

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 13 de septiembre (11:00-12:30 h)

O.2.3. Salud y género

MESA ESPONTÁNEA:

Desigualdades de género en salud: datos para un debate

Moderadora:
Itziar Larizgoitia

IMPACTO DE CUIDAR SOBRE LA VIDA LABORAL DE LAS MUJERES

M.M. García Calvente e I. Mateo Rodríguez

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes y objetivos: El sistema informal familiar es el principal prestador de atención a la salud en nuestro medio y el papel de cuidador principal (CP) es asumido de forma mayoritaria por las mujeres, de modo que la función de cuidar está asociada claramente a un rol de género. Los servicios sanitarios y sociales constituyen sólo la punta de un iceberg en el que lo informal se configura como *sistema invisible de atención a la salud*. Como característica esencial de la misma definición de lo *informal*, destaca el carácter de actividad no remunerada. El asumir el papel de cuidadoras tiene repercusiones en diferentes esferas de la vida de las mujeres que originan a su vez desigualdades de género. En este trabajo pretendemos analizar el impacto que tiene ser cuidadora en la esfera laboral y las estrategias que utilizan las mujeres para compatibilizar el papel de cuidadoras y la vida laboral.

Métodos: Estrategia que combina el diseño cualitativo (15 grupos focales con CP) con una encuesta transversal de base poblacional mediante cuestionario en la que se muestrearon 3160 hogares de Andalucía y se entrevistaron a 1000 CP de personas dependientes. Junto con otras variables, se recogió la opinión de las CP sobre las repercusiones de ser cuidadora sobre la vida laboral y las estrategias utilizadas para compaginar cuidados y empleo.

Resultados: La repercusión percibida con mayor frecuencia es el abandono, temporal o definitivo, del empleo (25%). Si se suman las cuidadoras que han tenido que dejar definitivamente el empleo y las que no han podido tener acceso a él (21%), asumir el papel de CP ha condicionado la exclusión definitiva del mercado laboral de un 35% de las cuidadoras, y sube a un 46% si tenemos en cuenta las exclusiones temporales. La disponibilidad de personas de la red informal, habitualmente otras mujeres de la familia, que prestan su ayuda para cuidar, es el elemento clave que permite a las CP compaginar el doble papel de cuidadora y empleada. La adaptación del trabajo extradoméstico resulta también un mecanismo muy frecuente, mientras que la ayuda contratada es un recurso sólo al alcance de las CP con mayor poder adquisitivo. Estos mecanismos no siempre son suficientes, y a menudo la dificultad para compatibilizar las responsabilidades laborales y de cuidado es percibida como un factor de sobrecarga.

Conclusiones: Hacerse cargo del cuidado de las personas de la familia que lo necesitan supone un elevado coste de oportunidad para las mujeres cuidadoras, que con frecuencia se ven obligadas a elegir entre trabajo productivo y reproductivo. Incluso aquellas que pueden compatibilizar ambos tipos de trabajo, asumen otro tipo de consecuencias, como son la limitación de las posibilidades de progreso en su carrera profesional, el cambio de trabajo o el absentismo laboral. El impacto laboral tiene para las cuidadoras otras repercusiones, como la pérdida de poder adquisitivo, la limitación del desarrollo profesional o la disminución de la red social de apoyo. Las diferentes estrategias de apoyo a cuidadoras deberían tener en cuenta este marco para no consagrar una situación de desigualdad de género ya existente.

182

181

SESGO DE GÉNERO EN EL SECTOR SANITARIO COMO GENERADOR DE DESIGUALDADES EN SALUD

M.T. Ruiz Cantero

Dpt. de salud Pública y Centro de Estudios de la Mujer. Universidad de Alicante.

El Informe Europeo OMS, 1990 apuntó que la atención sanitaria contribuye a las desigualdades en salud en razón del género. El sesgo de género (SG) existe cuando se produce "una diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos", o bien, cuando se produce "un planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto a su naturaleza, a sus comportamientos y/o a sus razonamientos; el cuál puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios, incluida la investigación, y que es discriminatoria para un sexo respecto a otro". Se está produciendo un debate sobre el SG en las principales revistas científicas, porque los resultados a menudo confirman la hipótesis de desigualdad. No obstante, el panorama sigue estando confuso por las limitaciones existentes de carácter conceptual y metodológico.

Las acciones y la investigación derivadas del SG pueden influir en los resultados de salud de las mujeres de forma negativa. Dos aproximaciones pueden conducir al SG en los servicios sanitarios y en la investigación: 1. Desde la *asunción errónea de que la situación de salud de mujeres y hombres y sus riesgos son similares, cuando de hecho no lo son*. 1er. ejemplo: la tendencia de realización de ensayos clínicos contando en muchos casos exclusivamente con muestras de varones como sujetos de estudio, y aplicando los resultados automáticamente a las mujeres. 2º ejemplo: La aproximación estadística a la asunción de que los "sexos son iguales" también se puede observar en los análisis. El sexo se suele incluir como variable, pero se maneja como un potencial factor de confusión más que como una variable predictiva o pronóstica. Lo habitual es que se controle estadísticamente su efecto, por lo que en definitiva es una variable que se ignora. Y, 2. Desde la *asunción errónea de diferencia entre Mujeres y Hombres*, los médicos a menudo aprecian las quejas de los hombres como más serias, siendo las quejas de las mujeres valoradas, con frecuencia, como influidas por una componente psicopatológica. Las altas tasas de prescripción de tranquilizantes a las mujeres han sido citadas como una práctica que ambos (médico y mujer) asumen, y que contribuyen a crear diferencias de género.

Partiendo de una revisión de la Literatura médica de los últimos 40 años (Medline), se analizarán algunas consecuencias para la salud de las mujeres a lo largo de sus vidas motivadas por el SG. También se apuntarán las evidencias, limitaciones y retos de los estudios de SG, entre ellas: 1. Apenas existen estudios de SG en enfermedades que necesitan para su diagnóstico de la unión de varias pruebas, o que para ser diagnosticadas se necesita de una completa anamnesis y exploración física. 2. La caracterización y detección de SG requiere una investigación específica, en la que se tenga en cuenta la "gravedad de la enfermedad" como variable crucial, y aspectos de la salud (síntomas, quejas) que no suelen ser recogidos. 3. Es importante no solo centrarse en las asociaciones (riesgo relativo) como en la cantidad de población expuesta al sesgo de género (habitualmente las mujeres). 4. La crítica a los estudios de SG por su naturaleza retrospectiva. 5. Las creencias e interpretaciones de los médicos producen (incluso no intencionalmente) sesgo de género, quizás como un reflejo más de la situación política de la sociedad con relación a este tema.

COMBINACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR, ESTADO DE SALUD Y USO DE SERVICIOS SANITARIOS

L. Artazcoz, L. Artieda, C. Borrell, I. Cortés, J. Benach y V. García

Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona; Universitat Pompeu Fabra; Instituto Navarro de Salud Laboral.

Objetivo: Analizar las desigualdades de género en la salud y la utilización de servicios sanitarios debidas a la asimetría en la distribución del trabajo doméstico en personas ocupadas casadas o que viven en pareja.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta Navarra de Condiciones del Trabajo de 1997, realizada sobre una muestra de la población asalariada de esa comunidad autónoma. Se seleccionaron las personas de 25 a 64 años, casadas o que vivían en pareja (881 hombres y 400 mujeres). Las variables dependientes fueron el estado de salud percibido, los trastornos psicopatológicos y las visitas médicas, todas ellas dicotómicas. Las variables independientes fueron las exigencias familiares y las horas semanales dedicadas al trabajo remunerado (< 30 horas, de 30 a 40 y más de 40 horas). Las variables de control fueron la edad y la clase social ocupacional. Se ajustaron modelos de regresión logística multivariados, separados por sexo, para el cálculo de odds ratios ajustadas (ORa) con sus intervalos de confianza (IC) del 95%. El análisis se hizo en dos etapas. En la primera se comprobó si existían diferencias de género en los tres indicadores de salud, tras ajustar por la edad y la clase social. En la segunda se ajustaron modelos de regresión logística multivariados separados por sexo para estudiar si la relación de las exigencias familiares y las horas semanales de trabajo remunerado con los indicadores de salud era diferente para hombres y para mujeres. Los modelos explicativos de las visitas médicas fueron además ajustados por el estado de salud percibido y por los trastornos psicopatológicos.

Resultados: No se observaron diferencias de género en el estado de salud percibido ni en las visitas médicas, pero los trastornos psicopatológicos fueron más frecuentes en las mujeres (ORa = 1,39; IC95% = 1,08-1,78). Las exigencias familiares sólo se asociaron con la salud en las mujeres. Las que vivían en hogares de más de tres personas tuvieron mayor riesgo de mal estado de salud percibido (ORa = 4,16; IC95% = 1,37-12,65) y de sufrir trastornos psicopatológicos (ORa = 2,05; IC95% = 1,12-3,75). En mujeres, dedicar más de 40 horas semanales al trabajo remunerado se asoció con todos los indicadores de salud analizados. En comparación con las que trabajaban menos de 30 horas las ORa asociadas a trabajar más de 40 horas fueron 5,44 (IC95% = 1,42-20,82) para el estado de salud percibido, 2,17 (IC95% = 0,93-5,04) para los trastornos psicopatológicos y 2,47 (IC95% = 1,01-6,06) para las visitas médicas.

Conclusión: Las desigualdades de género en la distribución de las responsabilidades familiares se asocian a mal estado de salud y más utilización de servicios sanitarios en las mujeres que deben combinar vida laboral y familiar. Para entender y actuar sobre los determinantes sociales del estado de salud de los trabajadores deben considerarse, además de la clase social, las desigualdades de género en la distribución de las exigencias familiares.

183

¿SE ESTÁ INFRAUTILIZANDO A LAS MUJERES REVISORAS?

M.C. Davo, C. Vives y C. Álvarez-Dardet
Salud Pública, Universidad Alicante.

Antecedentes: En la literatura científica se hallan escasos estudios^{1,2} en los que se analice la presencia y contribución de las mujeres como revisoras. En estos se ha constatado la menor visibilidad de las mujeres que de los hombres. En esta propuesta se plantea el objetivo de analizar si existe sesgo de género en relación a la calidad de la revisión realizada por ambos sexos. La novedad de esta propuesta consiste en ir más allá de la cuantificación de la presencia de las mujeres en comparación con los hombres en los procesos de revisión. Se propone identificar la valoración concedida a la labor de las mujeres revisoras. Es decir, determinar la paridad existente entre hombres y mujeres revisores.

Métodos: Fueron seleccionados 108 revisores de artículos enviados a la revista JECH entre 1992-2002. El 50% eran mujeres y el otro 50% hombres. Se elaboró una base de datos en la que se incluyeron las variables: identificación del revisor, referencia del artículo, sexo del revisor, tiempo de respuesta, calidad de la revisión y decisión sobre el artículo por parte del revisor. Sobre el total de revisiones consultadas (420) se realizó la comparación de los porcentajes (pruebas χ^2) observados en cada una de las variables según el sexo del revisor.

Resultados: La calidad de la revisión tiende a alcanzar puntuaciones positivas tanto en hombres como en mujeres. La tendencia observada es que las mujeres revisoras presentan mayores porcentajes en las puntuaciones de mejor calidad (normal = 66%, buena = 64%, excelente = 58%) que los hombres (normal = 34%, buena = 36%, excelente = 42%). En cuanto a la decisión sobre el artículo que hacen los revisores/as, las mujeres presentan una mayor proporción en la decisión de: 1) rechazo (M = 54%, H = 46%), 2) revisión menor (M = 59%, H = 61%) y 3) revisión mayor (M = 61%, H = 39%); y en menor proporción, la decisión de aceptarlo (M = 47%, H = 53%). Por último, las mujeres revisoras tardan menos tiempo en revisar los artículos que los hombres (M = 53% y H = 47% entre 1/60 días; M = 60% y H = 40% entre 61/80 días; M = 44% y H = 66% > 81 días).

Conclusiones: Estudios antecedentes observaron una menor presencia de mujeres en los procesos de revisión. De acuerdo con los resultados observados en este estudio, no existe justificación para esta "infrautilización" de las mujeres en su papel de revisoras de artículos, puesto que, en sus revisiones se observa mayor calidad, más precisión y además, en menor tiempo de respuesta. Conseguir la paridad entre mujeres y hombres revisores contribuiría positivamente a la revisión de la producción científica.

- Dickersin, K. y cols. JAMA, 1998;280:260-264.
- Gilbert, J. y cols. JAMA, 1994;272:139-142.

LA DIMENSIÓN DE GÉNERO EN EL ANÁLISIS DE LAS NOTICIAS SOBRE SALUD EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ESCRITOS

C. Vives Cases, M.T. Ruiz Cantero, M. Martín Llaguno, D. La Parra Casado y M. Albaladejo

Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.

Introducción y objetivo general: Los medios de comunicación son una de las más poderosas herramientas en promoción de la salud por: 1. contribuir a la construcción social de ciertos problemas de salud al dirigir selectivamente la atención pública y política hacia los mismos y 2. distribuir información que la población puede utilizar para prevenir el desarrollo de conductas no saludables y de enfermedades. La importancia de incorporar la dimensión de género en el análisis de las noticias se basa en el hecho de que los problemas de salud entran a formar parte de la agenda mediática influidos, a menudo, por un enfoque androcéntrico. Los objetivos se plantearon siguiendo los Acuerdos de la Mujer y los Medios de Comunicación de Beijing+95: 1. analizar con enfoque de género el contenido de las noticias de salud de la prensa de mayor venta en España en los 90 y 2. elaborar recomendaciones para incorporar el enfoque de género en las noticias de salud.

Métodos: Análisis de contenido de 1.356 noticias sobre: Cáncer (422), Tabaco (350), Aborto (330), Infarto (118), Anorexia (79) y Violencia contra la Mujer (57), correspondientes a: El País, El Mundo y ABC. Muestreo Probabilístico por estratos definidos según diario, tiempo y temas. Reunión de expertos/as en periodismo, filología, salud pública y feminismos para la elaboración de recomendaciones de noticias sin sesgo de género.

Indicadores para la dimensión de género: *Visibilidad* (presencia de mujeres y hombres según categoría profesional y personal en la noticia), *Paridad* (roles que representan cada sexo en la noticia: de acción, de opinión, de padecimiento), *Empoderamiento* (noticias relacionadas con: prevención de factores de riesgo, programas de detección precoz, educación para la salud, consejos, derechos de los afectados, culpabilización de la víctima, acuerdos entre grupos de presión) y *Sexismo en el lenguaje* (forma de nombrar a las mujeres y hombres en la noticia). Tras un estudio descriptivo piloto, se calculó el índice Kappa interobservadores (superior al 80%) con una muestra de 100 noticias. Estudio descriptivo y de comparación de porcentajes (χ^2).

Resultados: En las noticias sobre los problemas de salud analizadas, la visibilidad de los hombres (42%) es mayor que la de las mujeres (20%), especialmente en cáncer, infarto, tabaco y aborto. Estas subrayan el rol activo de los varones profesionales (ellos hacen y dicen mayoritariamente) y el estereotipo de enferma en las mujeres. La información "empoderadora" (noticias movilizadoras) ha aumentado en los 90. Pero, que una mujer tenga una probabilidad diez veces mayor que un hombre de ser nombrada por su relación de consorte o la falta de cumplimiento del código deontológico de la profesión periodística en su aparto de respeto a la honor, intimidad y propia imagen, en el caso de las noticias de aborto, muestran la escasez de mecanismos de autocontrol.

Conclusiones: Sobre la base de los resultados obtenidos y del consenso entre expertos con relación a los problemas de visibilidad, paridad, empoderamiento y sexismo en el lenguaje se presentarán 12 recomendaciones para incorporar el enfoque de género en las noticias de salud.

LAS MUJERES EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE FÁRMACOS: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

M.T. Ruiz Cantero, M.A. Pardo López y S. Cascales Pérez
Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.

Introducción y objetivo general: Existe evidencia de la baja participación o incluso exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos (EC).

Objetivos: 1) Determinar la representación de las mujeres en los EC de fármaco antirretrovirales y del analgésico más vendido en EE.UU. del que el Sist. de Farmacovigilancia de la Comunidad Valenciana ha registrado mayor número de reacciones adversas en mujeres: Rofecoxib, y 2) analizar la información con enfoque de género siguiendo las Recomendaciones de la Food & Drug Administration (FDA) de inclusión de mujeres como sujetos de los EC.

Métodos: Revisión de ensayos clínicos, aleatorios controlados, en adultos, que evaluaban fármacos antirretrovirales, indexados en The Cochrane Controlled Trials Register 1990-2000. Las publicaciones de los EC con Rofecoxib se extrajeron de MEDLINE 1999-2001. La información analizada parte de las Recomendaciones de la FDA mencionadas: a) Frecuencia de hombres y mujeres incluidos en los EC, b) Frecuencia de casos perdidos en cada sexo, c) Información de la eficacia de los fármacos por sexo para determinar diferencias entre hombres y mujeres, d) Información de los resultados según variación hormonal, f) Información sobre los efectos secundarios según sexo, y g) Discusión de los resultados por sexo.

Resultados: *Rofecoxib:* De los 29 EC, un 88% no presenta resultados de eficacia por sexo, mencionando el factor sexo en la Discusión solo un 8% de las publicaciones. El mismo porcentaje considera el impacto de las variaciones hormonales en los resultados. Se incumplen las recomendaciones con relación a: La especificación del permiso de ingesta de anticonceptivos durante los EC (78,3% de los artículos no lo especifican). Tampoco se especifica el permiso de terapias sustitutivas de estrógenos en el 96% de las publicaciones. Solo aparece la constancia del embarazo como criterio de exclusión en un 47,8% de los EC en los que se incluyen a las mujeres.

Fármacos antirretrovirales: Las mujeres suponen el 12,25% de los sujetos de estudio en los 46 EC revisados. Solo en 2 EC se estratifica por sexo en el análisis estadístico. Solo en 1 EC se hace referencia a posibles diferencias en la eficacia y los parámetros farmacocinéticos respecto a la variable sexo. El mismo EC incluye esta variable en el apartado de Discusión del artículo.

Conclusiones: Las mujeres han sido pobremente representadas en la muestra de EC de fármacos antirretrovirales. En ambos casos escasea el estudio de la eficacia por sexo. También es insuficiente la información sobre el impacto en los resultados de las variaciones hormonales, influencia del ciclo menstrual, y la del tratamiento sustitutivo con estrógenos o los anticonceptivos sistémicos. Por tanto, no se cumplen las recomendaciones de la FDA al respecto. Por último, la información del diseño de los EC en las publicaciones no permite con facilidad realizar un análisis con enfoque de género por inadecuación en la presentación de los datos.