

Informe SESPAS 2018

Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018

Lucía Artazcoz^{a,b,c,d,*}, Elisa Chilet^{b,e}, Patricia Escartín^f y Ana Fernández^{a,b}^a Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^c Universitat Pompeu Fabra, Centro de Investigación en Salud Laboral, Barcelona, España^d Institut de Recerca Biomèdica Sant Pau, Barcelona, España^e Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante), España^f Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de enero de 2018

Aceptado el 23 de julio de 2018

On-line el 11 de septiembre de 2018

Palabras clave:

Salud comunitaria

Género

Determinantes sociales de la salud

Factores socioeconómicos

R E S U M E N

Los conceptos de salud comunitaria y de perspectiva de género a menudo son mal entendidos o interpretados de manera distinta entre diferentes sectores y disciplinas. Por esta razón, el presente artículo parte de la definición de ambos conceptos y continúa con una propuesta para la incorporación de la perspectiva de género en las estrategias de salud comunitaria. Las normas de género determinan diferentes maneras y oportunidades de vivir de las personas en función de su sexo que se asocian a desigualdades de género en la salud, y por tanto deben ser incorporadas de manera transversal en las intervenciones de salud comunitaria. La perspectiva de género requiere considerar las desigualdades en el poder, en el acceso a los recursos y el control sobre ellos, la división sexual del trabajo y la socialización de género en todas las fases del desarrollo de la salud comunitaria. Incorporar la perspectiva de género en la salud comunitaria no es solo una cuestión de ética y de justicia, sino también de efectividad de las intervenciones.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Incorporation of the gender perspective in community health. SESPAS Report 2018

A B S T R A C T

The concepts of community health and gender perspective are often misunderstood or interpreted differently between different sectors and disciplines. For this reason, this article starts with the definition of both concepts and continues with a proposal for the incorporation of a gender perspective in community health. The gender norms determine different pathways and opportunities for people according to their sex, which are associated with gender inequalities in health and therefore must be incorporated in community health interventions. The gender perspective requires considering gender inequalities in power, in the access to and control over resources, the sexual division of labour and gender socialization in all phases of community health strategy implementation. Incorporating a gender perspective in community health is not only a matter of ethics and justice but also of the effectiveness of interventions.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El género es uno de los principales determinantes de las desigualdades sociales en la salud, es decir, de las diferencias en la salud entre hombres y mujeres que son injustas, sistemáticas y evitables¹. Mujeres y hombres se comportan de manera diferente, ocupan posiciones distintas y desiguales en la vida pública y en la privada, utilizan de manera distinta los servicios sanitarios y reciben de ellos respuestas diversas para problemas similares, lo que tiene implicaciones para las desigualdades en salud². Sin

embargo, a pesar de la creciente evidencia sobre las desigualdades de género en la salud, la perspectiva de género es inexistente o mal entendida en las políticas y programas en general, y en las de salud pública y salud comunitaria en particular³.

Por otro lado, existe también una gran confusión sobre el significado y el alcance de la salud comunitaria, de forma que no hay una distinción clara entre la salud comunitaria y otros campos relacionados de la salud pública, la atención sanitaria, la participación comunitaria o el desarrollo comunitario. Estas limitaciones en la comprensión compartida de la salud comunitaria constituyen una barrera para el crecimiento y la efectividad de este abordaje⁴.

Incorporar la perspectiva de género en la salud comunitaria requiere, por tanto, comenzar por aclarar ambos conceptos. El obje-

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lartazco@aspb.cat (L. Artazcoz).

Puntos clave

- El marco conceptual de las desigualdades de género incluye las desigualdades en el poder, en el acceso a los recursos y en el control sobre ellos, la división sexual del trabajo y la socialización de género.
- La perspectiva de género debe incorporarse en todas las fases del desarrollo de la estrategia de salud comunitaria.
- En el análisis de la situación, los resultados cuantitativos deben estar desagregados por sexo, y el análisis cualitativo tiene que examinar explícitamente las desigualdades de género.
- Hay que realizar una evaluación del impacto de género antes de la implementación de las intervenciones.
- La evaluación debe contemplar la equidad de género, tanto en el proceso como en la efectividad de las intervenciones.

tivo de este artículo es proponer un abordaje para la incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Para ello se realizó una revisión de la literatura de tipo narrativo.

Las desigualdades de género en la salud

Desde los años 1970 ha habido un considerable activismo de las mujeres para mejorar su salud y la atención médica que reciben, lo que se ha traducido en que con frecuencia el análisis de la relación entre el género y la salud se ha hecho sinónimo de salud de las mujeres⁵. Este abordaje es comprensible, ya que las desigualdades de género tienen un impacto enorme en la vida de las mujeres y las niñas de todo el mundo. Ellas tienen casi universalmente menos poder, menos privilegios y menos oportunidades que los hombres. Por tanto, la idea de trabajar para corregir estos desequilibrios es muy poderosa. Sin embargo, poner el foco en la salud de las mujeres es complementario, pero no sinónimo, de la promoción de la equidad de género en la salud³. De hecho, en las últimas dos décadas los temas relacionadas con la salud de los hombres están recibiendo un interés creciente por parte de la asistencia sanitaria, la investigación, los medios de comunicación, el ámbito político y la población general. Por tanto, es necesario un marco conceptual de las desigualdades de género en la salud que incluya el enfoque de las experiencias cotidianas de hombres y mujeres, y de qué manera estas se construyen como consecuencia de las relaciones de género⁶. Pese a que el género no es una simple variable binaria que pueda ser capturada adecuadamente a través de los datos desagregados por sexo, para facilitar su comprensión en este artículo subrayamos su naturaleza relacional⁷.

El abordaje de las diferencias en la salud entre mujeres y hombres requiere considerar las diferencias de sexo y las de género. Las primeras se relacionan con las características biológicas de uno y otro sexo, y no se limitan a la salud sexual y reproductiva, sino que incluyen diferencias en la función endocrina, la función inmunitaria o el aparato cardiovascular, entre otras. Las diferencias de género se refieren a los roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos que una sociedad determinada considera apropiados para los hombres y para las mujeres⁸. Sin embargo, con frecuencia ambos conceptos se utilizan de manera incorrecta a través de una visión biológica de la salud que utiliza el concepto de género en lugar del de sexo y ofrece explicaciones médicas a lo que tiene un origen social⁹.

Aunque la investigación sobre las desigualdades de género en la salud ha contribuido a mejorar significativamente la comprensión sobre la salud y sus determinantes, ha reforzado inconscientemente las construcciones binarias tradicionales de sexo (hombre y mujer)

y de género (masculino y femenino), y las ideas del sexo y del género como fácilmente separables. Por el contrario, los estudios que examinan explícitamente tipos específicos de desempeño de género entre categorías de personas tienen el potencial de identificar y desestabilizar las dicotomías aparentes en lugar de reforzarlas. Al desvincular la combinación de hombre y mujer de las correspondientes expectativas de género, el género deja de ser binario. Por otro lado, desde el feminismo se ha criticado la estrecha visión del análisis de las desigualdades de género centrado en la identidad de género, la socialización y la conformidad con las expectativas preestablecidas, subrayando que son las diferencias de poder las que configuran las relaciones entre hombres y mujeres, mujeres y mujeres, y hombres y hombres⁷. Además, el género no es una «variable» esencial e independiente en la investigación de la salud, sino que tiene sentido en relación con otros ejes de desigualdad, como la etnia y la clase social, íntimamente relacionados con el poder, lo que requiere adoptar una perspectiva interseccional, es decir, incorporar simultáneamente otros ejes de desigualdad, además del género¹⁰.

De manera operativa, incorporar la perspectiva de género en el análisis, el diseño, la implementación y la evaluación de políticas y programas de salud pública requiere tener en cuenta cuatro elementos: 1) las desigualdades en el poder; 2) las desigualdades en el acceso a los recursos y el control sobre ellos; 3) la división sexual del trabajo; y 4) la socialización de género⁵. El «régimen de género» se refiere al complejo entramado de relaciones que tienen lugar en las instituciones y que facilita la desigual representación de hombres y mujeres en puestos de toma de decisiones, la división sexual del trabajo y los roles de género en el mercado de trabajo y en la esfera doméstica y familiar que causan desigualdades de género en el poder y en el acceso a los recursos y el control sobre ellos¹¹. La división sexual del trabajo asigna a los hombres un papel protagonista en el trabajo remunerado y en la vida pública, y a las mujeres una mayor responsabilidad en la esfera doméstica y de cuidados. Sin embargo, mientras el trabajo remunerado ofrece estatus, reconocimiento e ingresos, el ámbito privado permanece relegado e invisible¹². Las posiciones más desfavorecidas de las mujeres en la sociedad en general y en el trabajo en particular explican en buena parte su peor estado de salud en comparación con los hombres¹³.

Las normas de género, es decir, las expectativas que define una sociedad, cultura o comunidad en un momento dado para las mujeres y los hombres, influyen en los comportamientos individuales, en parte porque la falta de adhesión a ellas a menudo se asocia con diversos grados de exclusión social y con problemas de salud^{15,16}. Las normas masculinas, aunque conducen a un estatus social más elevado, también tienen un precio para la salud de los hombres; son los «costes de la masculinidad». Paradójicamente, para ser percibidos como masculinos y así lograr un mayor estatus social, los hombres son presionados y recompensados por adoptar ciertos riesgos. Y es que la socialización en la masculinidad puede variar entre comunidades, pero el desarrollo de una identidad masculina heterosexual tradicional generalmente implica asumir riesgos para la salud, como hábitos menos saludables, más comportamientos con riesgo de accidentes, comportamientos agresivos y de dominio físico, y resistencia a admitir debilidades que se traduce en una escasa atención a los mensajes de promoción de la salud y un menor uso de los servicios sanitarios cuando son necesarios¹⁴. Estas conductas «típicamente masculinas» explican en gran parte la mayor mortalidad prematura de los hombres, si bien no suelen tenerse en cuenta en las intervenciones de salud pública y de salud comunitaria⁵. Existen también unas normas sobre la identidad de género, la orientación sexual y las relaciones de género que no son simplemente impuestas por la socialización, sino que las propias personas las construyen de manera activa.

Se ha subrayado que en todo momento histórico han existido distintas formas de masculinidad, algunas dominantes, otras marginales y otras estigmatizadas, que compiten entre ellas. Se ha utilizado el término «masculinidad hegemónica» para referirse a la forma de masculinidad prevalente, más alabada, idealizada y valorada en un determinado contexto histórico. El concepto de «feminidad subrayada» se refiere al ideal cultural asignado a las mujeres, es decir, sociabilidad, fragilidad, pasividad, aceptación de los deseos del hombre y receptividad sexual. La feminidad subrayada se construye según una relación recíproca y subordinada con la masculinidad hegemónica, de modo que refuerza el poder masculino y las jerarquías dominadas por los hombres dentro de los distintos contextos institucionales⁷.

En definitiva, las desigualdades de género en el poder y las diferencias en los valores, las actitudes y las conductas se traducen en diferentes motivaciones y barreras en relación con las políticas y los programas sanitarios y de salud pública, así como en distintas oportunidades para desarrollar el potencial de salud entre hombres y mujeres. Lamentablemente, este orden de género no se tiene en cuenta o se malentiende en las intervenciones de salud pública^{3,17}.

La salud comunitaria

Aunque existen numerosas definiciones de salud comunitaria, en este artículo la entendemos como «una estrategia colaborativa, intersectorial y multidisciplinaria que utiliza abordajes de salud pública, de desarrollo comunitario e intervenciones basadas en la evidencia para implicar y trabajar con las comunidades de manera adecuada a sus valores culturales para optimizar la salud y la calidad de vida de las personas». Esta estrategia se basa en los siguientes principios: 1) implicación de las comunidades, la administración local y los diversos sectores interesados en el desarrollo de una agenda compartida; 2) implementación y utilización de los resultados del análisis de situación de la comunidad como un elemento central para mejorar la salud; 3) identificación de intervenciones efectivas a corto y largo plazo que respondan a los intereses de la comunidad; 4) generación y documentación de evidencia basada en la práctica y en la investigación de los programas e intervenciones que mejoran la salud de la comunidad; y 5) compromiso mantenido de la comunidad para la mejora de la salud y de la calidad de vida⁴. Esta definición, por tanto, excluye las intervenciones aisladas de promoción de la salud promovidas desde los servicios sanitarios u otros sectores, e implica un compromiso a largo plazo para mejorar la salud de la comunidad.

El concepto de «salud comunitaria» está íntimamente ligado al de los determinantes sociales de la salud, es decir, a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos en el ámbito mundial, nacional y local, que depende finalmente de las políticas adoptadas¹⁸. Los planes locales de salud de Andalucía¹⁹, el programa *Barcelona salud en los barrios* (BSaB)²⁰, el programa MIHSalud²¹ y el *Plan Madrid ciudad de los cuidados*²² son estrategias de salud comunitaria en las que de manera explícita se abordan los determinantes sociales de la salud²³.

Las estrategias de salud comunitaria suelen desarrollarse en varias fases²⁴:

- Creación de un grupo motor: búsqueda de alianzas políticas y establecimiento de un grupo motor en el territorio de intervención con los diversos agentes que pueden tener una influencia sobre la salud y sus determinantes.
- Análisis de la situación: análisis cuantitativo y cualitativo de las necesidades en la salud y sus determinantes, así como de los activos para la salud del territorio.

- Priorización comunitaria de los problemas del territorio, más centrada en los determinantes sociales que en los problemas de salud.
- Diseño, implementación y seguimiento de las actividades: búsqueda bibliográfica de las intervenciones efectivas e implementación. En caso de que no existan intervenciones adecuadas implantadas en territorios similares, esta fase implica el diseño de nuevas intervenciones, o en ocasiones una adaptación de las ya existentes.
- Evaluación del proceso, de la efectividad y de la eficiencia de las intervenciones.

Se trata de un proceso dinámico y a largo plazo, en el que de manera continua se actualiza el conocimiento de la situación, se definen nuevas prioridades, se implementan intervenciones y se evalúan.

La transversalización de género en la salud comunitaria

La transversalización de género es el proceso de evaluar las implicaciones para mujeres y hombres de cualquier acción planificada, incluida la legislación, las políticas o los programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para hacer que las necesidades y las preocupaciones de las mujeres y de los hombres estén presentes de manera integral en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas en todos los ámbitos políticos y esferas sociales, para que ambos sexos se beneficien por igual y no se perpetúen las desigualdades; el objetivo final es lograr la equidad de género²⁵. El concepto de «transversalización de género» también se ha aplicado a las políticas de salud, aunque con frecuencia solo ha significado publicar informes simplificados de diferencias de sexo que no tienen en cuenta las complejas condiciones de vida de hombres y mujeres ni las dimensiones de género relacionadas con las conductas, el poder, la división sexual del trabajo o la organización y la prestación de la asistencia sanitaria².

Las estrategias de salud comunitaria desarrolladas en España antes mencionadas incluyen en su descripción, de manera explícita, la incorporación de la perspectiva de género, pero no se llega a operativizar este abordaje. A esta falta de operativización se suma, además, la falta de evaluación de las intervenciones en general y de la equidad de género en particular, lo que dificulta el avance de la salud comunitaria al carecer de un cuerpo de conocimientos consistente y accesible. En este sentido, es necesario dedicar esfuerzos a mejorar la evaluación y la difusión de la salud comunitaria, pero también a revisar los criterios de publicación de algunas revistas, aún desde posicionamientos muy biomédicos que dificultan la publicación de las intervenciones complejas que no utilizan métodos experimentales.

Las recomendaciones realizadas en esta sección recogen parcialmente otras cuyo foco es la incorporación de la perspectiva de género en la asistencia sanitaria^{26,27}. La perspectiva de género debe incorporarse en todas las fases de desarrollo de la estrategia de salud comunitaria. En la primera, cuando se crea el grupo motor, hay que asegurar una participación equilibrada de mujeres y de hombres, tanto en el número de participantes como en su capacidad de influencia. El análisis de situación debe tener en cuenta las posibles diferencias de género en los determinantes sociales y en el estado de salud entre niños y niñas, y entre mujeres y hombres, tanto cuantitativamente desagregando los datos por sexo, como cualitativamente conduciendo, por ejemplo, algunos grupos de discusión separados por sexo o incluyendo preguntas explícitas sobre las posibles desigualdades de género. En el programa BSaB se propone como una de las preguntas del análisis cualitativo «¿Puede especificar los aspectos que afectan negativamente la salud y el bienestar de las personas por grupos de

Tabla 1

Posibles preguntas para el análisis de situación en salud comunitaria con perspectiva de género

- ¿El plan para recopilar información incluye un número suficiente de mujeres y hombres, niños y niñas?
- ¿Los datos están separados por sexo?
- ¿Se han analizado los datos considerando el género como una influencia importante en la distribución de los determinantes de la salud?
- ¿Se consideran las mujeres y los hombres, los niños y las niñas, conjuntamente, o se han tenido en cuenta las diferentes etapas de la vida?
- ¿Los datos arrojan luz sobre las situaciones de mujeres y hombres, niños y niñas, que viven con bajos ingresos, las personas con discapacidad, las personas inmigrantes y aquellas con diferentes orientaciones sexuales?
- ¿Qué pueden decirnos los datos sobre la influencia del género en la salud de mujeres y hombres en estos grupos?
- ¿Cómo pueden utilizarse estos datos para ayudarnos a mejorar la salud de mujeres y hombres, niños y niñas, en el barrio?
- ¿Cómo pueden utilizarse estos datos para ayudarnos a abordar las inequidades de género en la salud de nuestra población?

Nota: recomendaciones basadas parcialmente en las refs. 26 y 27.

Tabla 2

Posibles preguntas para el diseño, la implementación y la evaluación de intervenciones de salud comunitaria con perspectiva de género

- ¿Cómo afectará el género a las formas en que mujeres y hombres, niños y niñas, participen o no en el proyecto?
- ¿Cómo podemos cambiar el diseño del proyecto para fomentar la participación equitativa de mujeres, niñas, hombres y niños?
- ¿El proyecto global y las intervenciones particulares se han diseñado teniendo en cuenta lo que ya se sabe sobre las diferencias de género para este problema de salud?
- ¿Quién participa en el diseño de la intervención? ¿Se han incluido mujeres, niñas, hombres y niños que viven en la comunidad? ¿Qué medidas tiene en cuenta para fomentar la participación de los diversos colectivos en el diseño?
- ¿Se consideran las mujeres y los hombres, los niños y las niñas, globalmente o se han tenido en cuenta las etapas del ciclo vital? ¿Se ha considerado la diversidad de la población?
- ¿Se han tenido en cuenta las normas de género presentes en esa comunidad que puedan explicar la inequidad de género? ¿Se han identificado las relaciones entre hombres y mujeres que perpetúan las desigualdades?
- ¿Las imágenes y los mensajes reproducen estereotipos de género?
- ¿En qué sentido influyen las acciones del programa sobre los modelos sociales de género? ¿Perpetúan a las mujeres en situaciones de subordinación y exclusión? ¿Y a los hombres en posiciones dominantes o necesitando demostrar fortaleza?
- ¿Favorecen las acciones y métodos que las mujeres accedan a mayor autonomía, funciones sociales y acceso al trabajo?
- ¿Favorecen las acciones y métodos que los hombres accedan a tareas de la vida cotidiana y funciones tradicionalmente asignadas a las mujeres?
- En la evaluación del proceso, ¿se han desagregado los datos por sexo? ¿Se han tenido en cuenta otros ejes de desigualdad?
- En la evaluación de resultados, ¿se han desagregado los datos por sexo? ¿Se ha analizado no solo la efectividad sino también la equidad en la efectividad?

Nota: recomendaciones basadas parcialmente en las refs. 26 y 27.

edad y sexo? (Niños y niñas, adolescentes [chicos/chicas], personas adultas [hombres/mujeres] y gente mayor [hombres/mujeres])). Asimismo, con el fin de recoger información sobre otros ejes de desigualdad se utiliza la pregunta «En algunos barrios hay grupos de personas que viven en peor situación que el resto. ¿Puede identificar algún grupo así en su barrio? ¿Me podría explicar la situación de estas personas?»²⁸. En el diagnóstico de situación de los planes locales de salud de Andalucía se incluye el género entre las características de vulnerabilidad²⁹. En la [tabla 1](#) se sugieren algunas preguntas para incorporar la perspectiva de género en el análisis de situación²⁷. Por otro lado, es importante no centrarse únicamente en los problemas, sino también en los activos para la salud de las comunidades, es decir, en las riquezas y el patrimonio de la comunidad³⁰, que pueden ser percibidos también de manera diferente por hombres y mujeres.

En la priorización comunitaria suele ser complicado conseguir una representación proporcional de las personas residentes, particularmente de las mujeres con dificultades de conciliación de vida laboral y familiar, las minorías y las personas en situación más desfavorecida, lo que puede sesgar de manera cuantitativa y cualitativa los resultados. Algunas ideas puestas en marcha en BSaB para conseguir la participación de los grupos más desfavorecidos son ofrecer a las personas participantes una merienda ligera, saludable y económica, preferiblemente preparada por alguna empresa del barrio que haga inserción laboral en el ámbito de la restauración o de la cocina; ofrecer un servicio de canguro para facilitar la participación de las familias, o proporcionar un servicio de adaptación para las personas con diversidad funcional³¹. También se podría invitar personalmente a las entidades que suelen estar menos representadas, dejar urnas y papeletas en los comercios y equipamientos del barrio para que puedan votar en otros momentos, o incluir la posibilidad de votación por Internet, aunque esta no debe ser la única opción porque excluye a las personas más desfavorecidas.

En la [tabla 2](#) se proponen algunas preguntas que pueden considerarse en el diseño, la implementación y la evaluación de las intervenciones²⁷. Uno de los retos de la salud comunitaria es la baja participación de los hombres. Por ejemplo, en el proyecto MIHSalud, las mujeres suponen el 70% de asistentes a los foros y el 82% de las personas agentes de salud formadas²¹. Por otro lado, antes de implementar las intervenciones debería hacerse una valoración del impacto de género²⁶. Es importante que las intervenciones de salud comunitaria transformen los roles de género y promuevan relaciones más equitativas entre hombres y mujeres, en lugar de reforzar las normas de masculinidad o de feminidad, en aras de mejorar su efectividad. Se ha señalado que los programas sensibles al género reconocen y responden a las necesidades y limitaciones diferentes de mujeres y hombres, pero hacen poco por cambiar los problemas contextuales más amplios y no son suficientes para alterar de manera significativa el equilibrio de poder en las relaciones de género. Los programas transformadores de género buscan cambiar los roles de género y crear relaciones más equitativas entre hombres y mujeres. En la [figura 1](#) se muestra el continuo de los abordajes de género en las intervenciones de salud pública, desde las que perpetúan las desigualdades de género hasta las transformadoras de los roles de género¹⁷. Se han criticado, por ejemplo, las intervenciones de promoción de la salud que de manera inconsciente perpetúan estereotipos de género aludiendo al coraje y la valentía de los hombres, valores de la masculinidad hegemónica, para que se hagan pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual³². En nuestro entorno, algunas intervenciones de salud comunitaria dirigidas fundamentalmente a las mujeres se basan en talleres de costura o de cocina. Aunque estos talleres pueden ser útiles para atraer a las mujeres, si no se reconducen a lo largo de su implementación contribuyen a perpetuar el rol de las mujeres en el hogar y, por tanto, su situación desfavorecida. En las intervenciones de salud comunitaria es fundamental tener en cuenta no solo los efectos buscados, sino también los

Tabla 3

Factores facilitadores y obstáculos para incluir la perspectiva de género en las intervenciones de salud comunitaria

Componente	Elementos facilitadores	Obstáculos	Agentes colaboradores
Formación	Facilitación del acceso a la formación en perspectiva de género	Falta de formación en temas de género y su relación con la salud Asimilación de la perspectiva de género en la salud al abordaje de los problemas de salud de las mujeres	Grupos de mujeres, grupos feministas, asociaciones de apoyo LGBTQ+, recursos municipales y de la administración pública que trabajan por la igualdad de género
Accesibilidad de las personas participantes	Espacios de guardería/ludoteca o personal para facilitar la participación de personas cuidadoras en las diferentes etapas de la vida Horarios y tiempos adaptados a las personas que participan Espacios accesibles a todas las personas	Consideración de que los temas de género solo afectan a las mujeres Cultura de cuidados que atribuye la responsabilidad a las mujeres	Cesión de instalaciones municipales, entidades del territorio
Diseño de la actividad/proyecto/proceso	Diagnóstico previo que valore las desigualdades de género que enmarcan el proceso Consideración de los distintos usos del tiempo de mujeres y hombres	Falta de consideración del desigual acceso a los recursos económicos, políticos y culturales entre colectivos	Inclusión de elementos específicos de la agenda feminista (coordinadoras, plataformas...)
Proceso	Uso de materiales que incluyan la perspectiva de género Inclusión de la perspectiva interseccional en todas las fases	Asignación de roles y funciones según el sexo tanto en el equipo impulsor del proceso como en quienes participan en las actividades	
Evaluación	Formación previa en género y evaluación de las intervenciones Recursos necesarios para la evaluación: tiempo, presupuesto, recursos metodológicos, recursos educativos, personal. . .	Escasez de iniciativas con perspectiva de género evaluadas y por tanto de difícil extrapolación	Servicios de salud pública con personal capacitado para la evaluación o para la formación para la evaluación Agentes colaboradores del apartado «formación»

LGTBQ+: lesbianas, gays, transgénero, bisexuales, *queer* y todas sus derivaciones.

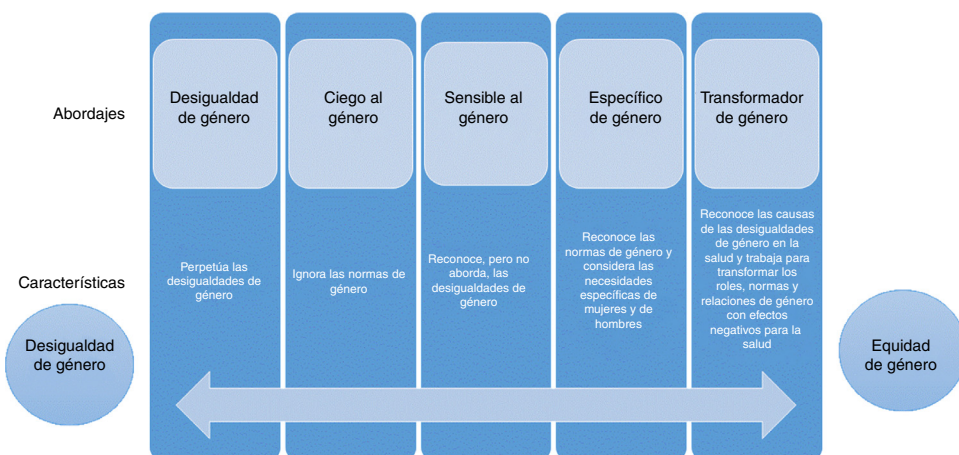
Nota: tabla basada parcialmente en la ref. 37.

potencialmente adversos, como la perpetuación de los roles de género³³.

En cuanto a la evaluación, no se trata de evaluar solo la efectividad, sino también la equidad de la efectividad de las intervenciones en salud comunitaria. Por ejemplo, un programa para el desarrollo de habilidades de crianza en familias con dificultades mostró un mayor impacto en diversos indicadores entre los hombres y, en general, en los colectivos más desfavorecidos, que partían de una peor situación³⁴. También en un esfuerzo por introducir la perspectiva de género, en la memoria de BSaB de 2016 los resultados de la participación en las intervenciones se desagregan por sexo³⁵. Para

la evaluación es recomendable utilizar una metodología mixta, en la que los métodos cuantitativos y cualitativos se complementan, sin priorizar unos sobre los otros. Así, para conocer la efectividad de una estrategia de salud comunitaria pueden compararse indicadores antes y después de su implementación, estratificados por sexo, y contrastar estos datos con las percepciones y las sugerencias de mejora de las participantes o de las personas implicadas, que darán significados a los resultados del abordaje cuantitativo.

En la [tabla 3](#) se presentan algunos factores facilitadores y algunos obstáculos para incorporar la perspectiva de género en las estrategias de salud comunitaria basados parcialmente en los propuestos

**Figura 1.** Continuo de los abordajes de género en las intervenciones de salud. (Basada en la ref. 17.)

por la Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo para el Comercio Justo³⁶. Entre los obstáculos se señala la falta de intervenciones con perspectiva de género evaluadas que muestren, por tanto, la necesidad de la adopción de la perspectiva de género.

Conclusión

La salud comunitaria es una estrategia colaborativa multisectorial y multidisciplinaria que utiliza las ciencias de la salud pública, las estrategias basadas en la evidencia y otros enfoques para involucrar y trabajar con las comunidades, de manera culturalmente apropiada para optimizar la salud y la calidad de vida de todas las personas que viven, trabajan o están activas en una comunidad definida. Está explícitamente enfocada a la intersección de las necesidades de la comunidad y sus activos, la comprensión de la comunidad y las prioridades para la salud, y requiere métodos a menudo innovadores para documentar la evidencia de la efectividad y de la equidad en la efectividad. Las normas de género determinan diferentes maneras y oportunidades de vivir de las personas en función de su sexo, que se asocian a desigualdades de género en la salud, y por tanto la perspectiva de género debe ser incorporada de manera transversal en todas las fases del desarrollo de la salud comunitaria. No se trata solo de una cuestión de ética y de justicia, sino también de efectividad de las intervenciones.

Contribuciones de autoría

L. Artazcoz, E. Chilet, P. Escartín y A. Fernández definieron el marco conceptual. L. Artazcoz redactó la primera versión y las sucesivas. E. Chilet, P. Escartín y A. Fernández realizaron varias revisiones críticas. Todas las autoras aprobaron la versión final del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365:1099–104.
- Kuhlmann E, Annandale E. Bringing gender to the heart of health policy practice and research. En: Kuhlmann E, Annandale E, editores. *The Palgrave handbook of gender and health care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010. p. 1–19.
- Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *Lancet*. 2013;381:1783–7.
- Goodman RA, Bunnell R, Posner SF. What is “community health”? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Prev Med*. 2014;67(Suppl 1):S58–61.
- Ostlin P, Eckermann E, Mishra US, et al. Gender and health promotion: a multi-sectoral policy approach. *Health Promot Int*. 2006;21 Suppl 1:25–35.
- Smith JA, Robertson S. Men's health promotion: a new frontier in Australia and the UK? *Health Promot Int*. 2008;23:283–9.
- Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity rethinking the concept. *Gend Soc*. 2005;19:829–59.
- WHO, Department of Gender W and H. What do we mean by sex and gender? 2011 (Consultado el 28/11/2017.) Disponible en: <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>
- Baker P, Dworkin S, Tong S, et al. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. *Bull World Health Organ*. 2014;92:618–20.
- Springer KW, Hankivsky O, Bates LM. Gender and health: relational, intersectional, and biosocial approaches. *Soc Sci Med*. 2012;74:6–1661.
- Connell R. Gender and power. Sidney: Allen and Unwin; 1987.
- Artazcoz L, Cortés I, Escribà-Agüir V. Gender work and health: a step forward in women's occupational health. En: Gideon J, editor. *Handbook on gender and health*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing; 2016.
- Borrell C, Artazcoz L. Marco conceptual. En: Borrell C, Artazcoz L, editores. 5. Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Investigación en género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007. p. 12–20.
- Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50:401–1385.
- Rofes E. Desires as defiance: gay male sexual subjectivities and resistance to sexual health promotion. *Health Educ J*. 2002;61:125–37.
- Haas AP, Eliason M, Mays VM, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58:10–51.
- Pederson A, Greaves L, Poole N. Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promot Int*. 2015;30:140–50.
- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. 31 p.
- Ruiz-Fernández J, Monte-Vázquez C, Escudero-Carretero MJ, et al. Guía rápida para la elaboración de planes locales de salud. Sevilla: Consejería de igualdad, salud y políticas sociales, Junta de Andalucía; 2014.
- Díez E, Daban F, Pasarín MI, et al. Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas. *Gac Sanit*. 2014;28:386–8.
- Paredes-Carbonell J, Alcaraz M, López P. MIHsalud, una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Comunidad*. 2012;14:29–32.
- Plan Madrid ciudad de los cuidados. Lo común importa. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2017. 62 p.
- Ajuntament de Barcelona. Mesura de Govern Impuls de la Salut Comunitària a Barcelona. 2016. (Consultado el 28/11/2017.) Disponible en: <http://bit.ly/2BuYOfQ>
- Díez E, Pasarín MI, Daban F, et al. “Salut als barris” en Barcelona, una intervenció comunitaria para reducir las desigualdades sociales en salud. *Comunidad*. 2012;14:121–6.
- Gender mainstreaming: an overview. New York: United Nations; 2002. 38 p.
- Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2008. p. 46.
- The Women's Health Council. A guide to creating gender-sensitive health services. 2nd ed. Dublin: The Women's Health Council; 2007.
- Artazcoz L, Calzada N, Colell E, et al. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017 (Consultado el 5/11/2017.) Disponible en: <https://bit.ly/2B2s2RS>
- Informe preliminar de resultados del proyecto piloto para el desarrollo de la red local de acción en salud de Andalucía (Proyecto RELAS). Sevilla: Secretaría general de salud pública y participación, Consejería de salud; 2015.
- Botello B, Palacio S, García M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 2014;27:180–3.
- Sánchez-Ledesma E, Pérez A, Vázquez N, et al. La priorización comunitaria en el programa Barcelona Salut als Barris. *Gac Sanit*. 2017;32:187–92.
- Fleming PJ, Lee JGL, Dworkin SL. “Real men don't”: constructions of masculinity and inadvertent harm in public health interventions. *Am J Public Health*. 2014;104:1029–35.
- Lorenc T, Oliver K. Adverse effects of public health interventions: a conceptual framework. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68:288–90.
- Vázquez-Álvarez N. Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2016.
- Barcelona Salut als Barris. Memòria 2016. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017.
- Arcos A, Ibarrondo A, Viadero M. Fem.check. Una lista de verificación feminista con manual de uso. Vitoria: Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo; 2018.