures socials, econòmiques, culturals i de poder en què ens trobem immerses. Atès que aquestes estructures no són idèntiques per a totes les dones, encara que prenguem com a referència la mateixa societat, hem d'atendre a la pluralitat i la diversitat intrínseca del concepte de gènere. Atenent als estudis de gènere en salut sabem que les dones que s'han incorporat al mercat de treball perden moltes hores de son i que fan menys exercici físic que els homes, perquè l'organització actual dels usos dels temps laborals i personals encara perjudica les dones. També s'ha comprovat que les condicions de vida i de treball de les dones, més desfavorables que les dels

homes, provoquen la majoria de les causes de mort entre les dones. D'altra banda, les dones que es dediquen a activitats de cura de persones poden incórrer en situacions de manca d'immunocompetència, fet que els atorga un risc més elevat de patir determinades malalties.

Gràcies a la introducció gradual de la sensibilitat de gènere en la pràctica biomèdica, hi ha més consciència de les diferències entre homes i dones pel que fa als processos de curació, d'acceptació generalitzada respecte a les diferents maneres d'entendre i d'afrontar la malaltia entre homes i dones. Aquest reconeixement de les diferències basades en el gènere ens ajuda, doncs, a avançar en la pràctica medicosanitària, en la determinació de diagnòstics més acurats i en la previsió més exacta dels efectes dels tractaments.

Apostar per aquesta nova manera d'entendre la pràctica medicosanitària, interioritzant la sensibilitat de gènere, implica també engegar una nova relació entre metge o metgessa i pacient, basada en la rellevància de les experiències de les dones a l'hora de diagnosticar i recomanar un tractament determinat. Visibilitzar les experiències de les dones és reconèixer una genealogia i fomentar un espai de pensament, de reflexió i d'intercanvi on les dones puguem aportar, des de la nostra pluralitat de vivències i de situacions, elements propis per construir polítiques de salut respectuoses amb la diversitat i la llibertat.

El dret a la salut és un dret de tots i de totes. Perquè realment es faci efectiu hem de reconèixer els diferents factors que influeixen en la salut dels homes i de les

dones i no limitar-nos a enfocaments miops que només donen rellevància a diferències de sexe per explicar les situacions de malaltia. L'apoderament de les dones en la salut és necessari per aconseguir un sistema sanitari just i eficaç que atengui a les diferents situacions i respongui a la diversitat de necessitats de tota la població. El treball de Lucia Artazcoz és un bon pas en aquest camí.

MARTA SELVA MASOLIVER

Presidenta de l'Institut Català de la Dona

■ Introducció

Amb el moviment feminista dels anys seixanta, les dones comencen a expressar el seu descontentament amb el model tradicional de relació metge-pacient. D'aleshores ençà, la millora de l'atenció mèdica cap a la salut reproductiva s'ha convertit en una de les principals reivindicacions en salut. Però la salut reproductiva és només una part del complex conjunt de factors biològics relacionats amb la salut. Als anys noranta es fa palès que les necessitats específiques d'assistència sanitària de les dones van més enllà de la reproducció. Nombrosos estudis documenten una qualitat inferior en l'atenció sanitària rebuda per les dones a causa del desconeixement científic de la història natural de certes malalties, diferent a la dels homes, i al fet que pateixen malalties diferents.

Però si la salut reproductiva és només una part de les complexes diferències biològiques que expliquen les necessitats d'assistència desiguals entre les dones i els homes, qualsevol reflexió sobre la salut ha de partir forçosament de l'assumpció que l'atenció mèdica no és el recurs principal per millorar la salut de les persones. El treball de Thomas McKeown, dels anys setanta, demostra la importància de les condicions de vida per a l'estat de salut. Posa en evidència que la causa principal de les millores històriques en la salut, la més evident de les quals

és l'increment de l'esperança de vida, no ha estat els descobriments mèdics i la seva aplicació en les persones, sinó la millora de les condicions de vida.

Precisament la preocupació per les desigualtats de gènere en la salut derivades dels diferents papers socials assignats als homes i a les dones lliga amb aquesta visió de l'anàlisi de la salut més àmplia que la mera assistència sanitària. I és que les diferències de gènere són presents en tots els ordres de la societat: al mercat de treball, a l'educació, a la família, al lleure i als patrons de consum. Al començament del segle XXI, ser dona o home continua sent clau en l'organització de tots els aspectes de la vida que estructura sistemàticament les oportunitats i les experiències. Els recursos i les oportunitats desiguals, les diferències en els valors i les actituds presents des del començament del procés de socialització, transmesos des de la llar, confirmats a l'escola i expandits a través dels mitjans de comunicació, són responsables de diferències i desigualtats en la salut entre els homes i les dones.

La recerca sobre la influència de les desigualtats en la salut entre homes i dones comença als anys setanta. En l'anàlisi la diferència entre el *sexe* i el *gènere* és crucial. Les diferències de sexe es refereixen a les característiques biològiques i fisiològiques que defineixen els homes i les dones; les diferències de gènere són les relacionades amb els rols establerts socialment, comportaments i activitats que una societat considera apropiats per als homes i per a les dones. Mentre que les diferències de sexe no canvien substancialment entre els diferents contextos culturals, les de gènere poden variar molt.

Recentment es planteja la necessitat d'integrar dos discursos, el procedent del paradigma biomèdic i el sociològic. El primer, centrat en les diferències de sexe, parteix dels trastorns de salut i examina les diferències en la incidència, els símptomes, la resposta al tractament o el pronòstic de les malalties, i oblida sovint l'entorn psicosocial on viuen les persones, que interacciona amb els aspectes físics per determinar les diferències en la salut entre els dos sexes. Contràriament, l'abordatge sociològic examina les diferents condicions de vida de les dones i dels homes i la relació amb la salut. Entendre, doncs, les diferències en la salut entre les dones i els homes exigeix un marc integrador de les diferències biològiques i de gènere, dels homes i de les dones.¹ Requereix també que els professionals sanitaris siguin conscients de la importància dels rols de gènere i contribueixin a un canvi social que té com a objectiu fer desaparèixer les barreres de gènere associades amb el mal estat de salut. L'assistència sanitària hauria de tenir en compte tant les diferències biològiques que expliquen les diferents malalties, els símptomes, la resposta al tractament o el pronòstic entre els homes i les dones, com les derivades de l'accés desigual als serveis sanitaris o de l'esforç diagnòstic i terapèutic inferior en les dones. Finalment, aquest abordatge exigeix també anar més enllà de l'assumpció tradicional que les qüestions de gènere són només cosa de dones si vol ser realment eficient.

A continuació s'il·lustren les diferències en la salut de les dones i dels homes des d'una perspectiva integradora de l'abordatge biomèdic i el sociològic. Es des-

criuen alguns dels trastorns de salut que desperten més interès mèdic des del punt de vista de les diferències entre els dos sexes i s'examinen conjuntament els factors biològics i els socials.

■ La mirada biomèdica als trastorns de salut

Les dones i els homes tenen patrons d'emmalaltir diferents i també són diferents les principals causes de mort. Elles pateixen més trastorns crònics, com ara migranyes, al·lèrgies, reumatisme o artritis. A més, tenen més problemes de salut mental de naturalesa ansiosa i depressiva. Així, segons l'Enquesta de salut de Catalunya de 2002, entre les persones de més de 15 anys, l'11 % dels homes i el 19 % de les dones tenien problemes d'ansietat i depressius. L'esperança de vida dels homes és, però, més curta. L'any 2001, a Catalunya, la mitjana d'anys de vida dels homes era de 76,8 anys, i la de les dones, de 83,4. Aquestes diferències són degudes a factors biològics i a altres factors relacionats amb el gènere que inclouen les conductes relacionades amb la salut. Per exemple, a Catalunya l'any 2002 fumaven el 42 % dels homes i el 33 % de les dones de més de 15 anys, tot i que entre les persones més joves l'hàbit del tabac és ja més alt entre les dones.

Òbviament, les diferències en la salut entre les dones i els homes estan determinades per diferències biològiques que no es limiten als sistemes reproductius, sinó que estan determinades per un ampli ventall d'influències genètiques, hormonals i metabòliques. Malalties específiques de cada sexe com ara el càncer d'úter o el de pròstata en són els exemples més obvis. Però hi ha tras-

torns de salut no relacionats amb els sistemes reproductius que també tenen patrons diferents segons el sexe. Per exemple, la malaltia coronària en edats joves afecta més els homes. Aquestes diferències es reflecteixen també en malalties infeccioses com ara la tuberculosi, a la qual sembla que els homes són més susceptibles,² o en la infecció pel VIH/SIDA, amb la qual succeeix el contrari. Però fins i tot en aquests trastorns en què les diferències biològiques són responsables en gran mesura dels diferents patrons entre homes i dones, hi intervenen les diferències de gènere. A més, en trastorns com la salut mental o en els comportaments relacionats amb la salut, com ara el tabaquisme, el consum d'alcohol o les conductes de risc, les diferències de gènere són la principal raó de la situació diferent entre els homes i les dones.

A continuació es descriuen breument alguns trastorns de salut amb patrons diferents en els homes i en les dones i s'examina la contribució de les diferències de sexe i de gènere.

La salut reproductiva

L'any 1994, a la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament que va tenir lloc al Caire es van introduir canvis importants en el concepte de *planificació familiar* com a sinònim de *control de la natalitat*, i es va evidenciar la necessitat que els conceptes de *planificació familiar* i *anticoncepció* fossin substituïts pel de *salut reproductiva*; s'entenia per això el fet de portar una vida sexual responsable, satisfactòria i segura, a més de la capacitat de reproduir-se i de decidir amb llibertat quan, com i quant. La planificació familiar de qualitat

així com els serveis obstètrics han tingut una gran importància perquè han permès les dones de viure de forma saludable. Però les dones al nostre entorn encara pateixen problemes relacionats amb la salut reproductiva, com ara els derivats dels embarassos no desitjats.

En les últimes dècades s'ha incrementat l'ús d'anticonceptius a Espanya, que ha passat del 33 % l'any 1985 al 72 % el 2003.³ Segons l'Enquesta de salut de Catalunya de 2002, entre les dones de 16 a 50 anys el preservatiu era el mètode anticonceptiu més utilitzat (31 %), seguit per la píndola anticonceptiva (17,3 %). El 6 % de les dones afirmava haver-se sotmès a una lligadura de trompes i una proporció similar d'homes estava vasectomitzat. Ressalta el 4 % de dones que utilitzen mètodes poc eficaços (*coitus interruptus*, mètodes naturals, etc.) i per tant s'exposen al risc d'embaràs no desitjat. La conseqüència més freqüent de l'embaràs no desitjat és la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). L'avortament es va despenalitzar el 1985 en tres supòsits i des de llavors les xifres d'IVE han anat creixent. El nombre d'avortaments duts a terme a Catalunya entre dones residents a la comunitat autònoma va passar de 7.941 l'any 1991 a 13.800 l'any 2001.⁴ Segons un estudi recent, actualment a Catalunya al voltant del 60 % de les menors embarassades avorta.⁵

Aquestes dades il·lustren la necessitat de polítiques eficaces per prevenir l'embaràs no desitjat, com ara millorar l'accessibilitat als mètodes anticonceptius, l'accés gratuït a la píndola de l'endemà, així com introduir, amb caràcter obligatori, l'educació sexual als programes escolars.

La infecció pel VIH/SIDA

Hi ha profundes diferències entre els homes i les dones quant a les causes de la infecció i a les seves conseqüències relacionades amb les diferències biològiques, però també de gènere. Globalment, l'epidèmia és masculina (a Catalunya el 2002 s'havien notificat 290 casos de sida d'homes i 77 de dones): hi ha més homes que dones afectats, però la infecció creix més ràpidament entre les segones, sobretot per contagi per via heterosexual. A més, hi ha més risc de contagi del VIH d'home a dona que a la inversa, fet que s'explica en part per raons biològiques: les dones tenen més superfície mucosa exposada que els homes, l'home transmet a la dona més quantitat de fluids, hi ha més contingut viral al semen de l'home que a les secrecions vaginals de les dones; a més, amb la penetració sexual es poden produir microlesions a la vagina o al recte.

Però hi ha també diferències de gènere que expliquen el diferent risc d'infecció pel VIH entre dones i homes. Si bé fins fa pocs anys els rols sexuals tradicionals censuraven una sexualitat femenina que anés més enllà de la funció reproductiva, actualment les transformacions socials i la generalització dels mètodes anticonceptius permeten les dones de deslligar la funció reproductiva i la sexualitat, i els avenços en la igualtat de gènere en les relacions de parella han portat grans canvis en els hàbits sexuals i reproductius de la població. Tot i així, encara hi ha uns condicionaments socials que fan que moltes dones no expressin obertament les seves necessitats i preferències sexuals i que anteposin l'amor romàntic i l'entrega incondicional a la parella a la protecció i la cura de la salut.

L'ús correcte i constant del condó és una mesura molt efectiva per prevenir embarassos i malalties de transmissió sexual. Però malgrat els seus avantatges (absència de sofisticació, preu baix, facilitat de distribució), té una limitació notable, ja que la norma social prevalent fa que el seu control estigui en mans de l'home. Tanmateix, un terç dels joves que han tingut relacions amb penetració no ha utilitzat condó en cap de les tres últimes relacions sexuals. Es continua relacionant, però, més amb la finalitat d'evitar embarassos que amb la de prevenir malalties de transmissió sexual. Tot i que hi ha raons comunes a ambdós sexes per no usar el preservatiu, com ara l'alcohol o el desconeixement de l'altra persona, n'hi ha d'altres de diferents segons el sexe. Així, estar enamorada és una de les raons adduïdes per les noies.

La salut mental

Hi ha diferències significatives en els patrons i els símptomes relacionats amb la salut mental entre els homes i les dones que varien segons l'edat. Durant la infantesa, els nens presenten més trastorns de conducta, com, per exemple, comportaments agressius i antisocials. A l'adolescència, les noies pateixen més depressions, trastorns de l'alimentació i tenen més idees de suïcidi. Els nois són més agressius, adopten conductes de risc i se suïciden més. A l'edat adulta, l'ansietat i la depressió són més freqüents entre les dones, mentre que l'abús de substàncies addictives i els comportaments antisocials ho són entre els homes. Finalment, entre les persones més grans, encara que la freqüència de la malaltia d'Alzheimer és similar en ambdós sexes, la major

esperança de vida de les dones fa que hi hagi un nombre superior de dones amb aquest trastorn.

Les raons dels diferents patrons en els trastorns de salut mental entre els homes i les dones són biològiques i socials. Els canvis d'humor relacionats amb el cicle menstrual estan ben documentats, així com la depressió postpart. Però se sap molt poc sobre la possible influència de la funció reproductiva en la salut dels homes. D'altra banda, un bon nombre d'estudis documenten la influència de les diferències basades en el gènere. Per exemple, les adolescents tenen menys autoestima en comparació amb els nois, i l'ansietat relacionada amb la imatge corporal s'associa amb el risc de depressió i de desordres de l'alimentació. La vivència de manca d'autonomia i de control sobre la pròpia vida és un factor de risc de la depressió i les normes de gènere, els rols i les responsabilitats posen les dones, més sovint que els homes, en situació de poc control sobre les seves vides. D'altra banda, la socialització dels homes, que implica no expressar les emocions i ser dependents de les dones en molts aspectes de la vida privada, podria contribuir a l'ansietat quan han d'afrontar situacions de pèrdua de la parella.⁶

Les malalties cardiovasculars

Les malalties cardiovasculars (fonamentalment la cardiopatia isquèmica⁷) són la primera causa de mort als països industrialitzats⁸. Des de fa dues dècades⁹ se sap que hi ha diferències en la freqüència i la gravetat en la cardiopatia isquèmica segons el sexe. Es presenta més tard en les dones i els símptomes són diferents als dels

homes. A més, les dones acostumen a tenir altres trastorns de salut associats, com ara la diabetis, i les complicacions són més freqüents que entre els homes. En molts casos elles pateixen un infart agut de miocardi silent o no identificat.

Malgrat que a partir de la menopausa la incidència de la cardiopatia isquèmica és similar en ambdós sexes, en la pràctica clínica i en l'imaginari col·lectiu encara es manté com a patró de la malaltia els homes de mitjana edat. Així, tot i que la cardiopatia isquèmica és una de les causes de mortalitat principals entre les dones, aquesta percepció equivocada que és una *malaltia d'homes* fa que les dones no es considerin en risc i no reconeixin els símptomes de l'infart de miocardi. A més, l'atenció sanitària avui és més efectiva per als homes.¹⁰

Els comportaments relacionats amb la salut

Les normes de gènere proporcionen l'explicació social dels patrons de comportaments relacionats amb la salut lligats al sexe. Tanmateix, aquest origen social rarament rep l'atenció que mereix, com si els comportaments relacionats amb la salut fossin *naturals* i no apresos. En general, parlar de gènere i salut significa fer-ho de dones i salut, amb la qual cosa no es posen en evidència els lligams entre la masculinitat i els comportaments de risc. Fa poc, però, ha sorgit una preocupació per les implicacions negatives de la socialització en la masculinitat sobre la salut.¹¹

A primera vista, la masculinitat sembla un factor promotor de la salut, ja que ofereix l'accés a un ampli ventall

de recursos. Tanmateix, un examen més profund revela un quadre més complex. Encara que la configuració de la masculinitat pot variar entre comunitats, el desenvolupament d'una identitat masculina heterosexual generalment implica assumir riscos per a la salut. Un exemple clar d'aquests riscos prové del mercat laboral: els homes treballen en activitats econòmiques amb més risc d'accidents de treball. A més d'aquests riscos al lloc de treball, molts homes se senten impulsats cap a comportaments de risc per tal de provar la seva masculinitat. Com a resultat, ells moren amb més freqüència que les dones com a conseqüència d'accidents de trànsit o esportius. En la majoria de les societats consumeixen més alcohol o tabac o tenen conductes sexuals més insegures.

La implicació de la masculinitat per a la salut mental rep cada cop més atenció. Créixer com a home fa que molts es vegin forçats a ser *durs* i a no desenvolupar el seu potencial emocional. La incapacitat per identificar les pròpies febleses pot ser la causa de la manca d'atenció als missatges de promoció de la salut o de no consultar els professionals sanitaris quan tenen problemes de salut.

L'envelliment

Les malalties que afecten els homes i les dones grans són bàsicament les mateixes: malalties cardiovasculars, càncers, problemes musculoesquelètics, dèficits sensorials o incontinència urinària. Tanmateix, la freqüència, les tendències i els tipus específics d'aquests trastorns són diferents i les desigualtats de gènere expliquen en gran mesura aquestes diferències.

Els trastorns de salut responsables de la major part de la mortalitat entre les persones grans comencen amb experiències i comportaments en edats joves. Fumar, abusar de l'alcohol, l'obesitat, la pobresa, la violència, els accidents o els riscos laborals de la joventut porten a patir problemes de salut en edat avançada. Atès que els patrons de gènere en una determinada societat influeixen en el grau en què dones i homes estan exposats a aquests riscos, també influeixen en les diferents maneres d'emmalaltir.

Les malalties cardiovasculars

Les malalties cardiovasculars són la principal causa de mortalitat en ambdós sexes, i a partir dels 60 anys la incidència és similar. A més, atès que l'esperança de vida és superior entre les dones, en els grups d'edat més gran aquestes malalties també causen més morts entre les dones. Centrar l'atenció en aquests trastorns és important perquè parcialment es poden prevenir, ja que s'associen amb el consum de tabac, la manca d'exercici físic i les dietes riques en colesterol i sal i pobres en vegetals i fruita.

El càncer

Globalment, la mortalitat dels homes per càncer és un 30-50% superior entre les dones i s'incrementa amb l'edat. Una gran part d'aquesta diferència és deguda al càncer de pulmó. Els tipus de càncers difereixen per sexe: mentre que en els homes són més freqüents els de pulmó, estómac, fetge, còlon i pròstata, en les dones ho són el de pit i el de còlon. També en això es nota l'e-

fecte de les diferències de gènere. El fet que el tabaquisme hagi estat considerat fins fa pocs anys un comportament masculí ha estat la raó de la gran incidència de càncer de pulmó en els homes. Però el càncer de pulmó augmenta entre les dones en un context de màrqueting que equipara el consum de tabac en les dones amb la seva emancipació.

Els trastorns musculoesquelètics

Per raons no ben conegudes, l'artritis, el problema musculoesquelètic més freqüent en les persones grans, és més comuna en les dones, igual que ho és l'osteoporosi. Aquesta última malaltia sembla que està relacionada amb els canvis hormonals de la menopausa, però també amb la manca d'exercici físic i la mala alimentació. Les caigudes són una causa important de discapacitat i de mortalitat entre la gent gran. Com que les dones viuen més anys que els homes i la pobresa és més freqüent entre elles (i, per tant, els habitatges en males condicions (les dones grans tenen un risc superior de patir caigudes.

■ La visió sociològica: una mirada a les condicions de vida

La societat assigna papers diferents segons el sexe; també són diferents les oportunitats i els recursos a l'abast dels dos sexes i la capacitat d'adoptar decisions i de gaudir dels drets humans, que inclou els relacionats amb la protecció de la salut i la demanda d'atenció sanitària en cas de malaltia. Els papers dels homes i de les dones i les desigualtats en les relacions de gènere comporten pautes d'exposició als riscos diverses, i que hi hagi diferències en l'accés i la utilització de la informació, l'atenció i els serveis de salut. Aquestes diferències tenen repercussions en la salut.

L'ordre social tradicional dicta per als homes un paper central en l'àmbit laboral i públic, i per a les dones, un rol protagonista en la vida familiar. En aquesta divisió de la vida social rígida, el món masculí gaudeix de més poder i reconeixement social, mentre que el femení queda relegat a la invisibilitat i a la manca de valor social. Ambdós móns s'han considerat *naturals*, és a dir, ineludibles i adequats, de manera que el pas a la vida adulta durant segles ha estat, per als homes, el treball productiu i, per a les dones, el casament i la maternitat, o sigui, el treball reproductiu. Però el primer tipus de món ha portat a la independència econòmica i al ple reconeixement ciutadà i, el segon, a la dependència i a una ciutadania delegada. En aquest

estat de coses, no és estrany que la pobresa, un determinant clau de la salut, sigui més freqüent entre les dones.

La influència de les desigualtats de gènere en la salut ha estat un tema de recerca important des del començament dels anys setanta. Es tractava de buscar l'explicació dels diferents patrons d'emmalaltir i de morir de les dones i dels homes, així com d'examinar la relació entre les circumstàncies socials de les dones i el seu estat de salut. Aquesta recerca se centrava en la divisió sexual del treball, per la qual les dones són responsables del treball domèstic i dels homes s'espera que es dediquin fonamentalment al treball remunerat.

L'entrada de les dones al mercat laboral qüestiona aquesta divisió de rols i fa emergir la preocupació per l'efecte del treball remunerat en la salut de les dones. Els resultats de la recerca són tranquil·litzadors: al final del 1970 la majoria dels estudis assenyalaven l'efecte beneficiós de l'accés a diferents rols socials i estatus considerats fins llavors típicament masculins (per exemple, el treball remunerat). Ocupar tres rols (conviure en parella, tenir una feina i ser mare) semblava positiu per a la salut de les dones. Aquesta hipòtesi anomenada *de potenciació de rol* s'explicava per la *substitució de rol*. Quan dos rols són similars, es poden substituir mútuament, de manera que quan hi ha limitacions en l'un, l'altre el compensa. Així, l'ocupació i la convivència en parella serien fonts alternatives de recursos econòmics, seguretat social i suport social.¹²

Actualment, però, la posició de les dones al mercat de treball és més desfavorable que la dels homes; elles

continuen relegades en gran mesura al treball com a mestressa de casa i les posicions socials tradicionals les porten sovint a la pobresa. En aquesta secció sobre la influència de les desigualtats de gènere s'analitza en primer lloc la posició de les dones i dels homes en el treball –remunerat i domèstic– i els seus riscos per a la salut. A continuació es fa una reflexió sobre la violència contra les dones i les seves implicacions sobre la salut.

Gènere i treball

Un informe recent de l'Organització Internacional del Treball (OIT)¹³ documentava que arreu del món les dones continuen tenint índexs de participació al mercat laboral més baixos, taxes d'atur superiors i diferències significatives en els salaris, en comparació amb els homes. A Catalunya, els últims anys la taxa d'activitat de les dones ha crescut de manera significativa, però no tota aquesta incorporació a l'activitat laboral s'ha traduït en ocupació, ja que, des dels primers anys vuitanta, l'atur afecta més les dones. Segons el Consell Econòmic i Social (CES),¹⁴ la incorporació de les dones espanyoles al mercat de treball és un moviment irreversible que va començar més tard que en altres països de la UE-15, però que manté un ritme més accelerat. Tanmateix, tot i que les dones comencen a ocupar llocs de treball tradicionalment masculins, el mercat laboral presenta encara una clara segregació de gènere.

La segregació ocupacional¹⁵ com a resultat de les actituds culturals i socials respecte d'allò que constitueix el treball *masculí* o *femení* varia en extensió d'un país a un altre i segons l'ocupació. Les dones es concentren

sobretot en les professions *feminitzades* com la sanitat, l'ensenyament i la neteja (segregació horitzontal), on paral·lelament romanen en categories més baixes que els homes (segregació vertical). És important ressaltar que, segons l'OIT, les dones que trien ocupacions tradicionalment *masculinitzades*, com ara el dret, les tecnologies de la informació i comunicació, la informàtica i l'enginyeria, afronten sovint riscos com l'aïllament, un accés limitat a models de comportament femenins i assetjament sexual.

S'ha documentat que a Catalunya, tot i tenir igualtat de la resta de condicions (edat, sector, categoria laboral, estudis, antiguitat, dimensió d'empresa, etc.), el fet de ser dona implica un salari un 20 % inferior al que reben els homes. De la mateixa manera, els contractes eventuais comporten un salari/hora inferior en un 14 %, també amb igualtat de la resta de condicions.¹⁶ En general, els homes són majoria entre els directius, alts executius i en els nivells superiors de les ocupacions professionals, mentre que les dones romanen encara concentrades en les categories inferiors dels llocs directius. S'han establert regles, visibles i invisibles, entorn de la norma *masculina*, a la qual les dones de vegades troben dificultats per adaptar-se: els col·legues, independentment del sexe, i els clients no consideren automàticament les dones com iguals als homes; elles generalment han de treballar més dur que els homes per provar-se a si mateixes i, a vegades, han d'adoptar estils i actituds *masculines* de treball. A més, les dones tendeixen a ser excloses de les xarxes informals dominades pels homes dins de les empreses que són essen-

cials per a la seva carrera professional. El problema s'agreuja per la suposició dels empresaris que les dones, a diferència dels homes, no són capaces de dedicar tanta energia i el seu temps al treball remunerat a causa de les responsabilitats familiars.

La salut laboral de les dones

Les condicions de treball i l'entorn laboral són font de riscos per a la salut per als dos sexes. En general, no hi ha grans diferències de sexe quant a la resposta biològica als riscos físics, químics o biològics,¹⁷ però els riscos laborals de les dones han estat tradicionalment infravalorats perquè els estàndards de salut i de seguretat han estat basats en models masculins.¹⁸ L'examen de les diferències entre els dos sexes s'ha centrat en els sistemes reproductius o en preteses diferències psicològiques entre els homes i les dones. La recerca en salut laboral de les dues últimes dècades demostra, però, que les diferències entre grups de treballadors s'expliquen fonamentalment per la variabilitat individual i no per diferències biològiques entre els dos sexes.¹⁹

La segregació horitzontal i vertical del treball determina l'exposició a riscos diferents per part d'homes i de dones. Ells estan més exposats als riscos tradicionals de seguretat i higiene relacionats amb els accidents de treball i les malalties professionals, però elles tenen més riscos de naturalesa psicosocial. D'acord amb la *III Enquesta Europea de Condicions del Treball* (2000),²⁰ el treball de les dones és més monòton, amb menys participació en la planificació, més exigències, més assetjament psicològic i sexual, salaris inferiors, més contacte

amb el públic, menys perspectives de promoció, més atur i més precarietat laboral. Totes aquestes característiques dibuixen un entorn psicosocial més advers per a elles. Lamentablement, les polítiques de salut laboral no consideren aquests riscos i es continuen centrant en els accidents de treball a partir d'un estereotip de treball masculí basat, com fa anys, en l'exposició a riscos físics centrats en la indústria i la construcció i limitades pràcticament als accidents laborals.

El treball domèstic

Però a més dels riscos propis del treball remunerat, l'anàlisi de la salut laboral amb perspectiva de gènere ha de considerar el treball domèstic. La proporció de mestresses de casa a temps complet és a Catalunya, com en altres països de l'Europa mediterrània, significativament més alta que en el conjunt de la UE-25. I és que al nostre entorn està estesa la creença en la conveniència que en els primers anys de vida de les criatures sigui la mare l'encarregada d'atendre-les, fet que s'associa amb la idea que les mares amb criatures no haurien de treballar fora de casa.²¹ En un estudi elaborat en una mostra de 2.494 adults, gairebé la meitat opinava que les dones havien d'abandonar el mercat laboral quan tenien criatures menors de 3 anys, sense diferències de gènere. A més, el 27 % dels homes i el 19 % de les dones pensaven que havien d'abandonar-lo fins i tot quan els fills superaven aquesta edat.²² Des del punt de vista de la salut és important remarcar que la majoria dels estudis, també elaborats a Catalunya, documenten un efecte positiu del treball remunerat sobre la salut de

les dones, tot i que després de la jornada laboral continuïn assumint el paper de mestressa de casa.²³

Entre les dones ocupades, la salut laboral ha de considerar la fase intermèdia entre la vida laboral i la familiar. Segons el Tercer Informe Randstad, "Qualitat del Treball en l'Europa dels Quinze: Les polítiques de conciliació",²⁴ a Espanya els convenis col·lectius parteixen del concepte de família tradicional; no regulen la jornada de treball; penalitzen salarialment la major dedicació familiar; l'organització del treball no té en compte la conciliació; pràcticament no es tenen en compte permisos no previstos als textos legals, però importants per a la conciliació; en matèria d'excedències, de reducció de jornada, de permisos per a la lactància o de naixement de fills prematurs no milloren la normativa existent; els ajuts per a fills discapacitats es concedeixen en molt pocs casos i les preferències per a l'assignació de vacances no tenen en compte criteris de conciliació.

Molts homes i moltes dones volen tenir un treball remunerat satisfactori i una vida familiar feliç. Tanmateix, per a moltes dones aquesta aspiració és molt difícil, ja que continuen sent les responsables principals de les tasques domèstiques. Per tant, sovint han de triar entre el treball remunerat i la família, o han de donar prioritat a una opció per sobre de l'altra en algun moment de la vida. Els homes semblen capaços de tenir-ho tot més fàcilment, però generalment la seva participació en les tasques de la llar no és, ni de bon tros, igual a la de les seves parelles.

En un estudi recent sobre polítiques familiars a Catalunya es concloïa que, en general, ha mancat direcció i

voluntat política per dur a la pràctica les mesures proposades al Programa Integral de Suport a les Famílies (PISF) aprovat l'any 1993. El retard en la formació de noves famílies és degut a la precarietat actual dels contractes de treball, però també a la inexistència d'una política d'habitatge social. Les parelles joves tampoc no disposen de prestacions universals per fills a càrrec, fet que contribueix també a la baixa fecunditat de les dones catalanes. Les mesures per facilitar la conciliació de la vida laboral i la vida familiar –a banda dels permisos per maternitat i per paternitat, que són competència de l'Estat–, no s'han dut a terme. Així, una de les característiques més rellevants del nostre sistema de benestar és el baix nivell de desmercantilització i de desfamiliarització. És a dir, la família (principalment les dones) a Catalunya és, avui, la font principal d'assistència de la ciutadania.²⁵

La conciliació s'ha produït tradicionalment per dues vies; la primera ha estat la divisió sexual del treball i la separació dels papers dels homes i de les dones. Els homes han assumit el treball remunerat i les dones, el no remunerat en l'àmbit privat. La segona via de conciliació ha estat l'acumulació de tasques, que continua sent la via més utilitzada per la majoria de les dones ocupades, que no troben cap altra solució per resoldre la compaginació de la vida laboral i familiar.

Ambdues vies, però, són evidències clares de les desigualtats de gènere en la societat. Per això comencen noves estratègies d'ajustament: la reducció d'objectius, la delegació del treball domèstic en altres persones o grups socials, la seqüenciació (per exemple, els permi-

sos per maternitat o les excedències), la derivació cap al mercat i les institucions (guarderies, transport escolar, residències per a familiars grans, empleades de la llar, etc.) i el repartiment de tasques. Fins ara, però, el repartiment de les tasques domèstiques entre els dos sexes ha variat molt poc. A Catalunya els homes dediquen al treball domèstic molt menys temps que les dones, encara que tinguin una feina. Entre les persones ocupades casades o que viuen en parella, el temps de treball a la llar és molt superior en les dones i augmenta linealment amb el nombre de persones a la llar. A més, malgrat que la contribució dels homes joves al treball de casa és superior a la dels més grans, continua sent molt inferior a la de les dones del mateix grup d'edat. No és estrany que s'hagi qualificat l'àmbit privat com el reducte més amagat i no regulat on s'exerceix el poder, l'autoritat i el control sobre l'extracció de la força de treball.²⁶

Al nostre entorn, quan les dones s'han de fer càrrec de les responsabilitats familiars, no només disposen d'una contribució escassa de les seves parelles en les tasques domèstiques, sinó que, a més, viuen en un context en què els recursos públics per a la cura de les persones dependents són molt escassos. El problema de la conciliació de la vida laboral i la familiar sorgeix en intentar compaginar les dues esferes tradicionalment separades al model clàssic, la família i el treball remunerat, sense que s'hagi completat la transició cap a un model nou sustentat en un repartiment equilibrat dels papers dels homes i de les dones a l'àmbit familiar i un estat proveïdor de recursos suficients per a la cura de les persones dependents.

Les desigualtats de gènere en el treball domèstic tenen conseqüències sobre la salut de les dones. Alguns estudis duts a terme a Catalunya,^{27,28} Euskadi,²⁹ Navarra³⁰ i València³¹ evidencien l'impacte negatiu de la doble jornada sobre diferents indicadors de salut en les dones, però cap associació entre els homes. A més, a Catalunya i a Euskadi s'ha documentat que aquest efecte es limita a les treballadores de classes més desfavorides. Aquesta troballa suggereix que les dones de classes benestants, quan intenten compaginar la vida laboral i la familiar, poden pagar els recursos necessaris per fer-ho, mentre que les menys privilegiades sembla que financen la conciliació amb la seva pròpia salut. Qüestiona, a més, les polítiques de conciliació o de famílies nombroses basades en beneficis econòmics fixos que no tenen en compte la situació econòmica de la unitat familiar.

Les dificultats en la compaginació de la vida laboral i la familiar qüestionen també algunes polítiques de promoció de la salut. Per exemple, a Catalunya les dones fan menys exercici físic que els homes en el seu temps de lleure, cosa que es podria atribuir en part als diferents patrons de socialització des de la infantesa. Però a més, s'ha documentat que entre les dones ocupades el sedentarisme i la manca d'hores de son s'incrementen en augmentar la càrrega de treball domèstic. És a dir, les dones reben missatges de promoció de la salut que recomanen fer esport i dormir un nombre d'hores adequat, però al mateix temps no hi ha polítiques que facilitin aquests hàbits saludables mitjançant la reducció del treball domèstic. Paradoxalment, aquests mis-

satges de la promoció de la salut contribueixen a culpabilitzar les dones, perquè no els poden seguir, en lloc de tenir un efecte positiu.

Arreu d'Europa el treball a temps parcial és una de les estratègies principals per compaginar la vida laboral i la familiar. A Catalunya la jornada parcial és molt menys freqüent. L'any 2002, el 33 % de les dones ocupades de la UE-15 treballaven a jornada parcial, mentre que a Catalunya la proporció era del 14,5 %. El treball a temps parcial no és, però, la millor solució per assolir la igualtat de gènere en el treball, ja que s'han descrit pitjors condicions de treball en les ocupacions a temps parcial.³² Així, segons la III Enquesta Europea de Condicions del Treball,³³ el treball a jornada parcial es concentra en un petit nombre d'ocupacions que habitualment comporten tasques més monòtones, amb menys oportunitats per aprendre i desenvolupar les habilitats i més mal pagades, no només en termes del salari mensual, sinó en preu per hora. A més, a Catalunya està clarament associat amb la contractació temporal.

Segons el CES, la baixa demanda del treball a temps parcial al nostre entorn es podria explicar perquè sembla preferible el treball temporal al treball a temps parcial com a fórmula per flexibilitzar els requeriments del mercat de treball a les necessitats de la producció. No obstant això, s'ha de tenir en compte la freqüència altíssima en què ambdues situacions es donen de manera conjunta (l'any 2001, últim any amb dades disponibles de l'EPA, el 53 % de les assalariades que treballaven a temps parcial tenia un contracte temporal). De totes maneres poden haver altres raons, com ara una certa

inseguretats jurídiques associades a les reformes successives en poc temps sobre la regulació del contracte a temps parcial, la reducció del salari, la limitació de la carrera professional o la reducció de la quantia de les pensions de jubilació.

La violència contra les dones

L'any 1993, l'Assemblea General de les Nacions Unides va aprovar la "Declaració sobre l'eliminació de la violència contra la dona", en la qual es defineix la violència contra la dona com: "tot acte de violència per raons de sexe que tingui o pugui tenir com a resultat un dany o patiment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeix en la vida pública com en la privada".³⁴ Segons aquesta Declaració, la violència contra la dona abasta "la violència física, sexual i psicològica, l'abús sexual de nenes, la violència relacionada amb el dot, la violació en la parella, la mutilació genital femenina, la violència no conjugal i la violència relacionada amb l'explotació, l'assetjament sexual i la intimidació al treball, a les institucions educatives i en qualsevol altre lloc, el tràfic de dones, la prostitució forçada i la violència perpetrada o tolerada per l'Estat".³⁵ Totes aquestes formes de violència s'anomenen *violència de gènere*, i és l'exercida pels homes contra les dones. Una de les més freqüents és la que du a terme el marit o la parella sentimental.

La violència contra la dona en la parella s'origina en les relacions de poder desiguals entre dones i homes. Segons les Nacions Unides, fins al 1991 només 22 paï-

sos del món industrialitzat havien concedit a les dones drets similars als dels homes en qüestions relacionades amb el matrimoni, el divorci i la propietat familiar.

La violència domèstica és estructural i institucional. Aquest tipus de violència no és el resultat de casos inexplicables de conducta desviada o patològica. Al contrari, és una pràctica apresada, conscient i orientada, producte d'una organització social que s'estructura sobre la base de la desigualtat entre els homes i les dones.³⁶ És també instrumental: és un instrument de dominació i control social. El poder dels homes i la subordinació de les dones, que és un tret bàsic del patriarcat, requereixen algun mecanisme de submissió.

Actualment, la violència contra la dona en la parella és un dels problemes de salut pública més importants. Aproximadament un terç de les dones de tot el món han estat víctimes de maltractament, violacions o assassinats.³⁷ Les conseqüències d'aquesta violència contra les dones són molt àmplies i influeixen en tots els àmbits de les seves vides, la seva salut i la de les seves criatures i a més s'estenen al conjunt de la societat. Pel que fa a la salut física, és causa de lesions traumàtiques (des de talls i hematomes a lesions greus que poden causar incapacitat permanent com la pèrdua de la visió o de l'audició), d'embaràs no desitjat, dolor pelvià crònic, hipertensió o cefalàlgies.³⁸ S'ha suggerit també la relació amb la fibromiàlgia.³⁹ Quant a la salut mental, les dones maltractades presenten símptomes que van des de l'ansietat, l'insomni o la baixa autoestima fins a la depressió clínica o la síndrome d'estrès posttraumàtic.⁴⁰ La pitjor conseqüència dels problemes de salut

produïts per la violència contra les dones és la mort. A Catalunya, l'any 2004, fins al 15 de novembre, 17 dones havien mort com a conseqüència de la violència de gènere i s'havien produït 5.716 denúncies. Aquestes xifres il·lustren una tendència notablement creixent, ja que el 2003 les xifres van ser d'11 morts i de 4.621 denúncies.

■ Les desigualtats de gènere en l'assistència sanitària

El biaix de gènere es defineix com el plantejament erroni d'igualtat o de diferències entre homes i dones –en la seva naturalesa, comportaments i/o raonaments– que pot generar una conducta desigual als serveis sanitaris (incloent-hi la recerca) i és discriminatòria per a un sexe respecte de l'altre.⁴¹ Els serveis sanitaris i la recerca en salut poden esbiaixar-ne la pràctica assumint erròniament que la situació de salut de les dones i dels homes i que els seus factors de risc són similars quan no ho són o, alternativament, presumint que són diferents quan són iguals. Així, molts estudis biomèdics s'han basat en mostres formades exclusivament per homes i han generalitzat els resultats a les dones, com si la història natural de la malaltia i la resposta al tractament fossin les mateixes.

Biaix de gènere als assaigs clínics

El debat sobre l'exclusió sistemàtica de les dones dels assaigs clínics comença als anys noranta. Amb l'argument de prevenir el risc potencial de dany fetal hom les ha pogut perjudicar més que no pas protegir. La Food and Drug Administration (FDA), agència americana que aprova la utilització de nous tractaments, va publicar una guia l'any 1977 que exclouïa explícitament dels assaigs les dones en edat fèrtil. L'any 1993, la FDA va

eliminar aquesta prohibició i va publicar una nova guia per a l'estudi de les diferències segons el sexe als assaigs, on insta a incloure dones a tots els assaigs, recomana un nombre adequat de pacients d'ambdós sexes i el disseny i l'anàlisi amb abordatge de gènere. Més tard, l'any 1994, l'Institut Nacional de Salut dels Estats Units va publicar una altra guia on recomana la inclusió de dones i minories com a subjectes de recerca clínica.⁴²

Moltes dones arreu del món pateixen els efectes de la comercialització de fàrmacs que no van tenir en compte aquestes recomanacions. Una revisió recent sobre el biaix de gènere als assaigs clínics publicada a mitjan dècada dels noranta es mostra pessimista sobre la millora de l'equilibri del nombre de dones i d'homes i l'aplicació de l'anàlisi de resultats específics per sexes.

Biaix de gènere en l'esforç terapèutic

La recerca sobre el biaix de gènere en l'esforç terapèutic se centra en l'accés als hospitals per la mateixa necessitat, la comparació dels temps d'espera des dels primers símptomes fins a la recepció d'atenció sanitària, els tipus de tractaments i el consum i la despesa de medicació per sexes. També inclou la sobreprescripció de teràpies en problemes de salut més freqüents o exclusius de les dones.

La utilització hospitalària més freqüent per als homes és un indicador de biaix de gènere en l'esforç terapèutic. Això és responsabilitat dels pacients, però també dels professionals i del sistema sanitari.⁴³ El consum més elevat de tranquil·lizants per les dones es pot explicar parcialment per la incidència superior d'ansie-

tat i depressió, però també és possible que sigui per un esforç diagnòstic inferior, de manera que els metges atribueixen alguns símptomes físics a factors psicològics més fàcilment en les dones que en els homes. Sembla que el malestar emocional de les dones està medicalitzat. S'ha assenyalat que el malestar de les dones es deriva de les oportunitats vitals restringides a les condicions de mestressa de casa, esposa i mare. En un estudi elaborat a Catalunya i en un altre dut a terme a Barcelona⁴⁴ es documentava un consum de tranquil·litzants més elevat entre les mestresses de casa en comparació amb les dones ocupades del mateix grup d'edat.

■ Polítiques contra les desigualtats de gènere en la salut

L'objectiu de les polítiques de salut ha de ser millorar la salut tant dels homes com de les dones mitjançant la recerca, polítiques i programes de salut que incorporin la perspectiva de gènere. La resolució del Consell Econòmic i Social (CES) de les Nacions Unides defineix la incorporació de la perspectiva de gènere (*gender mainstreaming*) com “el procés d'avaluar les conseqüències que té per als homes i per a les dones qualsevol acció planificada, incloent-hi la legislació i les polítiques o programes en qualsevol altre sector i a tots els nivells. Es tracta d'una estratègia per fer dels problemes i de les experiències de les dones i dels homes una dimensió integral del disseny, l'execució, la vigilància i l'avaluació de les mesures a totes les esferes polítiques, econòmiques i socials de manera que les dones i els homes es beneficiïn de la mateixa manera i no es perpetui la desigualtat. L'objectiu últim és aconseguir la igualtat de gènere”.⁴⁵ La incorporació de la perspectiva de gènere és un procés tant tècnic com polític que exigeix introduir canvis en les cultures d'organització i en les mentalitats, així com en els objectius, les estructures, l'assignació de recursos, etc. Exigeix canvis en diferents àmbits dins de les institucions, en l'establiment de programes, elaboració de polítiques, planificació, execució i avaluació. Entre els

instruments per a aquestes activitats figuren noves pràctiques de dotació de personal i preparació de presupostos, programes de capacitació, procediments de política i directius.⁴⁶

Actuar contra les desigualtats de gènere en la salut requereix anar més enllà de l'assistència sanitària i intervenir sobre altres àmbits on es generen aquestes desigualtats. Òbviament la sensibilitat de gènere ha de ser present en les polítiques d'educació des dels primers anys de vida, però també en altres àrees amb clara influència sobre la salut, com ara el treball –remunerat i domèstic–, que determina en gran mesura la vida quotidiana de les persones durant l'edat activa i en les polítiques d'atenció a la vellesa, que són importants després. A continuació es proposen actuacions en aquests tres àmbits.

Incorporació de la perspectiva de gènere al sistema sanitari⁴⁷

Si el sistema sanitari vol respondre adequadament als problemes causats per les desigualtats de gènere no n'hi ha prou d'afegir un component de gènere al final del desenvolupament d'un projecte. La recerca, les intervencions, les reformes dels sistemes sanitaris i les polítiques i programes de salut han de considerar el gènere des del començament. Inicialment el concepte d'incorporació de la perspectiva de gènere es lligava al d'equitat, però els últims anys es discuteix des del punt de vista de l'efectivitat i l'eficiència. A continuació s'identifiquen àrees de millora per assolir aquests objectius.

1. *Millora del coneixement sobre les diferències de gènere en l'estat de salut i en les necessitats d'assistència sanitària*

Una de les limitacions més importants per a la planificació dels serveis sanitaris amb perspectiva de gènere és la manca d'informació adequada sensible a les diferències de sexe i de gènere. No n'hi ha prou de presentar les dades separades pel sexe sinó que s'han d'utilitzar indicadors de salut adequats per capturar les especificitats de cada sexe. És important que les estadístiques oficials incloguin evidència dels homes i de les dones. Si no és així, serà impossible el desenvolupament de polítiques de promoció de la salut que reflecteixin la profunda divisió de gènere de la vida quotidiana de les persones.

2. *Incorporació del sexe i del gènere en la recerca mèdica*

Com ja s'ha comentat, hi ha evidència del biaix de gènere en la recerca mèdica. Des dels anys vuitanta, els grups de dones reivindiquen el dret d'incloure les dones als assaigs clínics en nombre similar als homes. Assenyalen que el coneixement mèdic s'ha de produir de tal manera que sigui del mateix valor per als dos sexes.⁴⁸ A aquest argument basat en l'equitat se suma l'argument científic dels biaixos dels resultats i la considerable ineficiència associada. Els estudis que no inclouen un nombre suficient de dones i d'homes no són prou rigorosos, ja que la generalització dels resultats és limitada. Fàrmacs que han estat provats només en homes però que són utilitzats posteriorment en dones i en homes corren el risc de ser menys efectius o més perillosos per a un sexe que per a l'altre. Això,

finalment, deriva en un desaprofitament de recursos en el tractament o en els efectes secundaris. Per tal d'avançar en l'eliminació del biaix de gènere als assaigs clínics i a la recerca en salut en general, les institucions financeres haurien de valorar la incorporació i el manteniment de dones a les poblacions d'estudi i els editors i avaluadors de revistes científiques podrien haurien d'incorporar el requisit de presentació dels resultats estratificats per sexes i/o una anàlisi de gènere. O, com a mínim, s'hauria d'explicitar a l'article científic el reconeixement de que els resultats no es poden generalitzar a les dones.

3. Bones pràctiques en l'assistència sanitària sensible a les desigualtats de gènere

Si realment el sistema sanitari assistencial vol introduir la perspectiva de gènere en la pràctica clínica per raons tant d'equitat com d'eficiència, necessita treballadors i treballadores capaços de reconèixer les diferents necessitats de dones i d'homes i de donar-hi la resposta adequada. Això significa engregar iniciatives de formació tant durant la formació inicial com durant la vida professional. Els professionals sanitaris han de poder reconèixer els diferents símptomes i la història natural de les malalties de les dones i dels homes. També els qui treballen als serveis d'urgències i a l'atenció primària han de ser formats per tractar amb sensibilitat problemes com la violència de gènere.

El 22 de desembre de 2004 el Congrés va aprovar per unanimitat el projecte de llei integral contra la violència de gènere. A diferència del II Pla contra la violèn-

cia domèstica 2000-2004, la nova llei inclou tant els aspectes preventius, educatius, socials i judicials, com els assistencials i d'atenció posterior a les víctimes. S'estableixen per primera vegada mesures de sensibilització i intervenció en l'àmbit sanitari per millorar la detecció precoç i l'atenció de les víctimes.

Els serveis sanitaris poden tenir un paper molt important per ajudar les dones víctimes de violència, ja que la majoria entra en contacte amb els serveis sanitaris en algun moment de la seva vida, moltes vegades com a conseqüència de trastorns de salut causats pel maltractament.⁴⁹ S'ha de tenir en compte, però, que la majoria dels professionals sanitaris no té temps ni formació per tractar aquests casos de forma integral. Tanmateix, podrien rebre formació per detectar casos de maltractament i oferir a les víctimes un suport en l'anàlisi d'allò que passa, la presa de decisions i la derivació als serveis adequats. Un pas més seria la creació de grups o d'espais en l'àmbit sanitari. Els grups d'autoajuda són un recurs excel·lent perquè les dones surtin de l'aïllament, recuperin l'autoestima, iniciïn altres activitats i projectes, es relacionin amb altres persones i desenvolupin recursos personals per atrevir-se a trencar la relació i dur a terme els canvis necessaris en les seves vides.⁵⁰

4. Introducció de la perspectiva de gènere als plans de salut

Les comunitats autònomes basen les polítiques sanitàries en plans de salut que habitualment tenen una vigència de quatre anys. Una revisió recent dels plans de salut de diverses comunitats autònomes evidenciava

la manca generalitzada de sensibilitat de gènere.⁵¹ La perspectiva de gènere als plans de salut s'ha d'incorporar en la descripció de l'estat de la situació, en la formulació dels objectius, en les activitats per assolir-los i en l'avaluació dels resultats, ja que, ateses les diferències de gènere en els factors de risc, la història natural de les malalties i l'atenció sanitària, podria succeir que els objectius assolits fossin diferents segons el sexe.

Incorporació de la perspectiva de gènere en la salut laboral

1. Perspectiva de gènere en les polítiques de salut laboral

Les polítiques de salut laboral n'han d'ampliar l'abast, i passar de centrar-se de forma pràcticament exclusiva en els accidents de treball a considerar riscos de naturalesa ergonòmica i, sobretot, psicosocial. Si no, l'impacte continuarà sent, com fins ara, molt baix. A més, la perspectiva de gènere implica introduir-hi també el treball domèstic i la compaginació de la vida laboral i familiar amb una sensibilitat que tingui en compte els possibles efectes adversos de moltes mesures que continuen assumint que la responsabilitat del treball domèstic roman en la dona i únicament busquen facilitar-l'hi amb efectes secundaris no considerats (per exemple, el treball a temps parcial amb menor salari, pitjors condicions de treball i menys perspectives de promoció).

Segons el CES les polítiques de conciliació de la vida laboral i la familiar vinculades només a la relació laboral són insuficients. Aquest organisme considera

necessari promoure els serveis de proximitat, tal com recullen expressament les orientacions de treball de la UE-15 del quart pilar sobre igualtat d'oportunitats. Lamentablement, a Espanya, l'actual llei de conciliació de vida laboral i familiar (Llei 39/1999, de 5 de novembre) proposa exclusivament mesures sobre el treball remunerat. Aquesta Llei no incorpora cap mesura que permeti assegurar que els homes s'involucrin més en les responsabilitats familiars, perquè el seu disseny respecta el model actual de permisos, llicències i excedències laborals. La legislació laboral pot adoptar un paper més actiu amb la creació de noves formes de compaginació del treball i la família que permetin que els homes comparteixin amb les dones més responsabilitats en la cura dels fills i de la resta de persones necessitades de la família. Així, es podrien dissenyar fórmules dirigides en exclusiva als pares, o que el fet que ells en gaudissin comportés algun tipus d'incentiu per a ells o per als empresaris. A més s'haurien de configurar drets que no es poguessin transferir ni acumular, com el del permís per paternitat per als pares, no transmissible a les mares si els primers decidissin no exercir-lo. Segons la lògica econòmica actual, un empresari es comportaria d'una altra manera en contractar un home o una dona si cregués possible que l'empleat home sol·licités un permís de paternitat. Si part d'aquest dret fos exclusiu del pare, és molt probable que cada vegada més homes optessin per utilitzar-lo i no per renunciar-hi.

Les polítiques de compaginació de la vida laboral i la familiar han de vetllar per no tenir efectes negatius

en la carrera professional de les dones i per un paper igualitari entre ambdós sexes. Si es promou la jornada a temps parcial solament per a les dones, cal preveure alguns efectes probables: que augmenti l'activitat femenina (fent possible una autonomia econòmica de les dones més gran), però també que s'aturi un repartiment més equitatiu del treball productiu i reproductiu entre dones i homes. Així, algunes mesures anomenades *de conciliació ocupació-família* poden derivar a reforçar situacions de desigualtat entre ambdós sexes si no es promouen, també, accions per reduir-les. El perill s'ha fet més evident amb la crisi de l'ocupació d'aquests darrers anys, en què s'han estès i s'han legalitzat a Espanya i a Catalunya noves formes de treball precari, discontinu o a temps parcial, de tal manera que s'ha reforçat un mercat secundari d'ocupació que hi ha hagut sempre per a les dones.⁵²

Les polítiques de conciliació han de prioritzar l'increment dels recursos per a la cura de les persones dependents. A més, els convenis col·lectius han d'introduir també la perspectiva de gènere per evitar la discriminació per raó de sexe i per garantir la compaginació de la vida laboral i la familiar de manera que no es penalitzi les dones.

2. *La perspectiva de gènere en l'àmbit de les empreses*

Les empreses estan obligades a dur a terme avaluacions de riscos i els plans de prevenció corresponents. La manca de la perspectiva de gènere és una més entre les múltiples limitacions d'aquestes activitats que habitual-

ment se centren en els riscos relacionats amb la seguretat i la higiene. La prevenció i el control efectius dels riscos laborals requereix programes a mida que incloguin els factors organitzacionals i psicosocials, i que tinguin en compte el benestar físic, mental i social dels treballadors i de les treballadores.

3. *Recerca i sistemes d'informació*

La recerca i els sistemes d'informació en salut laboral al nostre entorn són extremadament insuficients i en ambdós àmbits falta la perspectiva de gènere. Les entitats finançadores de projectes de recerca haurien d'incloure-hi com a criteri, quan sigui aplicable, l'existència de sensibilitat de gènere als projectes que financen. D'altra banda, els sistemes d'informació que avui es limiten pràcticament als accidents de treball i a les malalties professionals haurien d'ampliar-ne l'abast per recollir els problemes reals de la població treballadora en general i de les dones en particular i desagregar les estadístiques sistemàticament pel sexe.

4. *Participació de les dones*

Les dones estan poc representades tant a l'àmbit de govern i sindicats com als àmbits de decisió dins de les empreses. Cal que estiguin més ben representades i implicades en tots els processos relacionats amb la protecció de la salut de la població treballadora. Les opinions de les dones, les seves experiències, els seus coneixements i les seves habilitats han de quedar reflectides en la formulació i l'elaboració de les estratègies de promoció de la salut.

Polítiques de salut de la gent gran⁵³

La majoria de les persones grans, fins i tot les que gaudeixen d'un bon estat de salut general, necessiten més assistència sanitària que de joves. La manera en què la societat proporciona o no aquesta assistència influeix decisivament en la qualitat de vida. Aquesta assistència ha de garantir la independència i la dignitat de les persones, però també les seves relacions, i ha de vetllar per evitar situacions d'abús físic i psicològic. Aquestes qüestions són importants per a les persones grans, però tenint en compte que les dones solen viure en situacions econòmiques i socials més desfavorables, són particularment importants per a elles.

1. Incorporació de la perspectiva de gènere als programes de salut adreçats a la gent gran

Perquè les polítiques de salut adreçades a la gent gran siguin realment efectives han de tenir en compte les realitats diferents en què viuen els dos sexes. El fet que les dones tinguin més limitacions en termes de poder i autonomia pot comportar més dificultats per accedir als serveis sanitaris o socials. S'ha de tenir en compte també la manera en què la socialització de gènere afecta les capacitats i els comportaments.

La qualitat de vida, no només la quantitat, ha de ser la prioritat. Centrar els objectius a incrementar l'esperança de vida no ha de fer perdre de vista que una vida llarga no és necessàriament positiu si va acompanyada de discapacitat, malaltia, dependència i abús. Segons l'OMS, calen polítiques d'envelliment actives per assegurar una bona qualitat de vida, participació social,

salut i seguretat –cosa que inclou garantir ingressos econòmics adequats, reduir la càrrega de treball de cura de les dones grans, donar suport a les persones grans amb dèficits sensorials i proporcionar opcions de vida dignes que permetin les relacions interpersonals–, en els programes de salut adreçats a les persones grans.

2. La recerca i els sistemes d'informació sobre salut i envelliment

Sovint és molt difícil saber entre les persones grans si un problema de salut és més freqüent o no en un sexe, ja que les dades rarament es presenten separades per sexes. Fins i tot si ho estan, normalment falta la sensibilitat de gènere, és a dir, l'anàlisi dels contextos en què es produeixen les malalties en les dones i en els homes. Els sistemes d'informació i la recerca sobre la salut de la gent gran han de superar aquestes limitacions per tal d'entendre les relacions complexes entre l'envelliment, el gènere i l'edat.

■ Incorporant el sexe i el gènere en l'agenda de salut

Aquesta breu anàlisi il·lustra les complexes relacions entre el sexe biològic, el gènere social i la salut. Evidentment no és una anàlisi exhaustiva i probablement és massa simple, ja que hi ha també similituds en la salut de les dones i dels homes i profundes diferències entre les dones, marcades en gran part per la classe social. En qualsevol cas si les polítiques de salut volen incorporar els valors d'equitat i d'eficiència cal més sensibilitat per les diferències de sexe i de gènere.

Les polítiques de promoció de la salut han de ser sensibles a les diferències de gènere en els missatges de salut perquè siguin realment efectius. Massa campanyes de salut s'adrecen a les dones en el rol de vetlladora d'altres, mentre ignoren el benestar propi. La majoria ignora la manca de temps que comporta la compaginació de la vida laboral i la familiar. Quant a l'assistència sanitària, les dones i els homes han de ser tractats amb el mateix respecte. Les dones no poden ser humiliades per comportaments sexistes o perjudicades per pràctiques discriminatòries com un esforç diagnòstic i terapèutic inferior. D'altra banda, el disseny dels estudis clínics ha d'incloure el sexe i el gènere com a variables clau, sempre que sigui apropiat. A curt termini, això permetrà de donar resposta a alguns buits del coneixement; a llarg termini contribuirà a millorar la qualitat assistencial.

Finalment, és necessari examinar el potencial de les polítiques socials i econòmiques per reduir les desigualtats de gènere en la salut, i això és especialment complex. Tanmateix, encara queda un dels problemes principals: en la mesura en què la socialització en la masculinitat signifiqui adoptar conductes de risc per a la salut, massa homes continuaran patint malalties evitables i fins i tot morint com a conseqüència d'aquestes. Al mateix temps, massa dones continuaran patint per la violència dels companys que segueixen aquest guió de la masculinitat. No serà fàcil d'assolir canvis d'aquestes característiques, ja que impliquen una redefinició d'algunes de les esferes més íntimes de l'ésser humà.

¹ Doyal, L. "Sex, gender, and health: the need for a new approach". *British Medical Journal* 2001; 323: 1061-1063.

² Wizemann, T. M., Pardue, M. L. *Exploring the biological contributions to human health: does sex matter?*. Washington DC: National Academic Press; 2001.

³ Lete, I.; Martínez-Etayo, M. "La salud reproductiva: datos y reflexiones". *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (supl. 1): 170-174.

⁴ Institut d'Estadística de Catalunya. *Anuari estadístic de Catalunya* 2003. Disponible a: <<http://www.idescat.es/publicacions/anuari/aec.stm>>. [Consultat el 16/12/2004]

⁵ Delgado, M. "La evolución demográfica de España en el contexto internacional". A: *Información Comercial Española*. [En premsa].

⁶ World Health Organization. "Gender and mental health". Ginebra; 2002.

⁷ Lerner, D. S., Kannel, W. B. "Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-Year follow-up of the Framingham population". *American Heart Journal*; 1986; III: 383-390.

⁸ Rohlfis, I., García, M. M., Gavaldà, L., Medrano, M. J., Juvinyà, D., Baltasar, A. *et al.* "Género y cardiopatía isquémica". *Gaceta Sanitaria*; 2004;18 (supl. 2): 55-64.

⁹ Griffiths, S. "Men's health: unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical help". *BMJ* 1006; 312: 69-70.

¹⁰ Waldron, I., Weiss, C. C., Hughes, M. E. "Interacting effects of multiple roles on women's health". *Journal of Health and Social Behavior*; 1998; 39: 216-236.

¹¹ Wirth, L. *Romper el techo de cristal. Las mujeres en puestos de Dirección*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2004.

¹² Consell Econòmic i Social. *Panorama sociolaboral de la mujer en España*, núm. 24. Madrid; 2001.

¹³ González-Calvet, J., Mir-Artigues, P., Gil-Estallo, A. *La desigualtat salarial a Catalunya (1995-2000)*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2002.

¹⁴ *ILO International Labour Review*. Ginebra; 1987; 106.

¹⁵ Badura, B., Kickbusch, I. "Health Promotion Research: Towards a new social epidemiology". *WHO Regional Publications, European Series*, núm. 37. Copenhaguen; 1991.

¹⁶ Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Chesney, M. *Women, Work and Health. Stress and opportunities*. Nova York: Plenum Press; 1991.

¹⁷ Paoli, P., Merllié, D. *Third European Survey on working conditions 2000*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.

¹⁸ Flaquer, L. *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació la Caixa; 2000.

¹⁹ Meil, G. "La protección social a la familia en España, 1998". A: *Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro, Ministeri d'Educació i Ciència; 1999.

²⁰ Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortés, I., Rohlfs, I. "Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position". *Social Science and Medicine*; 2004; 59: 263-274.

²¹ Instituto de Estudios Laborales de ESADE. *Tercer Informe Randstad: Calidad del Trabajo en la Unión Europea: Las Políticas de Conciliación*. Madrid: ESADE; 2004.

²² Flaquer, L., Brullet, C. "Polítiques familiars a Catalunya: una primera aproximació". *Revista Catalana de Sociologia*, 2000; 12: 141-153.

²³ Moss, N. E. "Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health". *Social Science and Medicine*; 2002; 54: 649-661.

²⁴ Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J. "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands". *Journal of Epidemiology and Community Health*; 2001; 55: 639-647.

²⁵ Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlfs, I., Beni, C., Moncada, A., Benach, J. "Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada". *Gaceta Sanitaria*; 2001; 15: 150-153.

²⁶ Artazcoz, L., García-Calvente, M. M., Esnaola, S., Borrell, C., Sánchez-Cruz, J. J., Ramos, J. L. *et al.* "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar". A: Cabasés, Juan M., Villalbí, Joan R., Aibar, Carlos (ed.). *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Informe Sespas 2002. Valencia: SESPAS; 2002.

²⁷ Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortès, I., Benach, J., García, V. "Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women?". *European Journal of Public Health*; 2004; 14: 43-48.

²⁸ Conselleria de Sanitat. *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001)*. València: Conselleria de Sanitat, Oficina del Pla de Salut, Generalitat Valenciana; 2002.

²⁹ Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A., *et al.* "Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health". *Social Science and Medicine*; 1998; 46: 1417-1424.

³⁰ Paoli, P., Merllié, D. *Third European Survey on working conditions 2000*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.

³¹ World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Ginebra: 2002. Disponible a: <http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582>. [Consultat el 05/11/2003]

³² Heise, L., Ellsberg, M., Gottemoeller, M. *Ending violence against women*. Population Reports, series L, núm. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health; 1999. Disponible a: <<http://www.infoforhealth.org/pr/11redsum.html>>. [Consultat el 05/11/2003]

³³ Alberdi, I., Matas, N. *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundació la Caixa; 2002.

³⁴ Pickup, F., Williams, S., Sweetman, C. *Ending violence against women. A challenge for development and humanitarian work*. Londres: Oxfam; 2001.

³⁵ Villavicencio, P. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Treball i Afers Socials, Institut de la Dona; 1999.

³⁶ Alexander, R., Bradley, L., Alarcón, G., Triana-Alexander, M., Aaron, L., Alberts, K., *et al.* "Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage". *Arthritis Care and Research*; 1998; 11: 102-115.

³⁷ Stein, M. B., Kennedy, C. "Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence". *Journal of Affective Disorders*; 2001; 66: 133-138.

³⁸ Lenhart, S. H. "Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians". *Journal of the American Medical Women's Association*; 1993; 48: 155-159.

³⁹ Cascales, S., Ruiz, M. T., Pardo, M. A. "Ensayos clínicos con rofecoxib: análisis de la información desde la perspectiva de género". *Medicina Clínica (Barcelona)*; 2003; 120: 207-212.

⁴⁰ Ruiz-Cantero, M. T., Verdú-Delgado, M. “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”. *Gaceta Sanitaria*; 2004; 18 (supl. 1): 118-125.

⁴¹ Artazcoz, L., Cortès, I., Pasarín, M. I., Borrell, C. *Diferències i desigualtats de gènere en salut*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2003.

⁴² *Development and Gender, Issue 5: Approaches to institutionalizing gender. Gender in Brief*. Sussex: Institute of Development Studies. Universitat de Sussex; 1997.

⁴³ Doyal, L., Payne, S., Cameron, A. *Promoting gender equality in health*. Bristol: Equal Opportunities Commission; 2003.

⁴⁴ Kass, N. “Gender and research”. A: Kahn, J., Mastroianni, A., Sugarman, J. (ed.). *Beyond consent: seeking justice in research*. Nova York: Oxford University Press (1998).

⁴⁵ Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., Vives-Cases, C. “Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias”. *Gaceta Sanitaria*; 2004; 18 (supl. 2): 4-12.

⁴⁶ Millán, R., Jiménez, J. T., Blanco, P. “Intervención grupal con mujeres como prevención de la violencia y promoción de la salud y autonomía de las mujeres. Experiencias grupales en los centros de salud”. A: Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C. (ed.). *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud*. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 2002.

⁴⁷ Peiró, R., Ramón, N., Álvarez-Dardet, C., Colomer, C., Moya, C., Borrell, C., et al. “Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue”. *Gaceta Sanitaria*; 2004; 18 (supl. 2): 36-46.

⁴⁸ Brullet i Tenas, C. “El debat sobre la conciliació ocupació-família dins el marc de la Unió Europea”. *Revista Catalana de Sociologia*; 2000; 12: 155-185.

⁴⁹ World Health Organization. *Gender, Health and Ageing*. Ginebra: 2003.

