

SALUD Y GÉNERO

Jueves 6 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Aula Magna – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (3 minutos)

Modera: Isabel Peña-Rey

246. OPINIÓN DE PROFESIONALES, USUARIAS/OS DEL SISTEMA DE SALUD SOBRE LA ATENCIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO

M. Villacorta^a, M. Robles^a, S. Domínguez^a, C. García^a, G. Maroto^b, I. Gisbert^c, A. Hernando^a

^aDG Planificación, Calidad, Ordenación y Formación, Consejería de Sanidad, Castilla y León; ^bCIBERESP. ^cConsultora, Fondos para la Cohesión Territorial 2009 del MSyPS.

Antecedentes/Objetivos: Conocer opiniones, percepciones y expectativas de los y las profesionales de la salud, usuarias y usuarios de servicios sanitarios públicos de Castilla y León sobre la atención actual al proceso del parto y nacimiento.

Métodos: Estudio cualitativo realizado en Castilla y León (2009/2010), combinando entrevistas semiestructuradas a 36 profesionales, con 6 grupos focales integrados por 31 usuarias y usuarios de centros sanitarios públicos viviendo un proceso de embarazo o con al menos un hijo o hija de hasta 3 años de edad. La selección de participantes fue intencional, cumpliendo perfiles predefinidos. Las dimensiones básicas exploradas, en ambos casos, son la identificación de puntos fuertes y débiles de la atención. Se emplea el método hermenéutico de análisis de la información, con el apoyo del *software* Atlas-Ti.

Resultados: Como principales categorías de significado identificadas destaca la coincidencia entre profesionales y usuarios/as en la

percepción del cambio de modelo de atención, la mejora alcanzada con relación a la seguridad en la atención de la mujer y del recién nacido, la reducción de restricciones durante el proceso de acompañamiento. El trato durante la atención lo valoran positivamente todos los participantes y además se considera una dimensión que ha experimentado una notable mejoría en los últimos años, aunque usuarias y usuarios destaquen, específicamente, el papel de la matrona por su escucha y apoyo. También coinciden en reconocer la mayor implicación de las mujeres en la capacidad de opinión y de elección. Mientras que las y los profesionales inciden en la repercusión de las mejoras experimentadas en infraestructuras sanitarias y en formación, los padres y las madres consideran importante el fomento del vínculo precoz con sus hijos. Entre los puntos débiles de la atención actual al parto y nacimiento, usuarios/as participantes detectan dificultades de coordinación entre profesionales y necesidad de potenciar una práctica clínica basada en la evidencia científica que minimice el desconcierto que supone la variabilidad de opiniones. Los y las profesionales reconocen un mayor grado de medicalización y destacan la presión ejercida por las usuarias, cada vez más exigentes; además, señalan la necesidad de mejorar la humanización del parto y nacimiento en el hospital.

Conclusiones: A pesar de matices diferenciales, que resultan de gran utilidad para el diseño de estrategias de cambio, profesionales y usuarios/as coinciden en parte del discurso reforzando la visión de avance en la atención al parto.

374. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL DISTRITO SEVILLA SUR, HOSPITAL DE VALME Y APESBG

M. Cenizo Rodríguez^a, R. Varo Baena^b, M.J. Pérez Lozano^c

^aEducación para la Salud, Distrito Sanitario Sevilla Sur; ^bServicio de Medicina Preventiva, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir; ^cServicio de Medicina Preventiva, Hospital de Valme, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Sensibilizar a la población general sobre los efectos que produce la violencia de género. Establecer líneas de coordinación con otros sectores que faciliten una atención integral. Generar conciencia en los profesionales sanitarios del carácter de problema de salud pública. Diseñar un plan de formación interna para al menos el 70% de los profesionales. Colaborar con instituciones de otros ámbitos (educación, servicios sociales, delegaciones municipales, etc.).

Métodos: Jornadas locales de sensibilización contra la violencia de género. Formación en género y salud de colectivos referentes en acción social. Fomentar la constitución en los municipios de grupos de hombres por la igualdad y contra la violencia de género. Colaborar con los centros del profesorado del área. Fomentar la constitución en los municipios del área de las comisiones locales. Crear un punto permanente de información y orientación al colectivo de profesionales sanitarios. Generar una red con informantes clave. Elaborar un plan de formación (2010-2012) que cubra al menos al 70% de los profesionales. Desarrollo: 10 jornadas de sensibilización en diferentes municipios. Cinco talleres de formación al profesorado y alumnado de ESO. Constitución de 1 grupo de hombres en el área. Constitución de comisiones locales en el 80% de los municipios. Creación de la Comisión de Seguimiento del Plan. Cinco cursos de 40 horas y 5 talleres de 15 horas sobre protocolo.

Resultados: Aumento de la demanda en formación de los profesionales sanitarios y agentes sociales. Optimización de las actuaciones sobre violencia de género en el área a través de la Comisión de Seguimiento del Plan. Mejora sensible de la coordinación intersectorial.

394. MASCULINIDAD Y SALUD: ESTUDIO CUALITATIVO EN VARONES ANDALUCES DE 15 A 24 AÑOS

J. Marcos-Marcos^a, M.M. García-Calvente^{a,b}, M. del Río^b

^aCIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ^bEscuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En nuestro contexto, el estudio de la masculinidad desde una perspectiva de género en salud es todavía muy limitado. Dicho enfoque ofrece una oportunidad para analizar los beneficios y riesgos sobre la salud que se relacionan con la interpretación social del rol de género asignado, siendo un marco de gran interés para su incorporación a la labor de la salud pública en España. El objetivo de este trabajo es describir significados y percepciones sobre la masculinidad en varones jóvenes, identificando formas en las cuales las representaciones de género se relacionan con la salud.

Métodos: Estudio cualitativo en varones de 15 a 24 años nacidos y criados en Andalucía, que combina diferentes modalidades de entrevista. En el proyecto, desarrollado entre octubre de 2009 y mayo de 2010, participaron 59 informantes distribuidos en 9 entrevistas semiestructuradas, 6 grupos focales, 1 grupo de discusión y 1 grupo triangular. Con la ayuda del programa informático Nvivo, se realizó un análisis de contenido y crítico sociológico en torno a 10 dimensiones: género, salud, joven, riesgo, violencia, sexualidad, imagen corporal, emociones, sociedad y feminidad-masculinidad, y homosexualidad.

Resultados: Los resultados se entienden como una contribución para mejorar el entendimiento de estas poblaciones partiendo del análisis de los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas que son relacionadas con la idea de masculinidad. Del análisis de la socialización se desprenden temas como la represión de sentimientos o la evitación del acceso a los servicios sanitarios. La representación social de la masculinidad es asociada con la conducción temeraria, el abuso de alcohol y otras drogas recreativas, los comportamientos violentos, mantener relaciones sexuales sin protección o el logro de una imagen corporal principalmente centrada en el desarrollo muscular. Sobre este último tema, los discursos apuntan a un consumo extendido en estas poblaciones de ayudas ergogénicas nutricionales tales como aminoácidos y compuestos de proteína; el uso de esteroides anabolizantes también fue identificado.

Conclusiones: El estudio pone en evidencia cómo la representación social de la masculinidad es principalmente vinculada a creencias y prácticas que pueden ser perjudiciales para la salud. Esto no sólo mejora la comprensión de los riesgos y problemas que se relacionan con los varones, sino que también sirve para orientar las actuaciones que pueden ser realizadas desde el ámbito de la salud pública. Palabras clave: Salud. Masculinidad. Jóvenes. Investigación cualitativa.

408. LA MITOLOGÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS

M. Cenizo Rodríguez^a, M.D. Barrios Regordán^b, G. Caminero García^c

^aEducación para la Salud, Distrito Sanitario Sevilla Sur; ^bCentro de Salud Montequinto, Sevilla; ^cUnidad de Atención a la Ciudadanía, Distrito Sanitario Sevilla Sur.

Antecedentes/Objetivos: Conocer el grado de interiorización de las ideas erróneas (mitos) sobre violencia de género que tienen los/as profesionales sanitarios que realizan formación sobre el tema.

Métodos: Población: profesionales sanitarios que realizan cursos de formación sobre violencia de género en el Distrito Sanitario Sevilla Sur: mujeres = 113 y hombres = 60. Técnica cualitativa "investigación intragrupo".

Resultados: El 80% de las mujeres y de los hombres considera que el alcohol y otro tipo de drogas producen violencia de género. El 60% de

mujeres y el 90% de hombres consideran que la violencia de género se transmite intergeneracionalmente. El 40% de mujeres y el 33% de hombres consideran que los hombres maltratadores presentan trastornos psicológicos. El 70% de mujeres y el 80% de hombres consideran que existe un perfil de hombre maltratador. El 35% de mujeres y el 30% de hombres consideran que las mujeres víctimas de violencia de género tienen características personales definidas. El 15% de mujeres y el 25% de hombres consideran que las mujeres, con sus comportamientos, provocan el maltrato.

Conclusiones: No se observan diferencias entre la población de profesionales sanitarios estudiada y la población general en relación a la interiorización de ideas erróneas (mitología) sobre la violencia de género. Conocer la posición inicial personal ante la mitología sobre violencia de género facilita el desarrollo posterior de la actividad formativa y el cambio de actitudes de los/as profesionales.

492. TENDENCIA DE LOS AÑOS DE CICLO REPRODUCTIVO POR NIVEL EDUCATIVO, ORIGEN Y TERRITORIO (1927-1954)

E. Pérez^a, R. Peiró-Pérez^{a,b}, D. Salas^a, G. Vallés^a, J. Miranda^a, J. Ibáñez^a

^aCentro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia; ^bCIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Analizar la tendencia de la edad de la menarquia, la menopausia y el ciclo reproductivo de las mujeres que han acudido al programa de prevención de cáncer de mama de la Comunidad Valenciana (PPCMCV) (1996-2009) por nivel educativo, país de origen y territorio.

Métodos: La población son mujeres (45-70 años) que han acudido al PPCMCV. Las variables, la edad de la menarquia (nacidas entre 1927-1964), N = 670.938; la edad de la menopausia y el total de años de ciclo reproductivo (nacidas entre 1927-1954), N = 463.551, el nivel educativo (NE) (alto y bajo), el país de origen (España (E) y otros países (OP)), y la residencia (urbano [U], > 10.000 habitantes, rural [R]). Se describe la tendencia, por año de nacimiento, de la edad media de la menarquia (EM), la menopausia (EMP) y años de ciclo reproductivo (CR) (años de vida fértil) por las variables a estudio, realizándose un análisis de regresión de Joinpoint.

Resultados: La EM para el total del periodo es 12,73. En las nacidas en 1927 EM = 13,36, por NE (alto = 12,72 vs. Bajo = 13,39; p < 0,05), nacidas en 1956 EM = 12,49, por NE (alto = 12,38 vs. Bajo = 12,50; p < 0,05), país de origen (E = 12,47, OP = 12,97; p < 0,05) y nacidas 1963 EM = 12,62, por país de origen (E = 12,56, OP = 13,07; p < 0,05). La EMP para el total del periodo es de 49,20 años. En el año 1927 EMP = 49,95 años, por NE (alto = 50,28 vs. Bajo = 49,13; p < 0,05), nacidas en 1946 EMP = 49,95 y en 1954 EMP = 48,95, por país de origen (E = 48,95, OP = 48,69; p < 0,05), residencia (R = 49,13, U = 48,91; p < 0,05). La ECR para el total del periodo es de 35,79 años. En el año 1927 ECR = 37,26, por NE (alto = 37,23 vs. Bajo = 35,69; p < 0,05), nacidas en 1950 ECR = 37,26, por país de origen (E = 37,26, OP = 36,72; p < 0,05) y en 1954 ECR = 36,42, por NE (alto = 32 vs. Bajo = 30,76; p < 0,05). El análisis de tendencia joinpoint muestra el retraso en la edad de la menarquia hasta las mujeres nacidas en 1957 y el cambio a una edad media más precoz hasta 1964 (p < 0,05). La EMP se retrasa hasta las mujeres nacidas en 1943, se estabiliza hasta 1951 y se adelanta hasta 1954 (p < 0,05). El número de años del CR aumenta hasta las mujeres nacidas en 1951 y se reduce el número de años hasta 1954 (p < 0,05).

Conclusiones: La edad de la menarquia se reduce hasta el año 1957, para luego retrasarse. Este reducción ha sido más rápida en las mujeres con nivel educativo bajo y las españolas. La menopausia ha sufrido un retraso durante años, pero a partir del año 1951 ha sufrido un descenso mayor en las mujeres de zona urbana. El ciclo reproductivo ha ido aumentando para volver empezar a reducirse a partir de las nacidas en 1951.

594. EXPERIENCIAS EN BUENAS PRÁCTICAS DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD EN MATERIA DE GÉNERO Y SALUD

M.R. Hernández Gallego, R. del Valle Álvarez, D. Amador Demetrio, L. Brito González, A. Duarte Curbelo, A. Guerra Pérez, H. Sánchez Janáriz, R. Tristancho Ajamil

Dirección General de Programas Asistenciales (DGPPAA), Servicio Canario de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: Desde la DGPPAA, se ha tenido un compromiso para sensibilizar en materia de género y su influencia en la salud de hombres y mujeres. La socialización de género hace referencia a los valores culturales que enmarcan el referente de cómo son conformados psíquicamente ambos sexos y que tiene notable influencia tanto en la configuración de la propia identidad como en el modo de enfermar físico-psíquico, además de la forma en que se afrontan las dolencias, el sufrimiento y las experiencias vitales. La perspectiva de género permite abordar la salud y muchas de las patologías de forma integral, así como evitar los sesgos que se derivan de no tener en cuenta las diferencias tanto biológicas como psicosociales y culturales entre hombres y mujeres. **Objetivo:** Considerar la perspectiva de género transversalmente en todas las acciones dirigidas a mejorar la salud de la población

Métodos: Puesta en marcha de una estrategia apoyada en 3 pilares: formación del personal sanitario en género y sus repercusiones en la salud; sensibilización e información a la población sobre la incidencia del género en la salud a través de folletos, carteles, y creación de instrumentos como programas, protocolos y RRDD.

Resultados: Talleres a profesionales de EAP en salud y género, investigación cualitativa con perspectiva de género y violencia de género. El folleto "Género y salud" pretende un acercamiento de lo que es el género y diferenciarlo del concepto sexo. Se explica cómo la asunción de los roles de género por mujeres y hombres incide de forma directa en la forma en que viven, se cuidan y, por lo tanto, enferman por las conductas generadas por estos roles y cómo eso puede cambiar para la mejora de la salud de ambos. El tríptico "La salud cardiovascular en las mujeres" pretende despertar la atención hacia este problema de salud, que es la primera causa de muerte en las mujeres, concienciarlas sobre su importancia y de cómo cuidarse. El cartel y el díptico sobre las consecuencias que la violencia tiene en la salud de las mujeres que la sufren, como la de sus hijas e hijos, con un mensaje claro de compromiso de los servicios sanitarios expresado en la frase "Plantamos cara a la violencia, no estás sola". Disponibles en inglés y francés para dar respuesta a la especial vulnerabilidad que presentan las mujeres migrantes. Programas: Guía de preparación a la Maternidad y Paternidad. Material Educativo y Protocolo de Atención a personas transexuales.

Conclusiones: En base a la normativa vigente, tanto nacional como autonómica, la DGPPAA ha iniciado un camino por recorrer en bien del logro de la salud de la población canaria.

598. SESGO DE INFORMACIÓN SOBRE LAS LABORES DEL HOGAR Y DOBLE CARGA EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

M.T. Ruiz-Cantero^{a,b}, M. Carrasco-Portiño^{a,b}, N. Papí-Gálvez^c, V. Clemente Gómez^{a,b}

^aGrupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante (UA); ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública; ^cDepartamento de Comunicación y Psicología Social, UA.

Antecedentes/Objetivos: La última Encuesta Nacional de Salud (ENS-2006) tiene como objetivo analizar la salud de la población desde la perspectiva de género. Implica contar con información precisa sobre división sexual del trabajo. Varias fuentes de información aportan datos al respecto en España, siendo la principal la Encuesta de Población Activa (EPA). La ENS y la EPA tienen una pregunta común, similar, sobre

el trabajo productivo y reproductivo, permitiendo realizar una comparación entre la magnitud de su frecuencia, según sea producida por una u otra. **Objetivo:** Determinar si la ENS-06 produce la misma información que la EPA-06 sobre labores del hogar y doble carga de trabajo, en ambos sexos.

Métodos: Análisis del contenido comparativo entre la ENS y la EPA de la pregunta sobre actividad económica y su influencia en la magnitud de las frecuencias de las categorías de respuesta según la información sea extraída de la ENS o la EPA. Para que las frecuencias totales fueran compatibles con las cifras oficiales de población, a los valores de las muestras de ambas encuestas se les aplicó el factor de ponderación calculado a partir del factor de elevación de las encuestas. Descripción comparativa por sexo de la dedicación a las labores del hogar y la doble carga en España y comunidades autónomas.

Resultados: La ENS ofrece cifras inferiores sobre dedicación de las mujeres a las labores del hogar (19,1%) que la EPA (67%). También subestima la dedicación a las tareas del hogar de los hombres (ENS: 0,1% vs. EPA: 30,8%). Según la ENS, en 2006 solo el 0,3% de las mujeres realizó trabajo productivo junto con dedicación a las labores del hogar, mientras que lo hizo el 26,5% según la EPA. En hombres: ENS: 0,03% y EPA: 19,8%. Existen diferencias entre ambas encuestas respecto al trabajo productivo, se dediquen o no a las labores del hogar: mujeres (ENS: 26,7% y EPA: 35,8%) y hombres (ENS: 43,3% y EPA: 54%). El análisis del contenido muestra que la única diferencia radica en la categoría de respuesta sobre labores del hogar, que en la ENS incluye el adverbio "principalmente": "principalmente labores del hogar", mientras que en la EPA es: "labores del hogar".

Conclusiones: La ENS subestima la frecuencia de dedicación a las labores del hogar y doble carga de trabajo respecto a la EPA. Eliminar el adverbio "principalmente" de la respuesta sobre dedicación a las labores del hogar de la pregunta sobre actividad económica resolvería este problema metodológico y normalizaría esta pregunta respecto a las encuestas de salud internacionales y de comunidades autónomas.

821. UNA FORMA MÁS EQUITATIVA DE MEDIR EL DESARROLLO DE GÉNERO EN ESPAÑA Y SUS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

J. Fernández-Sáez^a, M.T. Ruiz Cantero^{a,b}, M. Carrasco-Portiño^{a,b}, M. Guijarro^c, V. Roca^d, C. Ródenas^e, M. Martí^e

^aDepartamento de Salud Pública, Universidad de Alicante (UA);

^bCIBERESP; ^cDepartamento de Economía, Universidad de Cantabria;

^dDepartamento de Filosofía Derecho y Derecho Internacional Privado,

UA; ^eDepartamento de Análisis Económico Aplicado, UA.

Antecedentes/Objetivos: Además del desarrollo de género, la equidad de género es un determinante estructural de la salud, importante para las políticas de salud pública. El índice de equidad de género (IEG) mide la distancia entre ambos sexos en las dimensiones empoderamiento, actividad económica y educación. **Objetivo:** Explorar la variabilidad en la inequidad de género en las comunidades autónomas (CC.AA.) de España en el año 2006, mediante la descripción del IEG modificado.

Métodos: Estudio transversal ecológico. Dado que el IEG sólo hace visible la inequidad cuando es desfavorable a las mujeres, se calcula el IEG modificado que puede hacer visibles aquellos casos, de haberlos actualmente o en el futuro, en los que las mujeres están, en términos relativos, mejor que los hombres. Para ello, en lugar de calcular las diferencias de género en las dimensiones del IEG mediante un cociente de proporciones, estas se comparan en términos absolutos (diferencias en las proporciones). IEGm oscila entre -1 (inequidad hacia las mujeres), 0 (equidad) y 1 (inequidad hacia los hombres).

Resultados: La inequidad desfavorable a las mujeres está presente en todas las CC.AA. de España (IEGm de España = -0,162). La más equitativa: País Vasco (-0,086). La menos, Navarra (-0,184). En actividad económica, todas las CC.AA. presentan inequidad desfavorable a las

mujeres. Baleares es la más equitativa (-0,221). Castilla-La Mancha la menos (-0,355). Inversamente, en actividad económica, todas las CC.AA. presentan valores de inequidad desfavorables a los hombres. Castilla-La Mancha es la única CA donde el valor de la dimensión de empoderamiento es desfavorable a los hombres (0,033).

Conclusiones: No contando el índice de equidad de género con dimensión de salud/esperanza de vida, su uso es útil en la búsqueda de asociaciones con la morbi-mortalidad. Dadas las diferencias interregionales en la equidad de género en España, la Ley de Igualdad y los Planes de Igualdad en las CC.AA. deben trabajar para asegurar la equidad entre mujeres y hombres en todas sus dimensiones. En España persisten las desigualdades interregionales este-oeste en el desarrollo de género, principalmente debido al peso del empoderamiento político en el IEGm.

867. VIOLENCIA DE PAREJA Y OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA LACTANCIA MATERNA

M. Royo-Marqués, V. Escribà-Agüir, M. Vanaclocha-Espí

CSISP, Generalitat Valenciana; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La literatura científica sobre el efecto de la violencia de pareja (VP) en la lactancia materna (LM) es escasa y poco consistente. El objetivo de este estudio es determinar el efecto de la VP y los factores sociodemográficos asociados a la práctica y duración de la LM.

Métodos: Estudio longitudinal sobre una muestra representativa de 1.336 mujeres captadas durante la primera visita prenatal en 9 centros de atención primaria de la Comunidad Valenciana (CV). La VP física o psicológica se midió en la fase I, II, III y IV del estudio (inicio del embarazo, 3.º trimestre del embarazo, 5.º y 12.º mes postparto, respectivamente) utilizando la versión española validada del Abuse Assessment Screen, que se administró de forma personal. Las variables sociodemográficas se midieron en la fase I y LM en la fase IV, mediante un cuestionario autoadministrado. Variable resultado: LM al año de nacimiento del/a bebé medida de forma dicotómica (sí/no) y en meses. Variables independientes: a) sufrir VP física o psicológica en la fase I, II, III o IV, y b) sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de estudios y país de origen). Se valoró si existe una interacción entre la VP y el país de origen. Se ha realizado un análisis simple y multivariante de los datos.

Resultados: El 72,4% de las mujeres ha dado el pecho a su hijo y en la actualidad lo continúa dando un 17,2%. La duración media de la LM es elevada (8,20 ± 5,03), aunque difiere según país de origen materno, siendo menor en las españolas que en las mujeres inmigrantes (7,09 ± 4,95; 9,31 ± 5,02). El 6% de las mujeres declaró haber sufrido VP física o psicológica entre el inicio del embarazo y el año tras el parto. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la VP y la LM. La probabilidad de dar el pecho es mayor en mujeres inmigrantes (OR = 5,27; IC 95%, 2,57-10,80) y con estudios universitarios (OR = 2,73; IC 95%, 1,8-4,1). Existe una interacción entre VP y el país de origen no significativa, apreciándose que en las mujeres inmigrantes sufrir VP reduce en un 64% la probabilidad de lactar.

Conclusiones: Ser inmigrante favorece la LM. Se requieren estudios que confirmen una posible interacción entre la VP y el país de origen.

Financiación: FIS-FEDER PI06/1565 y PS09/00523.

892. DE LA POTENCIA AL ACTO: CONDICIONES FACILITADORAS Y CAPACIDADES PARA INTEGRAR GÉNERO EN SALUD

G. Bonder, C. Ramírez

Área Género, Sociedad y Políticas, FLACSO, Argentina.

Antecedentes/Objetivos: Fortalecer capacidades y metacapacidades de administradores y agentes sanitarios para transversalizar el enfoque

de género en políticas y proyectos en salud. Comienza en 2006 en una cooperación entre la Maestría Virtual en Género y Políticas Públicas (FLACSO) y OPS. Comprende varias fases: actualización conceptual y metodológica y adaptación al contexto latinoamericano, un manual elaborado por OMS; validación a través de talleres regionales y realización de un programa de formación de personal de salud de provincias argentinas en cooperación con OPS y el Ministerio de Salud. Esta última fase adoptó una modalidad semipresencial incluyendo talleres intensivos y mentorías virtuales (acompañamiento experto de los proyectos gestados en los talleres utilizando un entorno tecnológico apropiado a este fin).

Métodos: Su carácter innovador se expresa en su objetivo general (fortalecer capacidades para la integración del enfoque de derechos e igualdad de género en el ciclo de los programas y proyectos en salud); su diseño pedagógico estimula la apropiación de un amplio corpus de contenidos multidisciplinares; promueve la vinculación entre teoría(s) e intervenciones, el intercambio y trabajo colaborativo e intersectorial para la producción de nuevos conocimientos, reflexión sobre las prácticas y sus contextos sociales e institucionales. Asimismo, en el uso de plataformas tecnológicas para las mentorías. Ha tenido múltiples impactos tanto en la calidad y eficacia de las iniciativas como en la experimentación por parte de los/as participantes del uso estratégico de las tecnologías para optimizar su labor.

Resultados: Participaron equipos técnicos de 4 provincias y de 4 municipios. Resultados más destacables: institucionalización de un acuerdo intersectorial gubernamental para la realización de políticas de SSyR en adolescencia con enfoque de género diagnóstico sobre acceso de adolescentes a servicios de de SSyR y desarrollo de una herramienta de evaluación de servicios de violencia sexual.

Conclusiones: Tanto los avances como los obstáculos en el desarrollo de este programa demostraron la importancia de contar y propiciar condiciones facilitadoras como: 1) personas y equipos sensibilizados y demandantes de formación en este campo para su aplicación en acciones concretas, 2) apoyo político explícito y continuo de autoridades institucionales y 3) una formación de mediana y larga duración que acompañe todo el ciclo de políticas o proyectos. En este sentido, las mentorías virtuales jugaron un papel muy positivo para superar obstáculos y aprender a partir de las prácticas.

952. EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A. Carmona Franco, T. Pou Navarro, A. Mayrata Vicens, B. Vidal, J. Martínez-Guisasola

Conselleria de Salut i Consum.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la percepción ante la violencia de género y determinar el grado de detección y manejo de mujeres que sufren maltrato en servicios de salud mental y atención primaria.

Métodos: Estudio transversal descriptivo, mediante encuesta ad hoc, anónima, de elaboración propia basada en la literatura específica. Estudio retrospectivo con datos agregados mediante la revisión de muestra aleatorizada de 1.890 historias de mujeres atendidas en salud mental.

Resultados: Un 20% de profesionales no considera la violencia de género como un problema de salud, un 50% considera que hay diferencias en relación al maltrato y la nacionalidad, y un 20% en el nivel de estudios y la clase social de la víctima. Hay diferencias entre sexos en la valoración de la importancia del problema, siendo las mujeres más sensibles; los abusos sexuales son considerados el maltrato más grave. El consumo de alcohol y/o drogas y haber sufrido malos tratos en la infancia por parte del agresor son considerados factores desencadenantes por el 90% de profesionales. Consideran que influye en la infra-detección la falta de espacio físico, el temor a las represalias del pre-

sunto maltratador al profesional y el temor a ofender a la víctima; y no la falta de tiempo, la formación en habilidades ante la víctima y la falta de conocimientos. Un 8,46% de casos se detecta en mujeres atendidas por primera vez en salud mental: un 31,86% sufre maltrato psicológico y físico, un 29,38% maltrato psicológico y un 18,13% maltrato físico. En el 73% el maltrato no persiste en la actualidad. El 75% tienen hijos a su cargo. En el 12% la relación comenzó durante el noviazgo. El 95% permaneció en la relación más de 5 años. El 17% presentó un gesto autolítico, y el 5% mantiene ideación autolítica. El 85% acude con psicofármacos pautados. El 98,8% de profesionales considera necesaria la formación en VG. Con la formación se consiguen cambios significativos en la consideración de la VG como problema de salud, la alta incidencia; la percepción de gravedad del maltrato psicológico, amenazas y coacciones; aumenta el conocimiento de protocolos de actuación; la necesidad de trabajar el plan de seguridad de la víctima y la derivación a otros servicios.

Conclusiones: Se muestra desconocimiento ante maltrato por parte de profesionales de atención primaria y en salud mental. Se da una mayor prevalencia del maltrato psicológico, a pesar de ser valorado como el menos grave. Las mujeres sufren importante deterioro de su salud psicológica a pesar de terminar con el maltrato. Se mejora la detección de casos en atención primaria tras recibir formación específica.

Financiación: Ministerio de Salud y Política Social para la implementación de las estrategias de salud de los años 2009 y 2010.