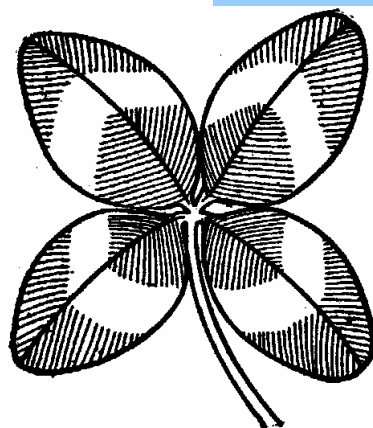


Sexo, Género y Salud

Escenarios de Progreso Social

Análisis Prospectivo Delphi

www.fundsis.org



Sexo, Género y Salud

Escenarios de progreso social

Dirección y Realización del Trabajo de Campo

Dña. Rosa Maria Palomino Meneses

Jefe de Proyectos. Área de Investigación Aplicada de GOC networking

Soporte auxiliar especializado

D. Josep Maria Farfán Francés

Dña. Marta Fraiz Montero

Dña. Vanessa Ruisánchez Queral

Dirección del Proyecto

Dr. Juan José Artells i Herrero

Director General de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dirección Técnica

Dr. Ricard Meneu de Guillema

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

Aníbal García Sempere

Asesor Técnico, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Promovido por la Unidad de Salud de la Mujer de Novartis Farmacéutica, S.A.

SALUD DE LA MUJER

El proyecto ha contado con el apoyo de las siguientes instituciones:

Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Consejería de Salud de Andalucía, Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, Consejería de Sanidad de la J. C. de Castilla La Mancha, Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, Conselleria de Sanitat i Consum de les Illes Balears, Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais de la Xunta de Galicia, Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana, Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Instituto Andaluz de la Mujer, Instituto Asturiano de la Mujer, Institut Balear de la Dona, Instituto Canario de la Mujer, Dirección General de la Mujer – Cantabria, Dirección General de la Mujer - Castilla y León, Institut Català de la Dona, Dirección General de la Mujer - Comunidad Valenciana, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, Secretaría Sectorial de la Mujer y la Juventud de Murcia e Instituto Navarro de la Mujer

Índice

1.	Presentación	3
2.	Resumen	5
3.	Introducción	13
	- Contexto	
	- Objetivos del estudio	
4.	Material y método	17
	- Diseño	
	- Participantes	
	- Instrumento	
	- Proceso	
	- Análisis	
5.	Participantes	21
6.	Guía para la lectura de los resultados	31
7.	Resultados	39
	1. Envejecimiento y dependencia	39
	2. Trabajo y vida	49
	3. Salud reproductiva	65
	4. Los servicios sanitarios y las mujeres	75
	5. Investigación biomédica y desigualdades en salud	103
8.	Comentarios finales	113
9.	Bibliografía	123
	Anexos : cuestionario y acceso a la base de datos	131

1 Presentación

Con la presentación de este nuevo estudio la Fundación Salud, Innovación y Sociedad mantiene su línea de investigación prospectiva sobre cuestiones de importancia estratégica para nuestra Política Social.

A los trabajos ya publicados sobre dimensiones sociales, epidemiológicas, culturales y económicas del envejecimiento demográfico, la evolución de factores crítico para la salud y el riesgo de exclusión social de nuestra infancia, así como la percepción del futuro de la Atención Primaria en el sistema público de salud por sus profesionales, se añade el presente ejercicio de predicción colectiva.

En el informe se da cuenta de las aspiraciones y las expectativas –de expertos, profesionales, activistas y ciudadanos sobre diversas hipótesis de desarrollo, en los próximos quince años, de algunos factores implicados en la desigualdad por razón de género y sexo y de sus consecuencias negativas en términos de salud y acceso a la atención sanitaria por parte de las mujeres, así como de diversas opciones de intervención pública y cívica para promover su superación.

Los temas objeto de nuestro interés se corresponden con las cuestiones que dominan el debate actual acerca de la eliminación de la discriminación contra las mujeres como base para la igualdad entre hombres y mujeres en la reforma y la orientación del modelo social europeo.

En esta oportunidad el informe que presentamos, realizado gracias a la cooperación de 25 organismos e instituciones –Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejerías de Salud, Institutos y Direcciones Generales de la Mujer,... - y cerca de cuatrocientas personas integradas por un grupo asesor y un excepcional panel de expertos y personas consultadas, pone a disposición del público información inédita e independiente para un mejor conocimiento, y acaso un posicionamiento cívico informado, de actitudes y esperanzas en la eliminación de las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres y, en particular, de las desigualdades en salud y utilización de los servicios sanitarios y las prestaciones sociales.

Consideraríamos nuestros objetivos cumplidos si la divulgación y la discusión de las aportaciones de este trabajo contribuyera a aumentar el conocimiento, la sensibilización y la actitud de compromiso en relación con los problemas que se exploran, la identificación de puntos críticos para la orientación responsable de nuestro modelo social, así como una concepción inclusiva con criterios pertinentes de género y sexo en la I+D biomédica.

Conscientes del carácter exploratorio del estudio, deseamos también que el informe sirva para señalar hipótesis de trabajo y déficits de conocimiento susceptibles de un tratamiento específico, más profundo y riguroso.

Dr. Jesús Acebillo Presidente de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad

2 Resumen

El estudio presenta las valoraciones, aspiraciones, compromisos y pronósticos de un panel de 364 personas consultadas, profesionales, activistas y ciudadanos acerca de la evolución, en los próximos quince años, de una serie de factores institucionales, normativos, económicos y organizativos que se consideran determinantes en el progreso de las condiciones de salud de la mujer.

El presente resumen destaca los principales resultados de la consulta siguiendo la estructura de la presentación de los resultados en el informe (capítulo 7).

Envejecimiento y dependencia

Trabajo y calidad de vida

Salud reproductiva

Los servicios sanitarios y las mujeres

Investigación biomédica y desigualdades en salud

Envejecimiento y dependencia

- La mayoría de panelistas predice que aumentará la proporción de mujeres mayores con relación a la de hombres. Aumentará sobre todo el colectivo más desfavorecido de mujeres con serias limitaciones para desenvolverse por sí solas.

- Sobre el cuidado de las personas mayores dependientes, el panel encuestado prefiere las opciones asistenciales basadas en la comunidad antes que el mantenimiento de la atención “asilar”, aunque muestra un cierto temor a que la situación actual se perpetúe.
- Se contempla con escepticismo el desarrollo de una respuesta pública y privada sensible a las necesidades específicas de las mujeres en la atención a las personas mayores, dependientes y solas.

Trabajo y calidad de vida

- El grupo interrogado muestra una desconfianza generalizada en que mejoren sustancialmente la política social y las condiciones del mercado laboral, y en que se den avances significativos en la conciliación de la actividad laboral remunerada y la actividad doméstica.
- Tampoco se aprecia una gran confianza en que aumente la sensibilidad y presión social para la equiparación de roles y responsabilidades domésticas entre sexos.
- La persistencia de la discriminación laboral seguirá ejerciendo su influencia negativa en la salud de la mujer, mantendrá al margen del mercado de trabajo a las cuidadoras de hijos y parientes y continuará retrasando el nacimiento del primer hijo.

Salud reproductiva

El informe concede un tratamiento singularizado a los problemas de salud de la mujer confinados tradicionalmente a la expresión “salud reproductiva” no para perpetuar el prejuicio de que estos problemas tuvieran algún significado distinto de cualquier otro proceso biológico soportado por las mujeres, si no porque en buena medida están aún asociados a conflictos de valores con los profesionales de la salud, evocan un paternalismo insostenible y ejemplifican una provisión pública en ocasiones ajena a las necesidades específicamente percibidas y valoradas por la población femenina.

- Se aspira unánimemente a que la autonomía de las pacientes y usuarias de los servicios sanitarios en las decisiones que conciernen a su salud e integridad personal se vea libre de cualquier forma de discriminación y paternalismo. Se visualiza este objetivo en el apoyo a la posibilidad de elección del tipo de parto, la autorización expresa para intervenciones hasta ahora discrecionales como la episiotomía o la opcionalidad de la anestesia epidural.
- Se repudia mayoritariamente la estigmatización de la interrupción del embarazo y se desea que como prestación de catálogo se provea en todos los centros públicos. Simultáneamente se constata una mayoritaria desconfianza en que esto vaya a suceder.

- Se pronostica con una razonable confianza que existirá un mayor desarrollo de servicios no terapéuticos como el consejo reproductivo y el diagnóstico prenatal.

Los servicios sanitarios y las mujeres

En este apartado los resultados se ordenan con relación a cuatro dimensiones distintas:

Pronósticos sobre la evolución de factores y comportamientos de riesgo para la salud.

Reformulación organizativa de los servicios sanitarios ante déficits o respuestas inequitativas o inadecuadas.

Papel de las profesionales sanitarias en la redefinición de los servicios sanitarios.

Capacitación (“empowerment”) de las pacientes.

- Se pronostica que aumentarán las enfermedades asociadas al tabaquismo y a la adicción al alcohol, convirtiéndose las mujeres en objeto destacado de campañas de inducción publicitaria.
- También se predice un aumento en la práctica de ejercicio físico así como en la demanda de servicios de remodelación estética del cuerpo y en la aceptación social de este tipo de prácticas.

- Igualmente se pronostica un interés creciente en la prevención de la osteoporosis y otras enfermedades osteoarticulares.
- Se espera que los servicios sanitarios se permeabilicen a la cultura y leguajes de las mujeres inmigrantes, en contraste con una escasa esperanza en que esta adaptación se produzca en la práctica.
- Al analizar las respuestas dadas diferenciando por sexos, , las profesionales sanitarias se muestran más convencidas que sus colegas masculinos de la pertinencia de desarrollar especialidades médicas centradas en la salud de la mujer desde un punto de vista integral.
- Más de la mitad de los panelistas consideran verosímil – a pesar de que por otra parte manifiestan no desearlo - que la falta de una respuesta sanitaria pública adaptada a las especificidades de salud de la mujer desplazará su demanda de atención a la a la medicina privada
- Se pronostica y se desea positivamente que la coordinación de las dimensiones preventivas, diagnósticas y de tratamiento mejorará la detección de problemas oncológicos.
- También son positivas las expectativas y deseos de que se desarrollen programas de atención al climaterio, pronosticando la proliferación de grupos de autoayuda.

- El panel expresa un deseo unánime pero un pronóstico más reservado en relación con el acceso en igualdad de condiciones de las profesionales sanitarias a cargos decisivos de la organización.
- Analizando por sexos, los hombres consultados mostraron, en promedio, mayores reservas y un menor convencimiento acerca de la idoneidad de la creciente feminización de ciertas profesiones sanitarias.
- El acceso a ciertas especialidades obviando el filtro de la atención primaria obtiene una respuesta negativa, aunque fragmentada por segmentos de panelistas: los profesionales sanitarios se oponen más decididamente a esta opción que el resto del grupo de consultados.
- También el deseo expresado mayoritariamente en cuanto a la posibilidad de acceder directamente a las prestaciones ginecológicas, cuenta con una respuesta diferencial menos entusiasta entre los profesionales sanitarios consultados.
- Se muestra un rechazo muy marcado ante el previsible intercambio (trade-off) entre el acceso a los beneficios del desarrollo tecnológico y la pérdida de capacidad de decisión informada.
- El panel muestra un decidido anhelo de que se incrementen las vías de capacitación y de participación de las pacientes en la toma de decisiones sanitarias, -por ejemplo a capacidad de ejercer derechos de objeción antes

prácticas de dudosa efectividad-, aunque los consultados reflejan una escasa confianza en que se den dichas transformaciones.

- El panel pronostica moderadamente que ciertos actores del entorno sanitario actuarán de manera "lobbystica" estableciendo alianzas estratégicas con las usuarias femeninas de los servicios de salud, al tiempo que la expresión de sus preferencias al respecto muestra una gran fragmentación.

Investigación biomédica y desigualdades en salud

- Uno de los más elevados consensos alcanzados se refiere a la aspiración de que las perspectivas de sexo y género sean integradas sin excepción tanto en la política científica como en la producción de conocimiento, el diseño y la ejecución de los proyectos de investigación biomédica.
- Destaca el pesimismo que manifiesta una mayoría escéptica respecto a la verosimilitud de la incorporación de la perspectiva de género por el mero incremento del número de mujeres investigadoras.
- Tampoco pasa inadvertida la división de opiniones ante la hipotética medicalización de ciertas condiciones de salud femeninas, apreciándose entre el colectivo de profesionales sanitarios una oposición más marcada que entre el resto de integrantes del panel.

- El panel expresa un deseo unánime de que la Unión Europea se movilice activamente en la reducción de desigualdades de salud por razones de género y sexo, deseo que viene acompañado de un ligero optimismo en que las instituciones comunitarias den una respuesta satisfactoria en este sentido.

3 Introducción

Contexto

El estudio Delphi que se presenta se inscribe dentro de la iniciativa encabezada por el Director General de la Organización Mundial de la Salud –definida en el documento *World Health Report 2004: Health Research: Knowledge for Better Health-* y de las recomendaciones de la Comisión Europea acerca de la integración de la igualdad de género en “todas sus instituciones, políticas, programas y prácticas”¹, que ponen de relieve cómo el conocimiento aportado por la investigación y las expectativas de los ciudadanos influyen en la mejora de la equidad y efectividad de los servicios sanitarios².

En los últimos años se ha extendido un destacado consenso en torno a la necesidad de incrementar la sensibilidad de género en la concepción de las políticas de salud y, por lo mismo, en la orientación del sistema sanitario para responder con mayor eficacia y equidad a las necesidades diferenciadas en hombre y mujeres.

En la infancia, las mujeres suelen usar con menor intensidad los servicios sanitarios, pero una vez superada la niñez, hacen un uso más elevado de un número mayor de prestaciones. Por lo tanto cualquier cambio en el sector sanitario repercutirá de manera significativa en el acceso al mismo y en la salud de las mujeres. En este contexto, la modernización o cualquier proceso de reforma del sistema sanitario será positivo en la medida en que contribuya a disminuir

sustancialmente el número de mujeres sujetas a intervenciones inefectivas o innecesarias, aumente el acceso a una mejor medicina preventiva, la influencia de las mujeres en las decisiones que conciernen a su salud e integridad personal o mejore su calidad de vida en el entorno familiar, laboral y social. Si por el contrario el impacto de la evolución del sistema sanitario y la actuación de los profesionales limitan el acceso a servicios y prestaciones importantes -o si por ejemplo, el efecto final de un mayor desarrollo de la atención domiciliaria u otras prestaciones precoces supone un aumento de la carga de los cuidados de la mujer-, entonces el desarrollo del sistema sanitario no podrá ser conceptualizado como positivo desde una perspectiva de sexo y género.

Objetivos

Conocer las valoraciones, aspiraciones, compromisos y pronósticos de un panel de 364 personas consultadas, profesionales, activistas y ciudadanos acerca de la evolución, en los próximos quince años, de una serie de factores institucionales, normativos, económicos y organizativos que se consideran determinantes en la evolución de las condiciones de salud de la mujer.

El estudio se propone ofrecer un conocimiento anticipado de cómo se espera que evolucionen cuestiones tales como las causas de mortalidad y morbilidad en mujeres, sus enfermedades, su capacidad de influir en los servicios sanitarios, su calidad de vida y aquellos factores económicos y sociales que ejercen una influencia decisiva sobre su salud individual y colectiva.

La consulta se propone trazar tanto un panorama prospectivo como prescriptivo de las principales dimensiones de política sanitaria asociadas a las características y especificidades de sexo y género con especial énfasis en las que se asocian con la salud de la mujer. Por lo tanto, el Delphi presta atención a las cuestiones de pronóstico –estimación de la probabilidad de ocurrencia de algo- y, asimismo, a las cuestiones de aceptabilidad o rechazo de las alternativas, tendencias, acciones, etc. que se analizan.

Se pretende que sus resultados ofrezcan una visión estratégica sobre las problemáticas de salud de la mujer, los factores relacionados con esta y su previsible evolución en los próximos 15 años. En este sentido, el estudio debería ser útil como instrumento de consulta para la planificación de políticas de salud y de servicios de salud sensibles a las características diferenciales de las mujeres, así como para aquellas específicamente orientadas a cubrir necesidades de salud del colectivo femenino.

4 Material y Método

Diseño

Se ha llevado a cabo un proceso de obtención de consenso utilizando la técnica Delphi con dos rondas de consulta. El método Delphi es una técnica desarrollada por la RAND Corporation en los años 50 para facilitar el acuerdo entre expertos, habitualmente con finalidades prospectivas. Está expresamente diseñado para resolver los problemas que derivan de las situaciones en las que es preciso combinar opiniones individuales para llegar a una decisión de grupo. Sus principales ventajas son la elevada capacidad de integrar información y perspectivas diversas, la posibilidad de explorar diversas cuestiones a la vez y la elevada capacidad para obtener acuerdos entre los participantes. El método señala puntos críticos y tendencias de manera prospectiva permitiendo acotar cuestiones relevantes como objeto de análisis más específico.

Participantes

Los consultados constituyeron un grupo plural compuesto por 364 panelistas (información detallada sobre el panel en *capítulo 5 – Participantes*). La amplitud y diversidad constitutiva de este grupo – por sexo, profesión, compromiso activista, etc. - aporta un valor adicional al permitir analizar las diferencias en las respuestas de cada uno de los subgrupos identificados.

Instrumento

Cuestionario estructurado con 82 cuestiones ordenadas en cinco áreas específicas de consulta: género, demografía y salud; escenarios previsibles; determinantes

sociales de la salud y desigualdades: evolución de las políticas al respecto; asistencia sanitaria: evolución y estrategias; integración de servicios sociosanitarios y el papel de las mujeres en la conformación de los servicios de salud. En 22 de las cuestiones se pedía a los panelistas que emitiesen únicamente sus pronósticos al respecto, mientras que en las otras 60 debían expresar diferenciadamente además de sus pronósticos sus deseos o preferencias sobre tal ocurrencia.

La acotación de las áreas de interés del estudio y los criterios para la formulación de las cuestiones se definió mediante iteraciones sucesivas entre los integrantes los grupos director y asesor del estudio. Respecto a la formulación de los ítems, y para facilitar la matización de las respuestas, estos se presentaron como afirmaciones respecto a las que expresar pronósticos o deseos en una escala ordinal de rechazo o de adhesión de 1 a 9.

Se utilizó el mismo cuestionario en ambas rondas (ver *anexo 1* - cuestionario) .

Proceso

El estudio se llevó a cabo entre Diciembre de 2.002 y Noviembre de 2.003. El grupo director del estudio reunió un grupo asesor que contribuyó en la elaboración del cuestionario y a la selección de panelistas. Un grupo de instituciones y organismos públicos y privados accedió a dar su apoyo formal al proyecto y colaboró en la propuesta y selección de panelistas.

El cuestionario definitivo se obtuvo en Marzo de 2.003. Las dos rondas de consulta se realizaron entre Marzo y Septiembre de 2.003.

Los panelistas fueron encuestados mediante la remisión de los cuestionarios por correo electrónico y correo postal. Los resultados de la primera ronda fueron analizados y sintetizados por el grupo director del estudio que retroalimentó a los panelistas informándoles del posicionamiento de conjunto del grupo.

En la segunda ronda los panelistas contaron con los datos acerca de la concentración y dispersión de sus respuestas colectivas de pronóstico de la fase anterior, con indicación personalizada de cual era la opción que cada uno de ellos había adoptado, pidiéndoles que la ratificaran o modificasen.

No se solicitó en la segunda ronda la revisión de los propios deseos o aspiraciones, expresados únicamente en la primera ronda, por asumirlos consistentes en el lapso de la consulta .

El cuestionario inicial logró una tasa de respuesta del 64%, elevada para este tipo de consultas. De los 390 participantes en la primera ronda, 364 participaron en el estudio hasta el final (93%), cumplimentando el cuestionario enviado en la segunda ronda

Análisis

Para el análisis descriptivo se utilizó la mediana, considerada como mejor indicador aislado que define el consenso de un grupo³, y los percentiles 25 y 75, que muestran el grado de dispersión en las respuestas del 50% central de los encuestados. Cuando este 50% central se situó entre 4 o más puntos de la escala de puntuación de 1 a 9, se procedió a realizar análisis comparativos entre subgrupos del panel (mujeres vs hombres, sanitarios vs no sanitarios,...). Para visualizar con más claridad los datos obtenidos, cada cuestión se acompañó de histogramas con la distribución de frecuencias de las respuestas, y diagramas de caja en el caso de análisis por subgrupos. A efectos de sistematizar la

interpretación de las respuestas se agrupó la escala original de 1 a 9 en tres grupos: de 1 a 3 (interpretadas como expresión de rechazo o de total desconfianza de ocurrencia, en función de la interpretación prospectiva o prescriptiva de la respuesta); de 4 a 6 (interpretadas como expresión de indiferencia o desconfianza); de 7 a 9 (interpretadas como expresión de deseo o de adhesión a la proposición).

Para una explicación detallada, puede consultar el *capítulo 6* –Guía para la lectura de los resultados.

5 Participantes

La concepción y desarrollo del estudio *Sexo, G y Salud* ha sido posible gracias a la colaboración y participación de los colectivos – grupo director, promotor, asesor y panelistas - que se detallan a continuación.

Grupo Director

Dirección y Realización del Trabajo de Campo

Dña. Rosa Maria Palomino Meneses

Jefe de Proyectos. Área de Investigación Aplicada de GOC networking

Soporte auxiliar especializado

D. Josep Maria Farfán Francés

Dña. Marta Fraiz Montero

Dña. Vanessa Ruisánchez Queral

Dirección del Proyecto

Dr. Juan José Artells i Herrero

Director General de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dirección Técnica

Dr. Ricard Meneu de Guillema

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

Aníbal García Sempere

Asesor Técnico, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Grupo Promotor

El Grupo Promotor está formado por los organismos e instituciones que aceptaron dar su apoyo institucional a la realización del estudio. Se estableció una interlocución técnica con representantes de cada una de las Instituciones promotoras. Dichos representantes de los organismos e instituciones que aceptaron dar su apoyo a la realización del estudio contribuyeron decisivamente a su desarrollo, gracias a su apoyo explícito y mediante la aportación de candidatos para la configuración del panel de consultados (ver tabla 1).

Tabla 1. Grupo Promotor - Instituciones e interlocutores

Institución	Interlocución institucional	Interlocución técnica
Ministerio de Sanidad y Consumo	Sra. Dña. Ana María Pastor	Sr. D. José María Martín Moreno
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias	Sr. D. Francisco Sevilla	Sr. D. Guillermo García Velasco
Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco	Sr. D. Gabriel M. Inclán	Sr. D. Txema Sánchez
Consejería de Salud de Andalucía	Sr. D. Francisco Vallejo	Sr. D. Enrique Cruz Giráldez
Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón	Sr. D. Alberto Larraz	Sra. Dña. Cristina Granizo
Consejería de Sanidad de la J. C. de Castilla La Mancha	Sr. D. Fernando Lamata	Sra. Dña. Rosario Arévalo
Departamento de Salud del Gobierno de Navarra	Sr. D. Santiago Cervera Soto	Sr. D. Juan Ramón Rábade
Conselleria de Sanitat i Consum de les Illes Balears	Sra. Dña. Ana M. Salom	Sr. D. Joan Llobera
Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya	Sr. D. Eduard Rius i Pey	Sr. D. Ricard Tresserras
Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais de la Xunta de Galicia	Sr. D. José María Cochón	Sr. D. Pablo Galego Feal
Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana	Sr. D. Serafín Castellano	Sra. Dña Mª Rosa Roca Castelló
Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura	Sr. D. Guillermo Fernández Vara	Sr. D. Pedro García Ramos
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid	Sr. D. Federico Plaza	Sr. D. Jesús Galván Romo
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria	Sr. D. Rafael Manzanera	Sras. Dña. Carmela Moya y Dña. Lucía Artazcoz
Instituto Andaluz de la Mujer	Sra. Dña. Rosa Torralbo	Sr. D. Antonio Ochoa
Instituto Asturiano de la Mujer	Sra. Dña. Begoña Fernández	Sra. Dña. Gema Álvarez Iglesias
Institut Balear de la Dona	Sra. Dña. Francisca Busquets	Sra. Dña. Cristina Ferrer
Instituto Canario de la Mujer	Sra. Dña. Rosa Mamely	Sra. Dña. Delfina Pérez
Dirección General de la Mujer - Cantabria	Sra. Dña. Mª Luisa Peón	Sra. Dña. Isabel Ortiz
Dirección General de la Mujer - Castilla y León	Sra. Dña. Ana Sánchez	Sra. Dña. Gloria Sánchez Calvo
Institut Català de la Dona	Sra. Dña. Maite Payá	Sr. D. Domènec Gavalrà
Dirección General de la Mujer - Comunidad Valenciana	Sra. Dña. Clara García	Sra. Dña. Rosa Mª Marín Torrens
Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer	Sra. Dña. Txaro Ansa	-
Secretaría Sectorial de la Mujer y la Juventud, Murcia	Sra. Dña. Mª Belén Delgado	Sra. Dña. Griselda Frapolli
Instituto Navarro de la Mujer	Sra. Dña. Loren Ascorbe	Sra. Dña. Isabel Fernández Casas

Grupo Asesor

La validez de las predicciones de un estudio de estas características no se basa en la representatividad estadística de ninguna muestra, sino en el acierto en la definición de las áreas objeto de la consulta, el diseño del cuestionario y la selección de panelistas cuya experiencia y percepciones sean relevantes.

El Delphi que se presenta ha contado con la colaboración de un Grupo Asesor (ver tabla 2) constituido por destacados profesionales y estudiosos de género cuya identidad se mantuvo en el anonimato –al igual que la de los panelistas- hasta la presentación de los resultados del estudio. Sus funciones en el estudio fueron las siguientes:

- Aportación de criterios para la selección de los ámbitos temáticos de la consulta.
- Contribución al diseño del cuestionario mediante la revisión y aportación de las cuestiones que lo integran.
- Validación de las cuestiones en cuanto a inteligibilidad de los enunciados y su neutralidad en cuanto a la eventual inducción de respuestas.
- Aportación de candidatos para el panel de consultados.

Tabla 2. Grupo Asesor

Nombre	Institución
Dra. Montserrat Solsona	Centre d'Estudis Demogràfics de Catalunya
Dr. Albert Oriol	Institut d'Estudis de la Salut de Catalunya
Dña. Eva de la Torre	Periodista
Dra. Emilia Sánchez Chamorro	Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
Dr. Josep M. Antò	Institut Municipal de Investigació Mèdica de Barcelona
Dra. Anna Capitán Camañes	Universitat Ramon Llull
Dra. Soledad Márquez Calderón	Escuela Andaluza de Salud Pública
Dra. Montserrat Limárquez	MUFACE
Dra. Lucía Artazcoz	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
Dra. Josefina Caminal	UAB - Departament de Pediatria, Obstetricia, Ginecologia i Medecina Preventiva
Dña. Pilar Polo	Fundación para la Investigación Sanitaria de Castilla La Mancha
Dr. Rafael Manzanera	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
Dr. Andreu Segura	CAP Barcelona - Coordinador Projecte AUPA
Dra. Olga Pané	Consorci Hospitalari de Catalunya
Dra. Anna García-Altes	Bureau for Health Policy and Planning of New York
Dr. Jordi Carbonell	Sociedad Española de Reumatología
Dr. Luís Cabero	Hospital del Valle de Hebrón de Barcelona
Dr. Joaquín Calaf	Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona
Dr. Antoni Vila	Abogado

Panel de consultados

La configuración del panel de expertos es el fruto de las sugerencias en forma de potenciales panelistas aportadas por el Grupo Promotor -instituciones colaboradoras- como por aquellas aportadas por el Grupo de Expertos y, naturalmente de la aceptación a participar de los mismos.

El panel está compuesto en sus tres cuartas partes por mujeres -74% de los consultados-, y en una proporción similar por profesionales sanitarios -70%- (tablas 3 y 4). Dicha composición responde en parte a las proporciones existentes

en el colectivo de panelistas potenciales, pero también a las características específicas del objeto del estudio, distinguiéndose colectivos diferenciales dentro del panel, atendiendo a aspectos como la profesión y especialidad o la participación en actividades docentes, en la realización de estudios de género, o en asociaciones promotoras de la igualdad de la mujer.

Tabla 3. Distribución del panel por sexos		
	Número	Porcentaje
Mujeres	270	74%
Hombres	94	26%
Total	364	

Tabla 4. Distribución del panel por diferentes características		
	Número	Porcentaje
Profesionales sanitarios	256	70%
No sanitarios	108	30%
	n: 364	
Docente	178	50%
No docente	179	50%
	n: 257	
Estudioso de género	161	45%
No estudioso	197	55%
	n: 358	
Promoción de la mujer	198	55%
No promoción	159	45%
	n: 357	

Listado de panelistas

Dra. Delia Rosa	Baez	Sra. M ^a Angeles	Tortosa
Dra. Angelines	Peña	Sra. M ^a Eugenia	González
Dra. Beatriz	Marrero	Sr. José	Sánchez
Sra. Carmen	Portaña	Dr. Jesús	Zorroza
Sra. Epifania	Medina	Sra. M ^a Mercedes	Igualada
Dra. Rosa	Del Valle	Dra. Carmen	Segura
Sra. M ^a Carmen	Cardoso	Dra. Rosa	Marin
Dra. Hilda	Sánchez	Dr. M ^a Dolores	Prats
Dr. José	Pereira	Sra. M ^a Carmen	Gonzalvo
Dr. José Luis	Arocha	Sra. Matilde	Palláres
Sra. Jessica	Rodríguez	Sra. Patricia	Calvo
Sra. Raquel	Quílez	Sra. Carmen	Flores
Dr. Rubén	Sanz	Sra. Felisa	Donate
Sra. Corpus	Gómez	Sra. Elena	Soler
Dr. Rodrigo	Gutiérrez	Sr. Fernando	Mansilla
Dr. Ángel	Soriano	Sra. M ^a Isabel	Avellaneda
Sra. María Jesús	Abarca	Sra. Gloria	Seguranyes
Dra. M ^a Angeles	Aragón	Sra. María Angeles	Cantón
Dra. Concepción	Tomás	Sr. Antonio	Ochoa
Dr. Carlos	Aibar	Dra. Eva	Rodríguez
Sra. M ^a Pilar	Comet	Sr. Fernando	Gálligo
Dra. Cruz	Tejero	Sra. María del Mar	García
Dra. M ^a José	Amorin	Dra. Leonor	García de Vinuesa
Sra. Pilar	Maldonado	Sra. Isabel	Díez
Dra. Manuela	Plumed	Dra. Isabel	Pueyo
Sra. Marisa	Fombuena	Sra. Marisa	Díaz
Sra. Carmen	Embid	Sra. Nieves	Martínez
Sra. Isabel	Antón	Sr. Pedro	Villegas
Sra. Lourdes	Villar	Dr. Adolfo	Marqués
Dra. Mercedes	Castellote	Dra. Concha	Villalonga
Sra. Adoración	Burro	Dña. Angela	Thomás
Dra. Nieves	Domínguez	Sra. Francisca	Mas
Dr. José Luís	Doval	Dra. Juana María	Roman
Dr. Alberto José	Del Alamo	Dra. Marian	Llorente
Sra. Julia	Gallegos	Sra. Angela Maria	Tumbarello
Dr. Martín José	Deben	Sra. Amparo	De las Heras
Sra. Teresa	Moreira	Sra. M. Carmen	Sacristán
Sra. Carme	Amorós	Sra. María	Ramos
Sra. Elena	Horiuel	Sra. M ^a Sagrario	Vicente
Sra. Gema	caballero	Sra. Magdalena	Pagès
Sra. Carme	Natal	Sra. Margalida	Buades
Sr. Enrique	Oltra	Sra. Angela	Sanroma
Sra. Lourdes	Pérez	Sra. M ^a Ángeles	López
Sra. Julia	Villazón	Sra. Rosa M ^a	Modesto
Sra. Elvira	Muslera	Sra. Rosario	Arévalo

Sra. M ^a Patrocinio	Morote	Sra. Pilar	Polo
Sra. Carmen	Villaverde	Sra. Elena	Rodríguez
Sra. Margarita	Eguiagaray	Sra. Blanca	Parra
Sra. Magda	Torrents	Sra. Gloria	Caballero
Sra. Carmen	González	Sra. María	Pérez
Sra. María de los Angeles	Cavero	Sra. M ^a Carmen	Ferrer
Sra. Elena	Serrano	Sr. Javier	Tejada
Dr. Xose Lois	López	Sra. Margarita	Gurruchaga
Dra. María Teresa	González	Sra. Angelina	Martínez
Sr. José Luís	Álvarez	Sra. Cristina	Klimowitz
Sra. Rosa	López	Dr. Valentín	Andrés
Sr. Juan José	Muñoz	Sr. Antonio	González
Dra. Eva María	Molinero	Dra. María	Sainz
Sra. M ^a Sacramento	Donoso	Sr. Guillermo	González
Dra. Concepción	Martín	Sra. Nuria	Amarilla
Dr. José Luis	Sánchez-Porro	Sra. Nuria	Terribas
Dr. Aurelio	Alamos	Sr. Javier	Morán
Dr. Francisco	García	Sr. Cecilio	Alamo
Dr. Pablo	Rabadan	Sra. Yolanda	Perez
Sr. Rodolfo	Romero	Sra. Teresa	Redondo
Dr. Vicente	Barragan	Sr. Santiago	Esnaola
Sra. Manuela	García	Sra. María Socorro	Álvarez
Sr. Pedro	Gracia	Sra. Rosa M ^a	Rico
Sr. Raúl	Yepes	Sra. Pilar	Astiazaran
Sra. Francisca	Naranjo	Sra. Aranzazu	Arrazola
Sra. Agustina	Santiago	Sra. Pilar	Perez de Eulate
Dr. Francisco	Blanco	Sra. Nerea	Larrañaga
Dr. Esteban	Jodar	Sra. Maite	Robertson
Dr. Luis	Aguilera	Sr. Miguel	López
Dra. Cristina	Carbonell	Sra. Isabel	Larrañaga
Dr. Felipe	Chavida	Sra. M ^a Jesús	Ruiz de Ocenda
Dr. Héctor	Bueno	Sra. M ^a Jesús	Ciarrusta
Dra. Nieves	Martell	Sra. María Eugenia	Alkiza
Dra. Mar	Moreno	Sra. Miren	Dorronsoro
Dra. Dolores	Salas	Sra. Maika	Diez
Dr. Eduardo	Plà	Sra. Maria del Carmen	Elizari
Dra. Ana	Fullana	Sra. Maite	Berrocal
Sra. Amparo	Albiñana	Sra. Kontxi	Baez
Dr. Vicente	Maiques	Sra. C. Inamculada	Sánchez
Dr. Alfredo	Perales	Dr. Iñaki	Lete
Dr. Francisco	Nohales	Dr. Iñaki	Laboa
Dr. Ezequiel	Pérez	Dr. Iñaki	Artaza
Dr. Manuel	Fillol	Dr. Guillermo	Portero
Dr. Francisco Javier	Rius	Dr. Enrique	Echeburúa
Dr. Juan Carlos	Martínez	Dr. Enrique	Arriola

Dra. M ^a Cruz	Landa	Sra. Elena	Aldasoro
Sra. M ^a Pilar	Sánchez	Sra. Asunta	Vidal
Sra. Mercedes	Aiguabella	Sra. Ana Isabel	Collazos
Sra. Carmen	Pastor	Dr. Javier	Recio
Sra. Manuela	Moros	Sra. Gema	Bolado
Dra. Concepción	Ferrer	Sra. Helena	Martínez
Dra. Rosa Ana	Vela	Sra. Isabel	Ortiz
Dra. Angels	Ramírez	Sra. Maria	Gutiérrez
Sra. Dolores	Fuster	Sra. Soledad	Castillo
Sra. Cristina	Gonzalez	Sra. Magdalena	Riancho
Sra. Anna	González	Sra. Gema	Rubio
Sra. Rosa	Artells	Sr. Jose Francisco	Diaz
Sr. Oriol	Llampayas	Sra. Lorena	Cagigas
Sr. Francesc Xavier	Duran	Sra. Begoña	Gómez
Sr. Alfons	Cortes	Sra. Maria Eugenia	Gutierrez
Dra. Carmen	García	Sra. Maria del Mar	Sánchez
Sra. Esperanza	Bosch	Sra. M ^a Eugenia	Cuenca - Romero
Sra. Victoria A.	Ferrer	Sra. Tula	Beltran
Sra. Rosamaria	Alberdi	Sr. Alberto	Carreras
Sra. Pilar	Ferrer de Sant Jordi	Sra. Marta	Martín
Sra. M ^a del Mar	Pons	Sra. Asunción	Villalba
Dra. Carmen	Díaz	Sra. Antonia	Gimon
Dra. Esther	Arbesú	Sra. Ana Isabel	Méndez
Sra. Reolindes	Rodríguez	Sra. Maria Angeles	Ruiz-Tagle
Dra. Carmen	Antuña	Sra. Maria Carmen	Garde
Sra. Rosario	Rodríguez	Sr. Fermín	Castiella
Sra. Fernanda	Cifuentes	Sr. José	Domingo
Sra. carmen	Mosquera	Sr. Ramiro	González
Sra. María Teresa	Díaz	Sra. Idoia	De Gaminde
Sra. Amelia	González	Sra. Maite	Artázcoz
Dra. Purificación	Turiel	Sra. Maite	Mur
Dra. Agustina	Alonso	Sra. Loren	Albeniz
Sra. Ana	Robla	Sr. José Antonio	Inchauspe
Dra. Laura	Muñoz	Sra. Kar mele	Ayerdi
Sra. M ^a Luz	Espina	Sra. Reyes	Jiménez
Sra. Esther	Zapatero	Sr. Mariano	Gallo
Sra. Olivia	Santiago	Sr. Lázaro	Elizalde
Dra. Pilar	Carro	Sr. Gabriel	Hualde
Sra. Paula	González	Sr. Khalil	Abu
Dr. Javier	Cerrolaza	Sra. M ^a Jesús	Vicente
Dr. Ángel Luis	Aguilar	Sra. M ^a José	Rodríguez
Sra. Susana	Soldevilla	Dra. Izabella	Rohlf s
Dra. Eugenia	Díez	Sra. Carmen	Figarola
Sra. Margarita	Laviana	Dra. Pilar	Alonso
Dra. Concepción	López	Dr. Miguel	Lorente
Dra. Amparo	Belloch	Sra. M ^a Dolores	Cerviño
Sra. Begoña	Olabarría	Sra. Rosario	Quintana

6 Guía para la lectura de los resultados

Las siguientes notas pretenden facilitar una lectura ágil y funcional de los resultados del informe

Los resultados se presentan en cinco apartados, que comparten la misma estructura y el mismo tratamiento en la exposición de la información que contienen. Los capítulos se estructuran en torno a los siguientes temas específicos:

1. Envejecimiento y dependencia
2. Trabajo y calidad de vida
3. Salud reproductiva
4. Los servicios sanitarios y las mujeres
5. Investigación biomédica y desigualdades en salud

Cada capítulo se encabeza con unas notas de contexto que enmarcan la interpretación descriptiva de los pronósticos y aspiraciones reveladas por los panelistas.

Las cuestiones en las que se pedía tan sólo la expresión de un PRONÓSTICO por parte de los panelistas se presentan del siguiente modo en el informe:

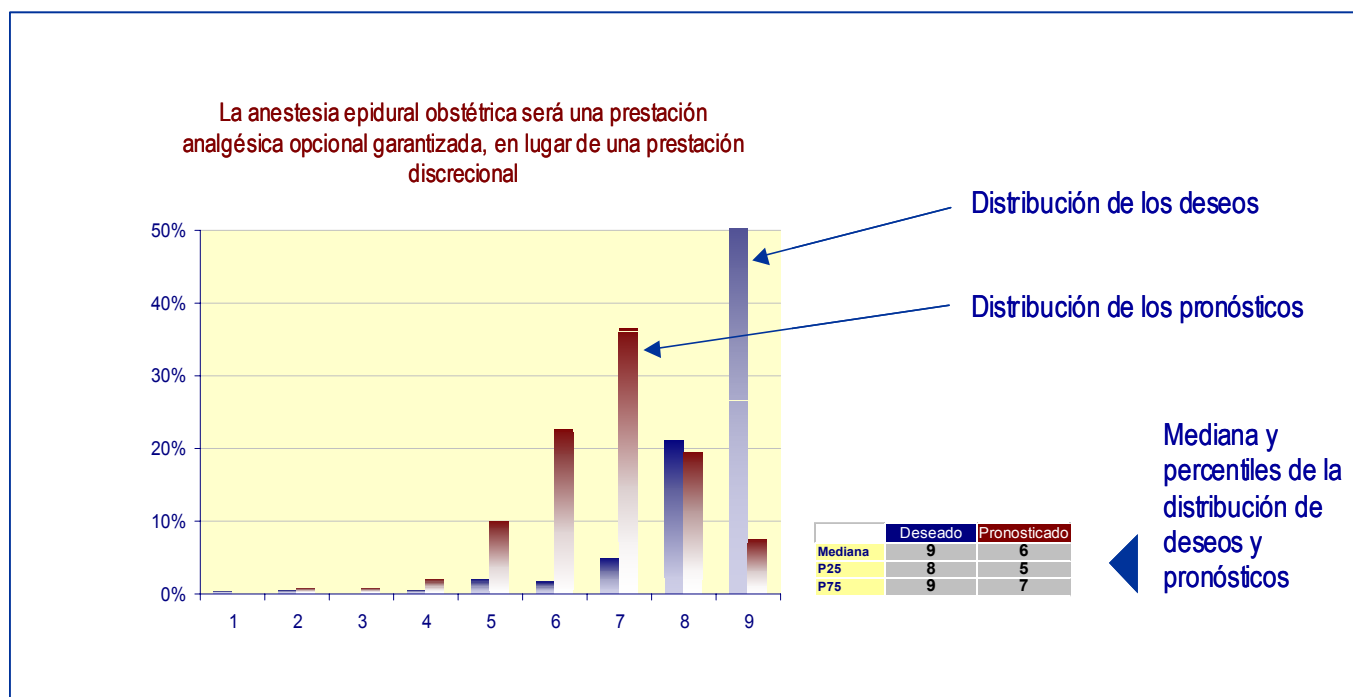
Ejemplo 1a. Presentación de la información en las cuestiones de PRONÓSTICO



La intención es agilizar al máximo la lectura de los resultados. En este ejemplo, se aprecia muy claramente que las respuestas se agrupan en torno a las puntuaciones 6 y 7 (mediana 6), y que existe una dispersión media en la distribución (p25:5; p75: 7). En este caso concreto, podríamos interpretar que el panel prevé, aunque con ciertas reservas, que aumentará el número de mujeres mayores libres de incapacidades inhabilitantes.

Las cuestiones en las que se pedía tanto la expresión de un PRONÓSTICO DE OCURRENCIA como de un DESEO se presentan como sigue.

Ejemplo 1b. Presentación de la información en una cuestión de PRONÓSTICO y de expresión de DESEO



En el ejemplo, la gráfica muestra las distribuciones de los pronósticos y deseos de ocurrencia de los panelistas con respecto a la posibilidad de que la anestesia epidural sea una prestación opcional y no discrecional. El panel manifiesta un deseo mayoritario de que esto suceda –mediana en 9 y respuestas muy agrupadas, y también expresa un pronóstico relativamente favorable, aunque menos claro – con una concentración de las respuestas en puntuaciones más bajas y mediana 6.

Claves de interpretación

Se sistematizó el análisis de las respuestas agrupando el rango de valores posible –de 1 a 9- en 3 grupos, interpretando cada conjunto de respuestas del siguiente modo (tabla 5).

Tabla 5. Interpretación de las puntuaciones

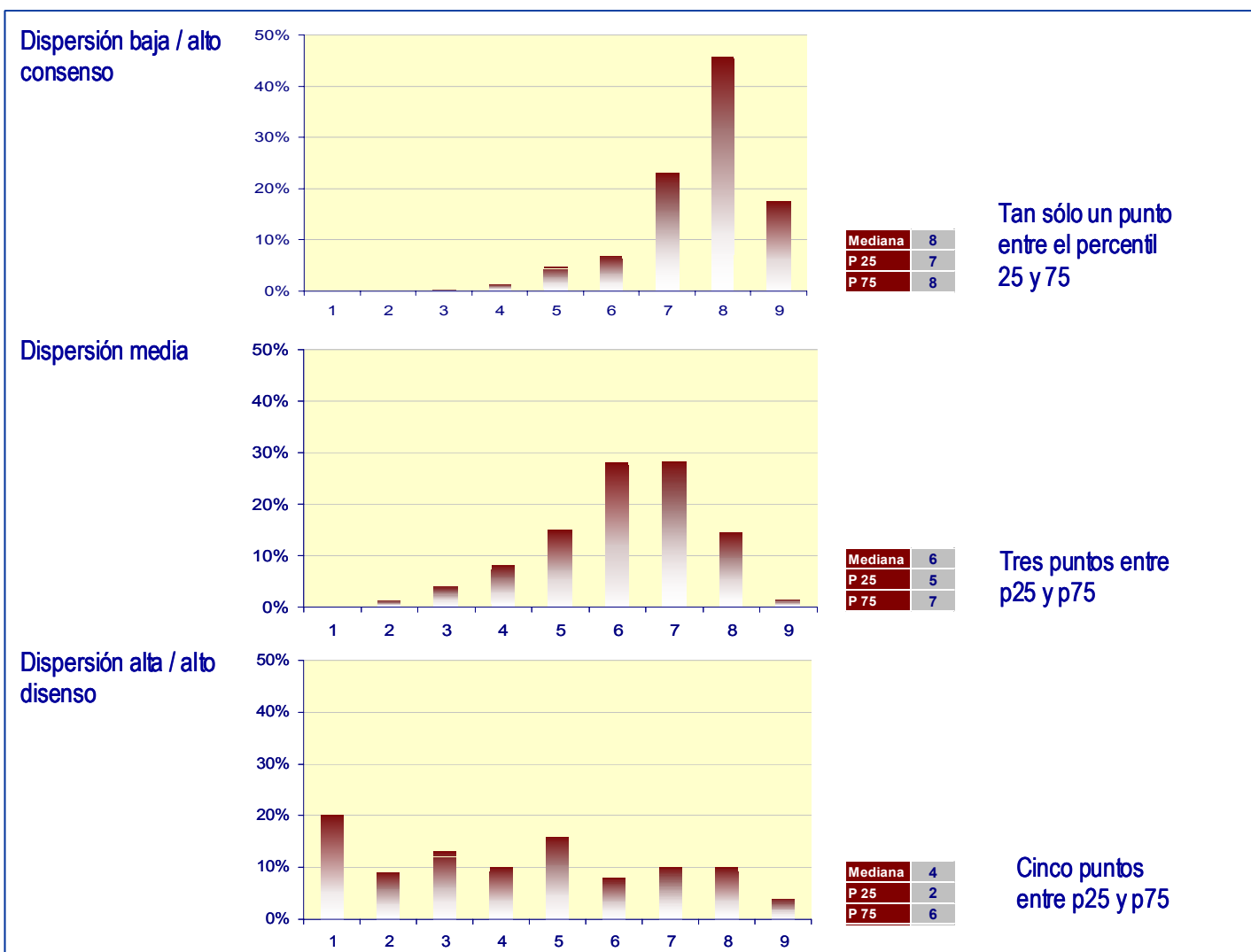
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Emisión de Pronósticos	Mínima credibilidad		Desconfianza			Plena confianza, convencimiento			
Expresión de Deseos	Rechazo, aversión		Indiferencia, reservas			Adhesión, compromiso			

En general se adopta esta asunción a fin de sistematizar los comentarios de las repuestas a las distintas cuestiones, aunque se ha respetado una cierta flexibilidad interpretativa, por ejemplo, reconociendo en un pronóstico de 6 un ligero convencimiento, o valorando más negativamente un deseo puntuado en 1 que en 3.

En cuanto a la dispersión de las respuestas, se ha asumido un criterio de valoración en base a los puntos existentes entre el percentil 25 (p25) y el percentil 75 (p75):

- Dispersión baja: dos puntos o menos entre p 25 y p 75. La gráfica de distribución muestra una distribución picuda.
- Dispersión media: tres puntos entre el p25 y el p75. La gráfica muestra una campana.
- Dispersión alta: 4 puntos o más entre el p25 y el p75. La gráfica muestra una forma achatada.

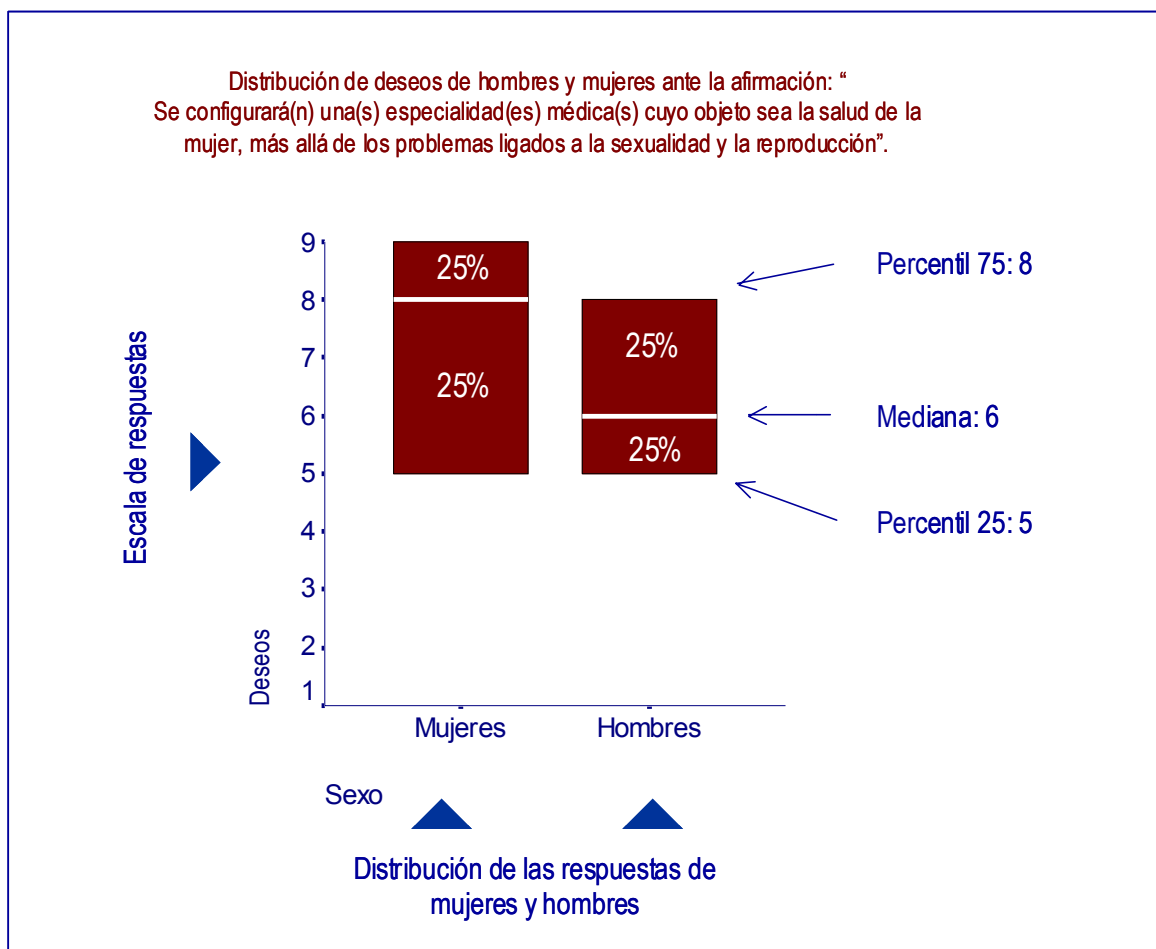
Ejemplo 2. Interpretación de la dispersión / concentración de las respuestas y representación gráfica



Las cuestiones con respuestas muy dispersas –4 o más puntos entre p25 y p75- han sido objeto de análisis comparativo entre subgrupos del panel (la composición del panel se detalla en el capítulo 5) con el fin de tratar de explicar dicha dispersión por comportamientos diferenciales de subgrupos homogéneos identificados en el delphi -por ejemplo, entre mujeres y hombres o entre profesionales sanitarios y el resto del grupo.

Cuando el análisis por subgrupos identifica diferencias sustantivas entre colectivos diferenciados dentro del panel, se representa la distribución de las respuestas mediante un diagrama de caja. Las cajas representan el área dónde se concentran el 50% de las respuestas, estando limitadas en su dimensión vertical por los valores correspondientes a los percentiles 25 y 75, y expresándose la mediana por medio de una línea interior en cada caja. La mayor o menor amplitud de las cajas corresponde al grado de dispersión de las observaciones, así una caja amplia evidencia una elevada dispersión del 50% de observaciones centrales de la distribución.

Ejemplo 3. Interpretación de un diagrama de caja



En el ejemplo 3, las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a los deseos de que se constituyan especialidades médicas cuyo objeto sea la salud de la mujer son muy claros sobre la gráfica: la mediana del grupo de mujeres es 8 mientras que en los hombres significa tan sólo 6 –evidenciando un mayor anhelo de que esto suceda por parte del primer grupo- mientras que la dispersión de las respuestas del colectivo femenino es más elevada que en el masculino – visualmente representada por una caja más ancha.

7. Resultados

Apartado 1. Envejecimiento y dependencia

Nuestra dinámica demográfica – fertilidad declinante y mayores contingentes de personas mayores – combinada con mercados de trabajo aún discriminatorios para las mujeres , y en ausencia de priorización de políticas de redistribución de los cuidados informales en el seno de las familias- y entre las familias y las administraciones-, están hipotecando innecesariamente la reforma de los sistemas de pensiones, especialmente para las mujeres jubiladas con escasa o ninguna base de cotización laboral.

En Europa, casi el 10 % de la población de más de 65 años necesita cuidados de larga duración o apoyo continuado. Tan sólo en 15 años, una de cada cuatro mujeres europeas será mayor de 60 años⁴. En España, donde la responsabilidad del cuidado de los ancianos aún recae mayoritariamente en la familia, la proporción de mujeres mayores de 65 años en el total de la población casi se duplicó entre 1960 y 1994, con lo que en ese mismo año alcanzó el 9,1% de la población total⁵.

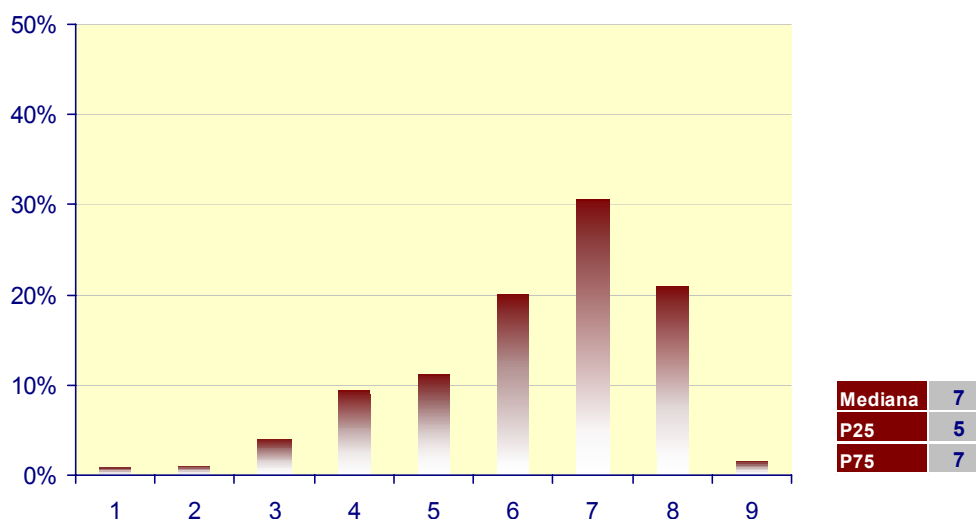
Las administraciones públicas europeas plantean estrategias y acciones para mejorar la salud y el bienestar de su población de más edad mediante diversas estrategias de apoyo a las personas discapacitadas, con enfermedades crónicas, o dependientes. Si no se adoptan medidas adecuadas, Europa se enfrentará a los problemas asociados al importante crecimiento de una población de mujeres mayores, empobrecidas y solas. Del pronóstico de esta evolución en España da cuenta el Delphi realizado el año pasado por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad “Envejecimiento y Dependencia: Futuros Deseables y Futuros Posibles”⁶. Para agravar el problema, sus previsible menores niveles de ingresos y ahorros, harán al grupo de mujeres ancianas más vulnerable y dependiente de los servicios sanitarios y sociales públicos⁷.

La ausencia de políticas activas de conciliación de la vida laboral y la familiar resulta especialmente crítica en el proceso de creciente pauperización de una proporción en aumento de mujeres ancianas. La evolución demográfica –particularmente el equilibrio entre la población activa y la dependiente- está significativamente asociada a la sostenibilidad del gasto social, siendo ésta a su vez influida por la evolución de las normas sociales vigentes que definen las condiciones de acceso al mercado laboral en razón del género y el sexo.

En el presente capítulo se presentan los pronósticos del panel acerca de la evolución de la dependencia de las mujeres ancianas, la capacidad de respuesta a sus necesidades del sistema de protección social y la valoración de diferentes estrategias de respuesta colectiva.

Las previsiones demográficas, en las que coincide el 53% de los panelistas, señalan que en buena medida las diferencias de esperanza de vida entre hombres y mujeres se mantendrán o aumentarán durante los próximos quince años.

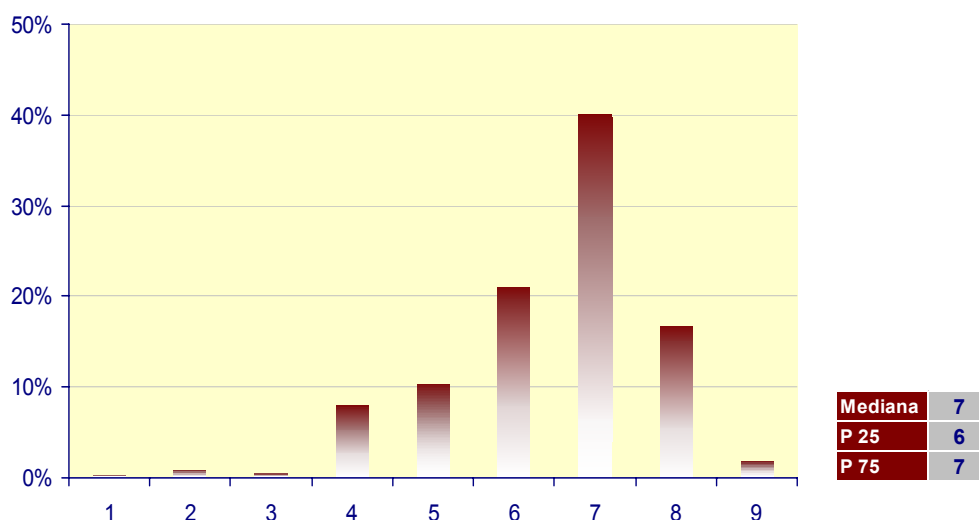
Figura 1.1 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Las diferencias de esperanza de vida entre hombres y mujeres se mantendrán o aumentarán, lo que se traducirá en un incremento de la proporción de mujeres mayores sin pareja/solas”.



Los consultados estiman que este aumento de la esperanza de vida implicará una proporción significativamente mayor de mujeres que necesitarán ayuda para realizar las actividades básicas

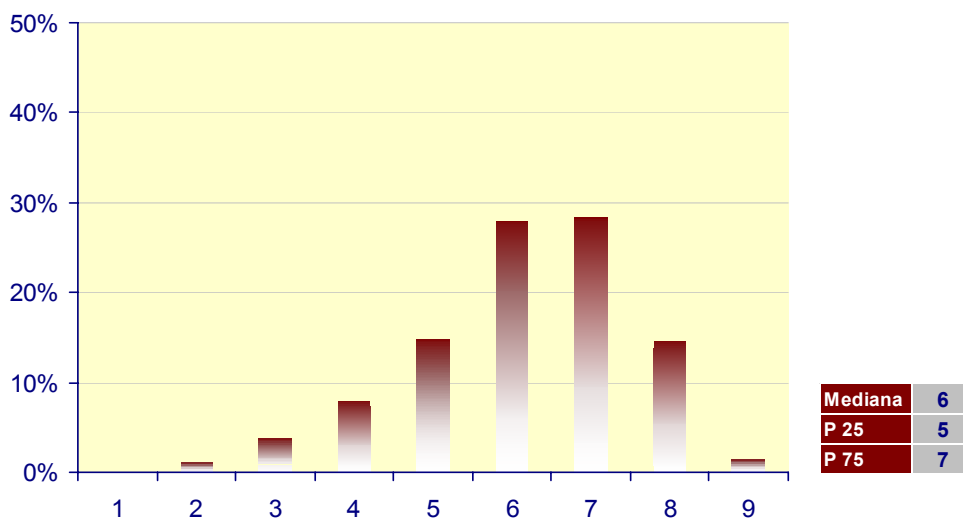
de la vida diaria. Las respuestas, con una mediana de 7, se concentran en el 59% de los casos alrededor de un elevado acuerdo representado por el 8 y sus valores adyacentes.

Figura 1.2 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Aumentará la proporción de mujeres mayores de 75 años que necesitan ayuda (total o parcial) para realizar las actividades básicas de la vida diaria por discapacidades y minusvalías limitantes de la autonomía individual”.



La predicción de que este grupo estará integrado por mujeres mayores libres de discapacidades inhabilitantes recibe un apoyo sensiblemente inferior, ya que el 51% de las respuestas se agrupan en torno a una valoración indicativa de cierta incertidumbre expresada por puntuaciones entre 4 y 6.

Figura 1.3 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Aumentará la proporción de mujeres mayores de 75 años libres de incapacidades inhabilitantes, esto es, capaces de realizar autónomamente las actividades básicas de la vida diaria”.



El panel consultado muestra una muy limitada confianza en la adecuada respuesta institucional (y social) a las necesidades, preferencias y demandas identificadas. Así, las respuestas de dos tercios de los consultados se agrupan alrededor de la incertidumbre o desconfianza representada por el 5 (mediana) y más del 50% de ellos se sitúan entre el 5 y el 6 respecto a la verosimilitud de una desaparición de la artificial distinción entre servicios sanitarios y sociales en la atención a las mayores o sobre el desarrollo de programas específicos integrados e intersectoriales que atiendan las especificidades sanitarias ligadas al sexo.

Figura 1.4 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Desaparecerá la actual separación entre los servicios sanitarios y los sociales, especialmente en la atención a los problemas de las personas mayores”.

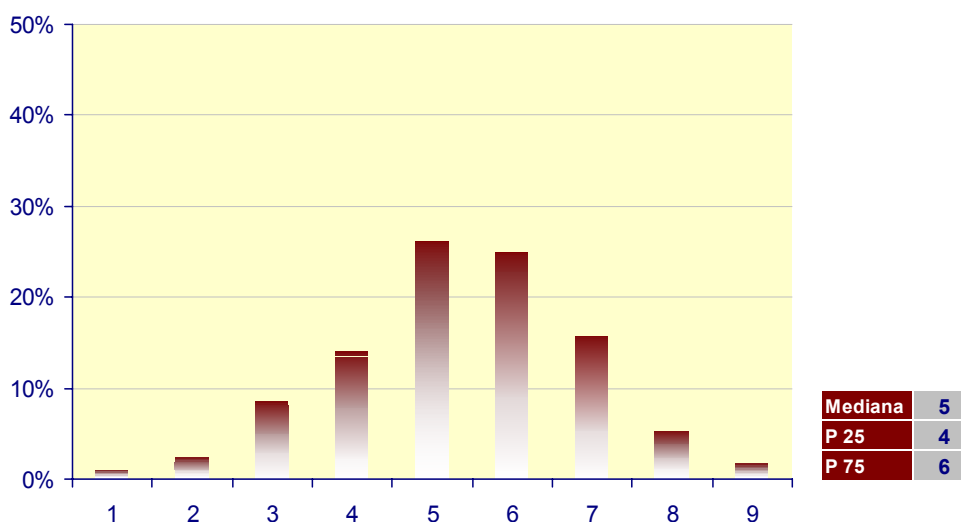
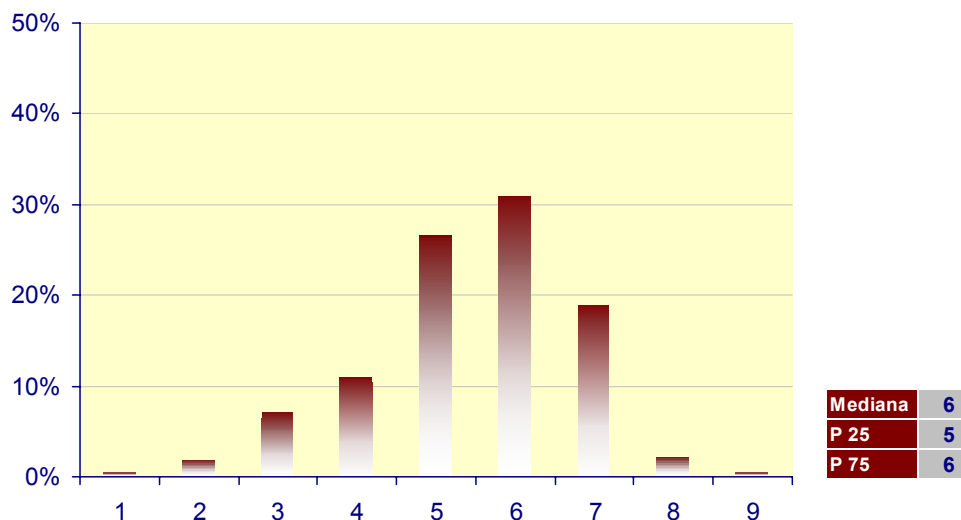
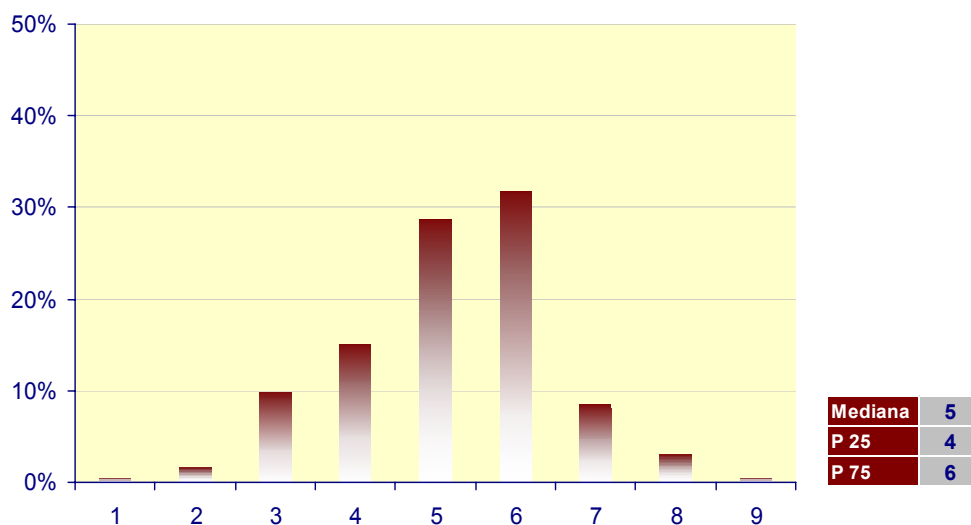


Figura 1.5 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Los Servicios Públicos de Salud desarrollarán programas y servicios específicos, integrados e intersectoriales, para atender las especificidades sanitarias ligadas al sexo”.



Menor aun es la confianza en que se produzca un ajuste en la respuesta institucional al envejecimiento, adaptándola a la mayoritaria dimensión femenina, con un 61% de las respuestas concentradas entre la incertidumbre – 5 – y las expectativas más moderadas –6 – o, si se prefiere, con un 75% de respuestas situadas en el 5 y valores adyacentes.

Figura 1.6 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Las previsiones de respuesta institucional al creciente envejecimiento, soledad y dependencia de los ancianos se ajustaran atendiendo a la mayoritaria presencia de mujeres mayores solas y a sus especiales necesidades”.

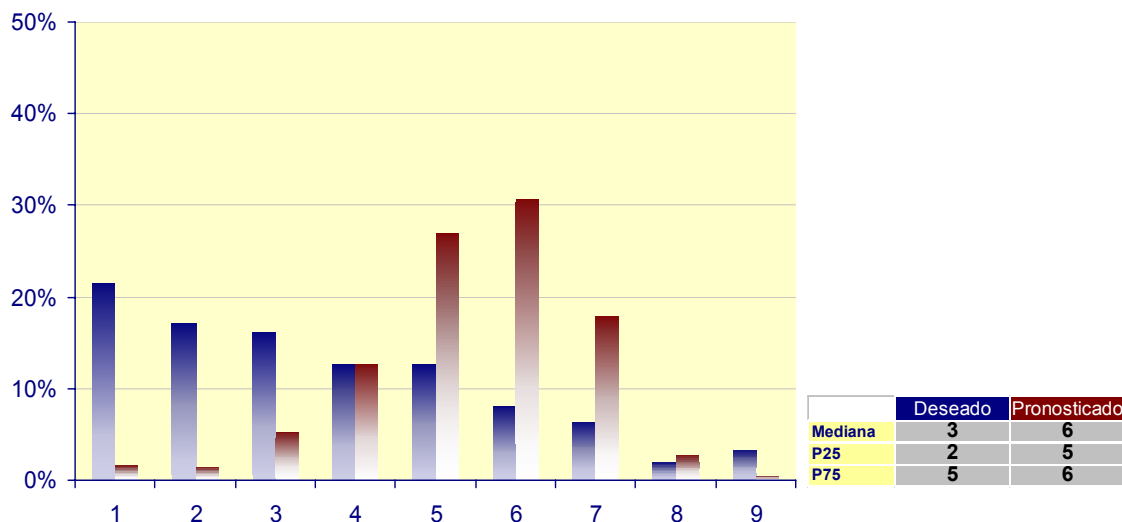


El pronóstico acerca de la naturaleza de las estrategias de apoyo a las mujeres mayores necesitadas de asistencia muestra valores compartidos muy claros y expectativas o pronósticos de ocurrencia real muy dispares. Así, el mantenimiento de las estrategias en torno a instituciones colectivas de asilamiento sólo es visto como deseable por menos del 20% de los panelistas, con un claro posicionamiento contrario – puntuaciones entre el 1 y el 4 - en el que se agrupan el 68% de las respuestas.

De hecho, la proporción de aquellos cuyos deseos son absolutamente opuestos a esta concepción asilar –el 22% que aplica un 1, la puntuación mínima – resulta más numerosa que la del conjunto de los que se muestran partidarios. Sin embargo una ajustada mayoría de 52% pronostica – o quizá teme – que el asilamiento de los ancianos dependientes será la opción

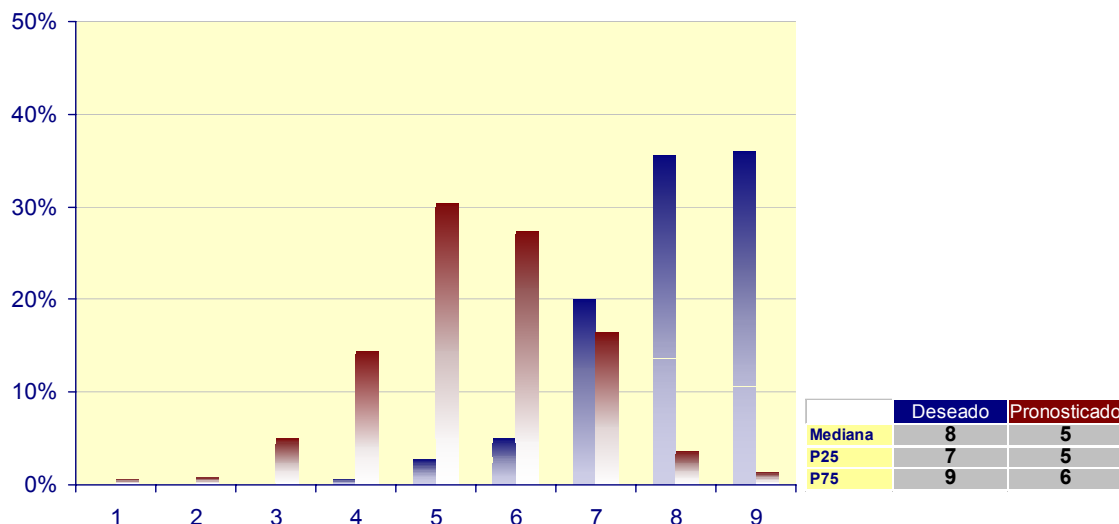
mayoritaria, aunque una visión menos pesimista permite apreciar que es alrededor de la indefinición – entre el 4 y el 6 – donde se sitúan el 70% de las predicciones.

Figura 1.7 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “De aquí a 15 años, las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las mujeres mayores solas necesitadas de asistencia SE CENTRARÁN DE MANERA ESPECIAL en instituciones colectivas de asilamiento”.



La alternativa de una apuesta estratégica por los cuidados domiciliarios cuenta con el apoyo del 92% de los panelistas que situaron su deseo de ocurrencia entre 7 y 9. En cambio la confianza en la materialización de sus preferencias es menor que el deseo expresado: tan sólo el 21% de los panelistas expresaron su optimismo puntuando entre 7 y 9, mientras el 72% mostró un elevado grado de indeterminación, puntuando entre 4 y 6.

Figura 1.8 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “De aquí a 15 años, las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las mujeres mayores solas necesitadas de asistencia SE CENTRARÁN DE MANERA ESPECIAL en la provisión de cuidados domiciliarios (servicios de ayuda doméstica, “comida sobre ruedas”, etc.)”.



Un escenario alternativo a considerar es la progresiva fragmentación de los diversos tipos de atención y cuidados, un futuro que no es deseado por el 55% del panel, y para el que casi la mitad de las respuestas se concentran en las dos puntuaciones mínimas.

Se realizó un análisis entre los subgrupos constitutivos del panel, dada la fuerte dispersión en la distribución de los pronósticos (p25:1; p75:7). El grupo de profesionales sanitarios mostró una posición más opuesta a la fragmentación que el conjunto- con una mediana de 3 para los “profesionales” y una mediana de 5 para el resto del panel. Tal discrepancia tal vez se deba a que los profesionales se manifiestan más sensibles a los aspectos negativos de la fragmentación.

Pese a concitar una oposición tan marcada, éste es un escenario al que se le concede una elevada verosimilitud, con un 68% de las respuestas prediciendo su ocurrencia en mayor o menor medida, aunque sólo un tercio de los consultados cifra su predicción alrededor del 8.

Figura 1.9 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se producirá una fragmentación cada vez mayor de la prestación de cuidados, compartimentándose los problemas entre diferentes profesionales o instancias (hospitalización domiciliaria, centros de media y larga estancia, intendentes domésticos, cuidadores de personas con enfermedades crónicas, “generalistas”, etc.)”.

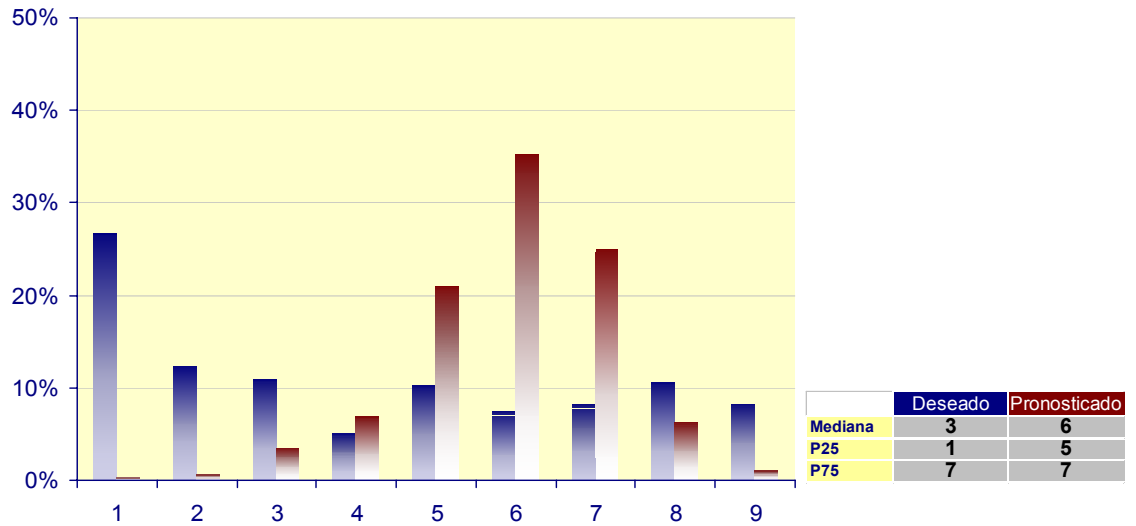
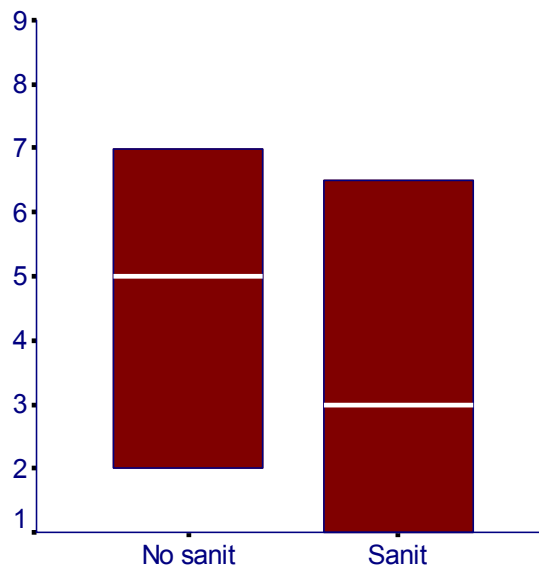


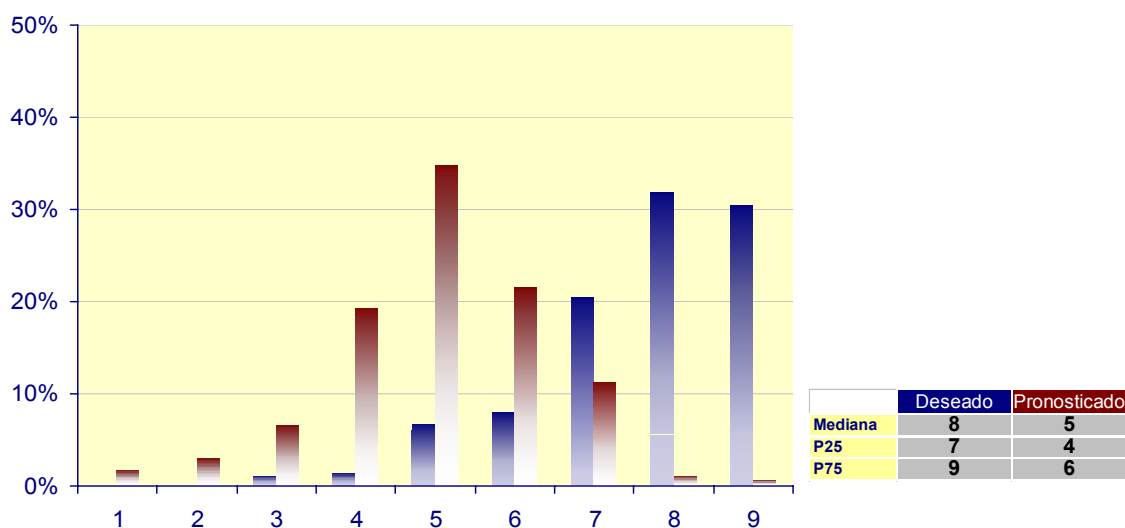
Figura 1.10 Distribución de deseos de profesionales sanitarios y el resto del grupo ante la afirmación: “ Se producirá una fragmentación cada vez mayor de la prestación de cuidados, compartimentándose los problemas entre diferentes profesionales o instancias”.



También se expresa con claridad la elevada deseabilidad del fortalecimiento de redes sociales de autoayuda, con un 91% de voluntades favorables, concentrándose el 62% de ellas en las

puntuaciones máximas (8 y 9). El panel expresó en este caso también una significativa desconfianza en el desarrollo de esta opción, con el 75% de respuestas agrupadas en el 5 y valores adyacentes.

Figura 1.11 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “De aquí a 15 años, las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las mujeres mayores solas necesitadas de asistencia SE CENTRARÁN DE MANERA ESPECIAL en el fortalecimiento de redes sociales de autoayuda”.



Apartado 2. El trabajo y la calidad de vida

En proporciones aún muy importantes las mujeres simultanean diversos roles: parejas, madres, esposas, cuidadoras, trabajadoras por cuenta ajena, propietarias, etc.. La Comisión de la Unión Europea ha señalado que las mujeres dedican por término medio dos tercios de su tiempo de trabajo a actividades no remuneradas mientras que los hombres dedican apenas un tercio. No obstante sigue sin prestarse suficiente atención al impacto que tal simultaneidad de responsabilidades y esfuerzos tiene sobre la salud y el bienestar de las mujeres así como en el de sus familias. En particular, las madres que trabajan fuera de casa encuentran con frecuencia serios problemas para compatibilizar su dedicación familiar con las obligaciones del empleo remunerado.

Este equilibrio altamente inestable plantea mayores dificultades aún a las mujeres con retribuciones muy bajas que acostumbran a procurar los únicos ingresos familiares y a hacerse cargo del cuidado de los hijos menores y, en muchas ocasiones, del de parientes cercanos⁸.

Por otra parte, la división del mercado del trabajo en razón del género es un obstáculo a su flexibilidad y limita la oferta. La eliminación de la discriminación en el mercado del trabajo y en el lugar de trabajo es esencial para que la dignidad humana, la justicia social y la cohesión de la sociedad sean algo más que meras declaraciones formales. El mantenimiento de situaciones de discriminación de género y el consentimiento de inaceptables erosiones de la calidad del empleo comprometen gravemente la capacidad colectiva para obtener las condiciones económicas que hagan viable un sistema de pensiones que restituya justicia a la actual situación de las mujeres que han asumido duras responsabilidades de maternidad y de cuidados a sus hijos y mayores con una precaria base de cotización.

Sin embargo nuestro país es uno de los que muestra una menor proporción de mujeres trabajando a tiempo parcial, donde la oferta de plazas públicas para la primera infancia es notablemente escasa y donde se cuenta con una disponibilidad menor de servicios para las personas mayores, siendo predominantes los servicios de naturaleza asilar en comparación con los servicios de base comunitaria.

Igualmente, la distribución tradicional de los roles de género en la estructura tradicional familiar - la “doble jornada” de las mujeres que trabajan en empleos retribuidos y en el hogar- se reconoce como un serio factor limitativo de la posición de igualdad con los hombres en el mercado laboral, la vida social y la política. Las dificultades de combinar la vida laboral y familiar se contemplan, además, como un posible factor de influencia negativa sobre la salud.

En la discusión acerca de la modernización sostenible de la protección social en Europa se presta atención a lo que se denomina “ política de promoción de la familia” cuyo objetivo general consiste en promover la recuperación de la fertilidad de la población, tratando de aliviar sus costes inherentes -tangibles e intangibles- soportados, ciertamente en una llamativa desproporción, entre madres y padres.

En ausencia de políticas de igualdad que fomenten y protejan la participación, en términos socialmente admisibles, de las mujeres en el mercado laboral y la conciliación del trabajo remunerado y el doméstico, España continuara acompañando a Grecia, Irlanda e Italia en el grupo de países europeos con mayores diferencias entre hombres y mujeres en términos de tasa de empleo⁹.

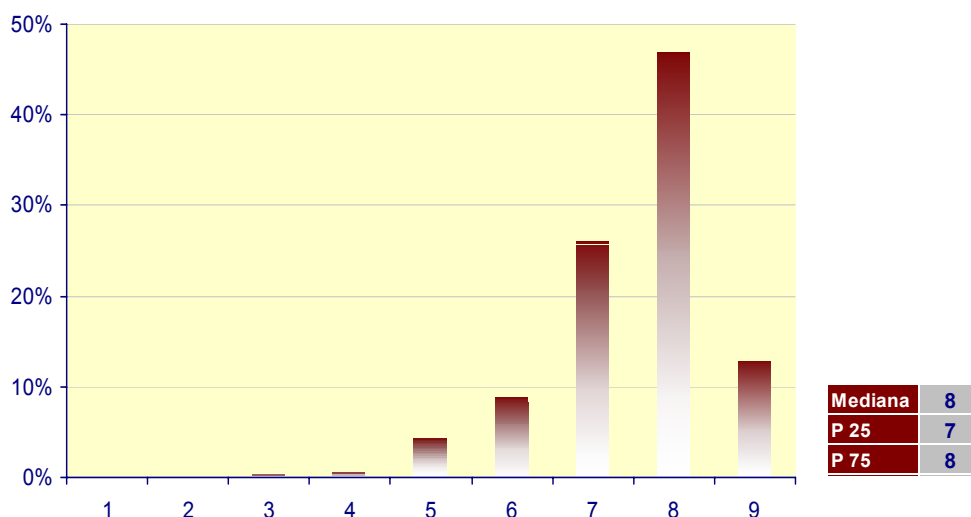
El presente apartado presenta los resultados de los pronósticos y deseos del panel sobre las cuestiones referentes a:

- *Salud y trabajo*
- *Conciliación del trabajo laboral y trabajo doméstico*
- *Cambios en los roles tradicionales*

Salud y Trabajo

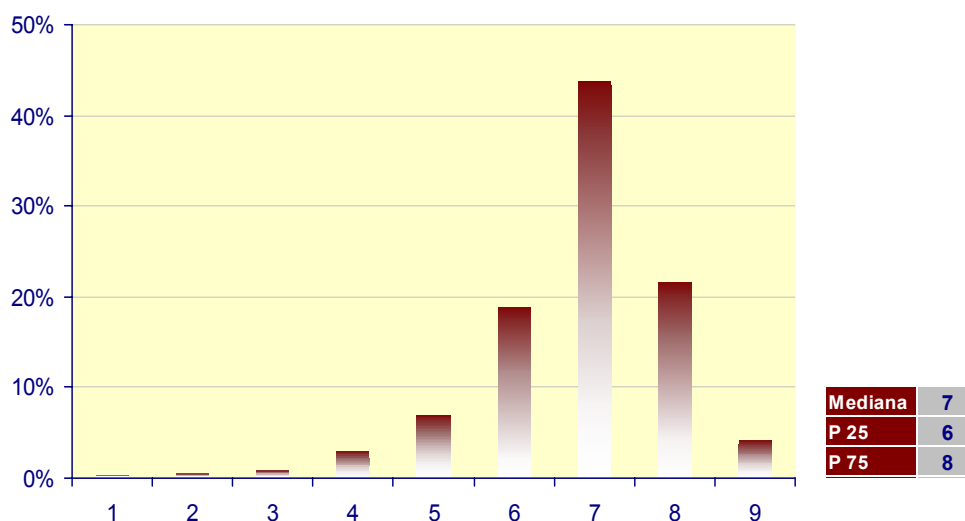
La inadecuada conciliación entre actividad profesional y doméstica tendrá importantes repercusiones negativas sobre la salud de las mujeres, siendo este un pronóstico compartido por el 86% de los consultados –puntuación de 7 a 9. Es de destacar que el 47% de los encuestados coinciden en asignar a la aseveración planteada una puntuación de 8, que resulta coincidente con la mediana.

Figura 2.1 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Entre las mujeres en edad laboral aumentarán los problemas psicosomáticos derivados del estrés y cansancio por la realización simultánea de la jornada laboral y las tareas domésticas”.



Las previsiones sobre la evolución del mercado laboral, con la incorporación femenina a empleo precario y sus negativas consecuencias para la salud de las mujeres, son ampliamente compartidas por los participantes. Con una mediana de 7, el 70 % de ellos avalan la afirmación propuesta, calificándola con un 7, un 8 o un 9.

Figura 2.2 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Se mantendrá o aumentará la incorporación de la mujer a empleos temporales o precarios, con consecuencias negativas sobre su salud y en el ámbito de la salud laboral”.



Conciliación del trabajo retribuido y el trabajo doméstico

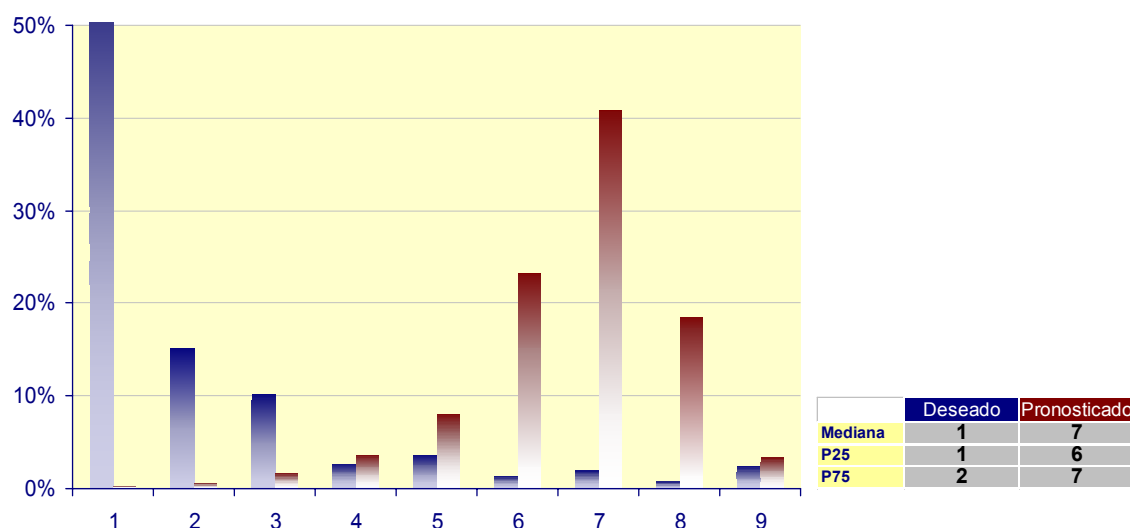
En la medida en que cada vez un mayor número de mujeres concede a su independencia económica y social un valor prominente, predecir la dirección en la que se encaminan la regulación del mercado laboral y la naturaleza e impacto de la política social despierta un comprensible interés. A este respecto hay que recordar que ni en España ni en otros estados miembros de la Unión Europea el acceso de la mujer al mercado de trabajo ha comportado una redistribución proporcional en las cargas del trabajo doméstico entre sexos.

Es un hecho documentado que actualmente en nuestro país la atención a la “familia”- incluyendo aquí tanto los hijos como el cuidado de las personas mayores - sigue suponiendo, , cargas muy superiores para las mujeres que para los hombres, incluso en situaciones de completa equiparación profesional. España se cuenta entre los países europeos con menos servicios para las personas mayores y la primera infancia.

El desacuerdo con la exclusión del mercado laboral de aquellas mujeres al cuidado de sus padres u otros dependientes cuya retribución no permita contratar servicios asistenciales para

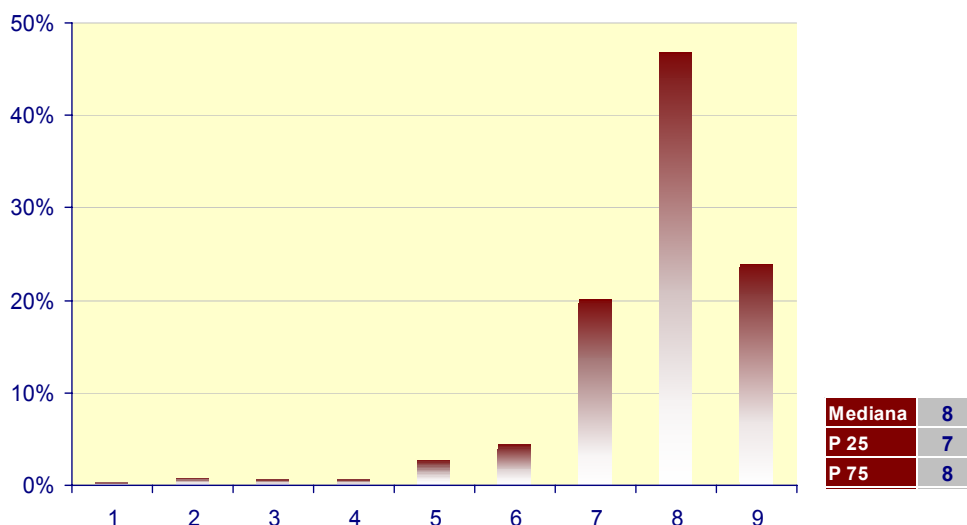
estos, ocasiona una de las concentraciones de rechazo más elevadas de la consulta, con una mediana de 1, expresión de absoluto desacuerdo en la que se sitúan el 62% de los consultados (el 86% puntuó entre 1 y 3). Tal intensidad y congruencia en el rechazo de ese futuro hace más destacable el acentuado pesimismo del panel que prevé su ocurrencia de modo mayoritario – 62% que puntuó entre 7 y 9 -, concentrándose en la expresión unánime de este pronóstico el 83% alrededor de la mediana de 7 .

Figura 2.3 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El deseo de maternidad y la necesidad de cuidar a los padres expulsarán del mercado de trabajo a las mujeres con empleos cuya remuneración no admita la subcontratación de personas que se ocupen de la familia, lo que determinará el incremento de determinadas patologías entre los grupos de mujeres que permanezcan en casa (depresión, ansiedad...)”.



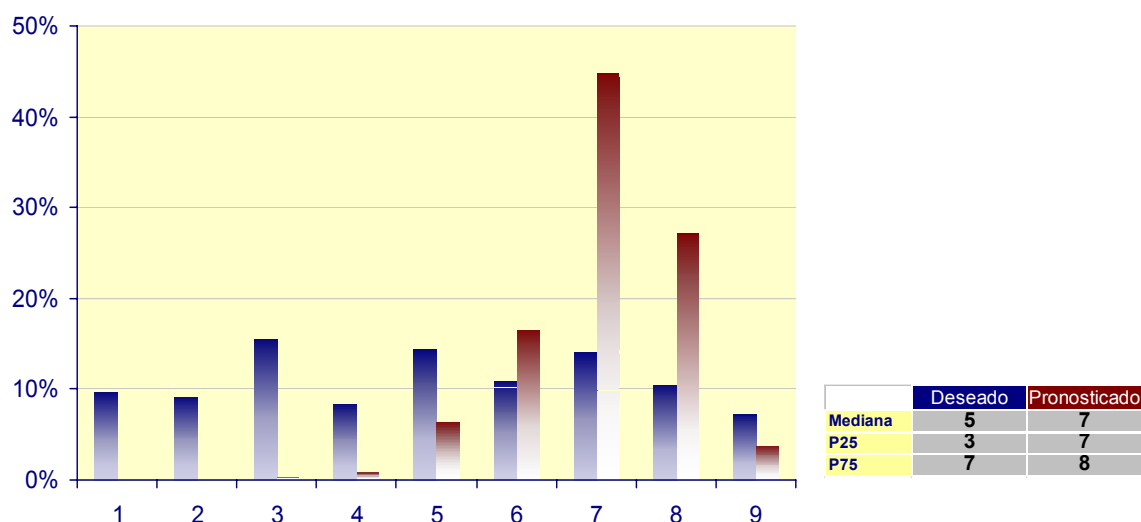
La predicción respecto a la influencia retardataria que tendrá la incorporación de mujeres jóvenes al mercado laboral sobre la edad de las mujeres al nacimiento de su primer hijo alcanza una inequívoca polarización afirmativa mostrando una mediana de 8 y con el 90% de las respuestas concentradas entre esta puntuación y sus dos puntuaciones adyacentes.

Figura 2.4 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “La creciente incorporación de las mujeres jóvenes al trabajo contribuirá a retrasar la edad media al nacimiento del primer hijo”.



La adhesión al pronóstico propuesto sobre el mayor desarrollo de prácticas preventivas y vigilancia más exhaustiva en el embarazo a causa del retraso en la maternidad, es elevada y consistente: un 93% responde afirmativamente y el 76% de las respuestas se concentran alrededor del 8. Sin embargo tal acuerdo desaparece a la hora de valorar la deseabilidad de este fenómeno, produciéndose una fractura en tres nítidos tercios: con una mediana de 5 para el conjunto de respuestas, un 34% están alrededor del 2, otro 34% se agrupan en torno al 5 y el restante 32% se concentran alrededor del 8 y sus valores adyacentes.

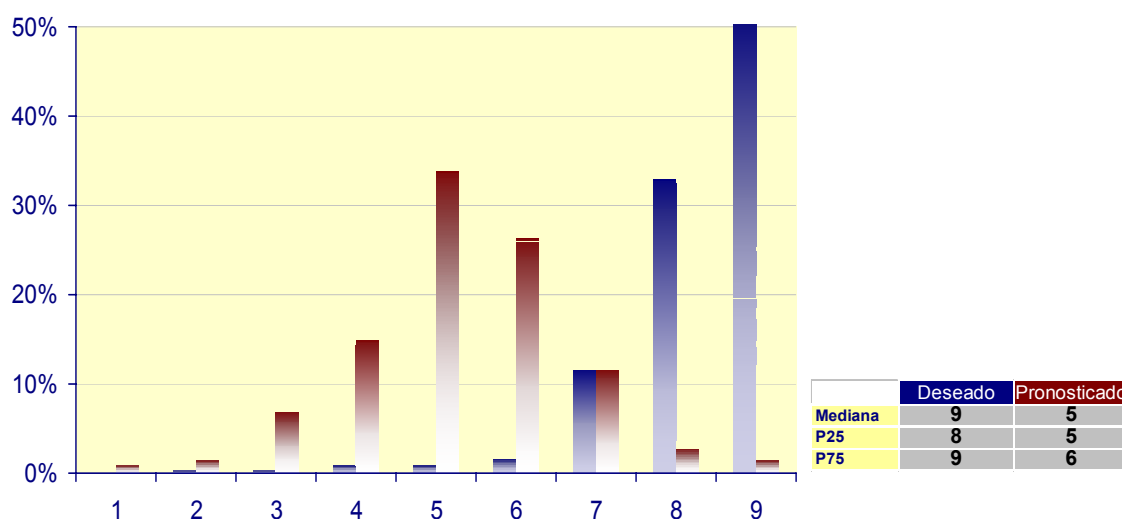
Figura 2.5 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “La competitividad existente en el mundo laboral seguirá disuadiendo a las mujeres de la maternidad en edades jóvenes, lo que llevará a generalizar prácticas preventivas y vigilancia más exhaustiva en el embarazo”.



El análisis desagregado entre los subgrupos del panel de los deseos, altamente dispersos, no mostró diferencias relevantes, lo que indica “transversalidad” en grado de desacuerdo expresado.

En cuanto a los pronósticos sobre la respuesta social deseable y esperable, se pone de manifiesto el elevado deseo expresado de una flexibilización adaptativa de la jornada laboral al cuidado de los hijos. Tal deseo viene avalado por la concentración del 96% de las respuestas alrededor del 8, con un 52% de ellas situadas en el 9. También aquí es importante la disonancia entre estas preferencias y la confianza en que tal pronóstico de flexibilización se materialice, ya que las respuestas netamente positivas – entre 7 y 9 – concitan sólo el 15% de acuerdos, mientras que la franja de 4 a 6, que representa una escasa convicción en que suceda, agrupa el 75% de las respuestas.

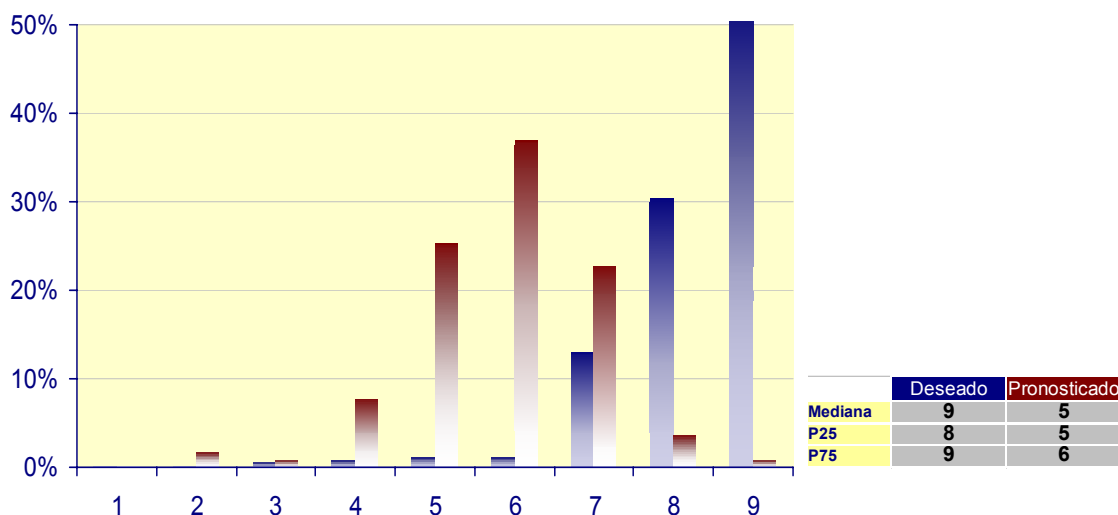
Figura 2.6 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se producirá una mejora y flexibilización en las relaciones y condiciones laborales: jornadas reducidas, excedencias temporales para cuidado de hijos, horarios móviles, etc.)”



Sobre la deseabilidad de un aumento de la presión social para equiparar el papel de hombres y mujeres en el cuidado de los hijos existe un elevadísimo acuerdo. El 96% de las respuestas se ubican alrededor del 8, y el 8 y 9 reúnen un 83% de éstas. La máxima expresión de anhelo en este sentido, representada por el 9, atrae el 53% de las respuestas. De nuevo en esta cuestión las expectativas sobre su materialización discrepan enormemente de los deseos tan

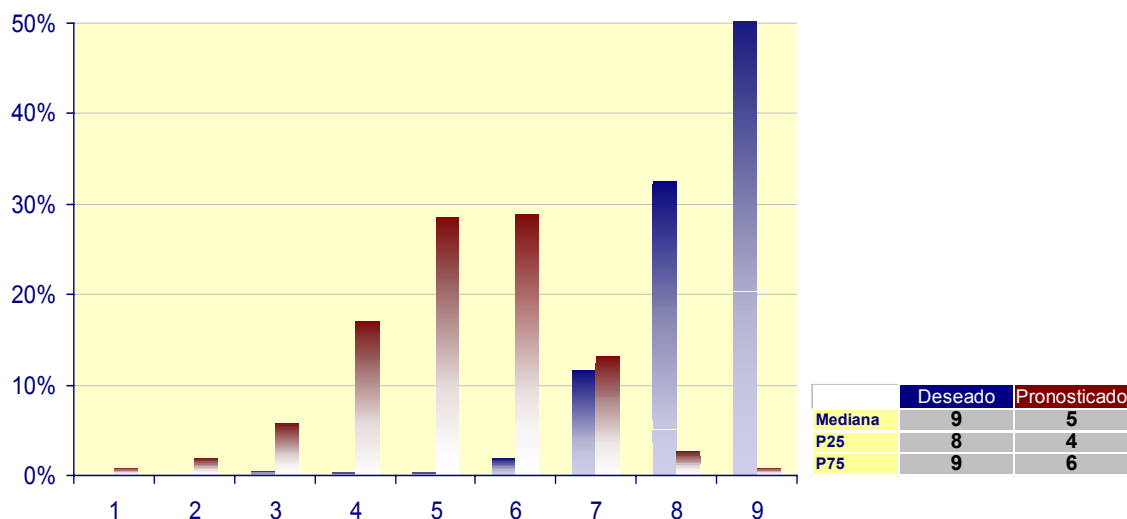
consistentemente expresados ya que el 85% de los pronósticos se concentran alrededor de la mediana, que está situada en la moderada esperanza de ocurrencia que representa el 6.

Figura 2.7 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Aumentará la presión social tendente a equiparar el papel efectivo de los hombres y las mujeres en el cuidado de los hijos”.



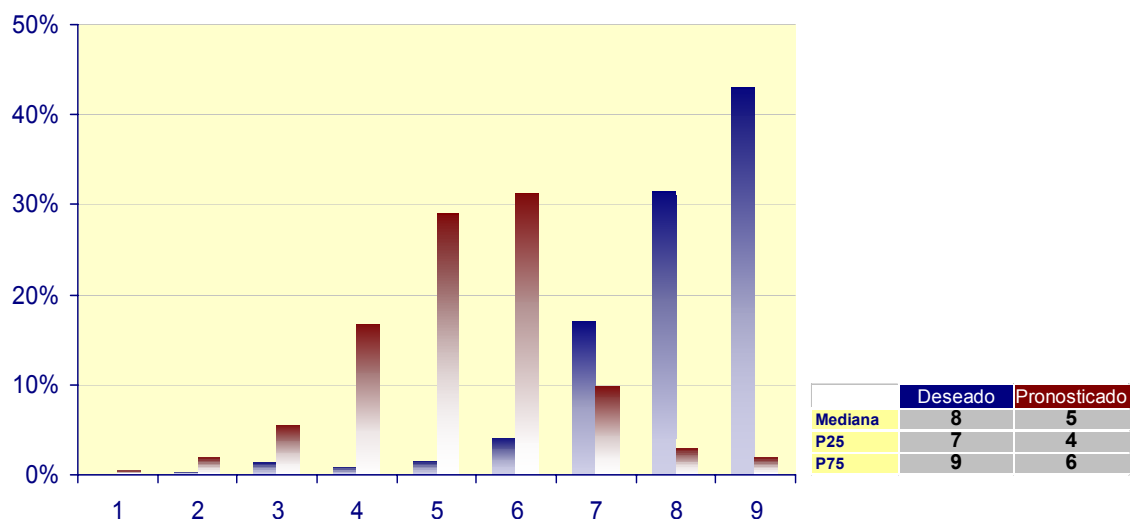
También el desarrollo de servicios públicos de apoyo, como comedoresn subvencionados, horarios escolares flexibles, etc., recibe un altísimo respaldo – mediana de 9, con un 97% de las respuestas alrededor del 8 - al mismo tiempo que la confianza en la extensión efectiva de tales medidas muestra importantes reservas expresadas por una mediana de 5, con el 75% de puntuaciones agrupadas entre éste valor y sus adyacentes inmediatos.

Figura 2.8 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Aumentará el número y tipo de servicios públicos de apoyo para trabajadores con hijos (ampliación y flexibilización de horarios de centros educativos, servicios de comedor subvencionados, etc.)”.



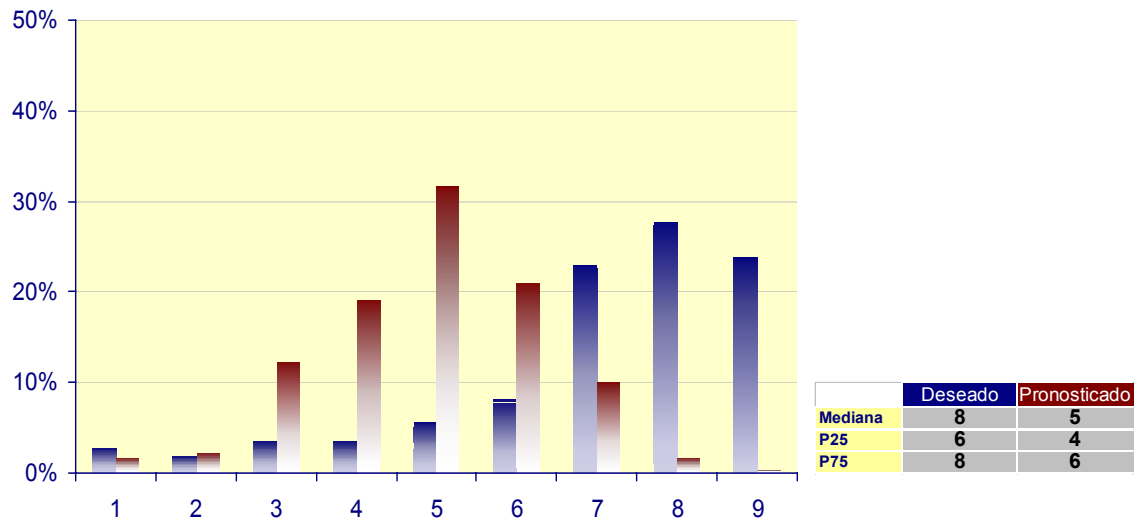
Algo similar se manifiesta respecto al incremento de las ayudas económicas para el cuidado de los hijos. Se aprecia una elevada deseabilidad consistentemente manifestada por el 92% de las respuestas centradas del 8 y con un 43% de ellas mostrando una preferencia máxima, ya que asignan la puntuación más elevada, el 9. Esto es compatible con una muy moderada expectativa sobre su ocurrencia real, para la que la puntuación mediana se sitúa en 5, calificación que otorga el 29% de los participantes, al tiempo que el 60% de todas ellas se concentran entre este valor y el moderadísimo optimismo que representa el 6.

Figura 2.9 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Aumentarán las ayudas económicas públicas para los trabajadores con hijos a su cargo".



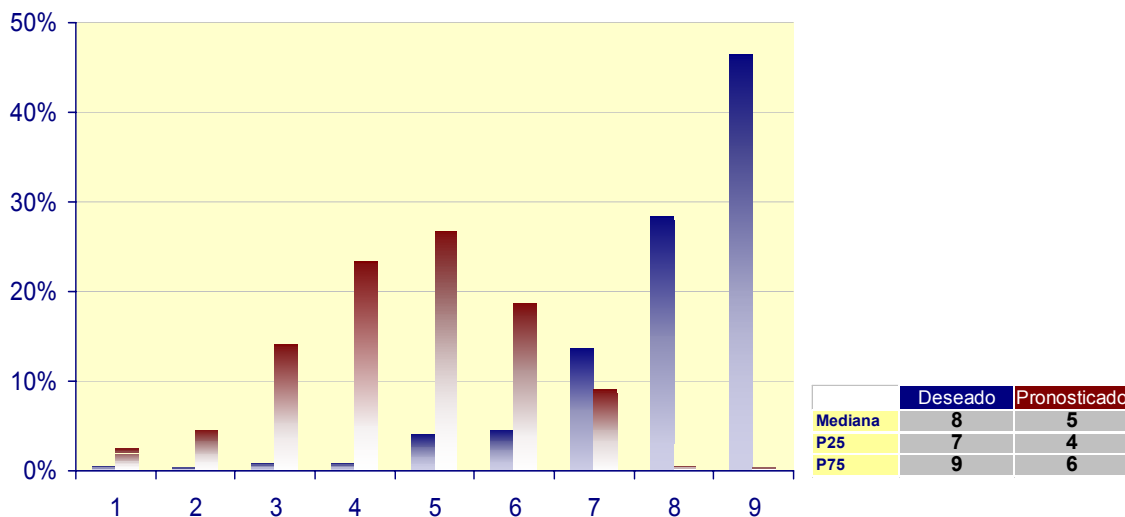
Las respuestas sobre la extensión de formas de trabajo temporal orientadas hacia progenitores con hijos a su cargo siguen un patrón semejante, aunque mostrando un menor acuerdo, tanto respecto a su deseabilidad como en su previsión. Un 74% de los encuestados expresan sus deseos de manera positiva -7 a 9-, pero la confianza en su materialización es débil: tan solo un 12% cree que se adoptaran dichas medidas, mientras un 75% de las respuestas se sitúan en el intervalo de incertidumbre y reserva definido entre el 4 y el 6.

Figura 2.10 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se extenderán formas de trabajo temporal destinadas básicamente a progenitores con hijos a su cuidado”.



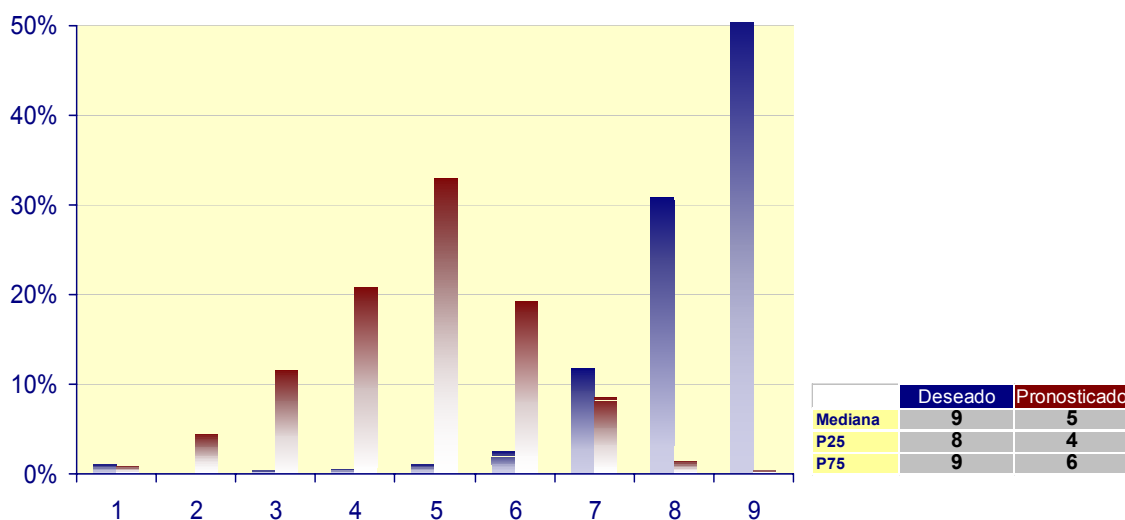
Tampoco cree el panel que se vayan a producir modificaciones legislativas favorecedoras del acceso a empleos estables de las trabajadoras con hijos— mejora de la regulación de la conciliación de vida laboral —, con un 45 % de encuestados que muestran unas expectativas netamente negativas. Resulta especialmente llamativa esta desconfianza en la capacidad de los representantes públicos para dar respuesta a necesidades percibidas como claramente deseables por el 89% de los participantes, y que concentran el 75% de puntuaciones asignadas alrededor del 8 y 9.

Figura 2.11 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se producirán modificaciones legislativas para mejorar el acceso de trabajadores con hijos a empleos fijos y reducir el impacto negativo de su cuidado en la carrera profesional (mejora de leyes de conciliación de vida laboral)”.



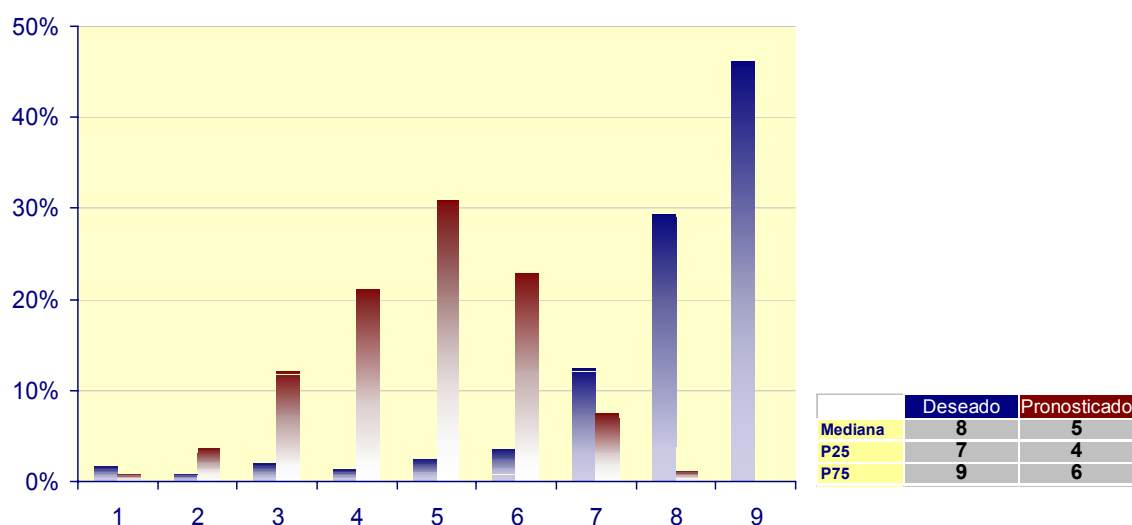
Las perspectivas sobre un aumento de la presión social tendente a equiparar el papel de hombres y mujeres en el cuidado de los mayores y enfermos muestran importantes discrepancias. Aunque el 94% desean que aumente - mediana de 9 y 52% de las respuestas asignadas a este valor-, la confianza en que ello se produzca está sumamente escindida. El 33% asignan una puntuación de desconfianza representada por el 5 que se constituye también en mediana, mientras tan sólo el 10% confía en el aumento de la presión social puntuando de 7 a 9.

Figura 2.12 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Aumentará la presión social tendente a equiparar el papel de hombres y mujeres en el cuidado de los mayores, enfermos y discapacitados”.



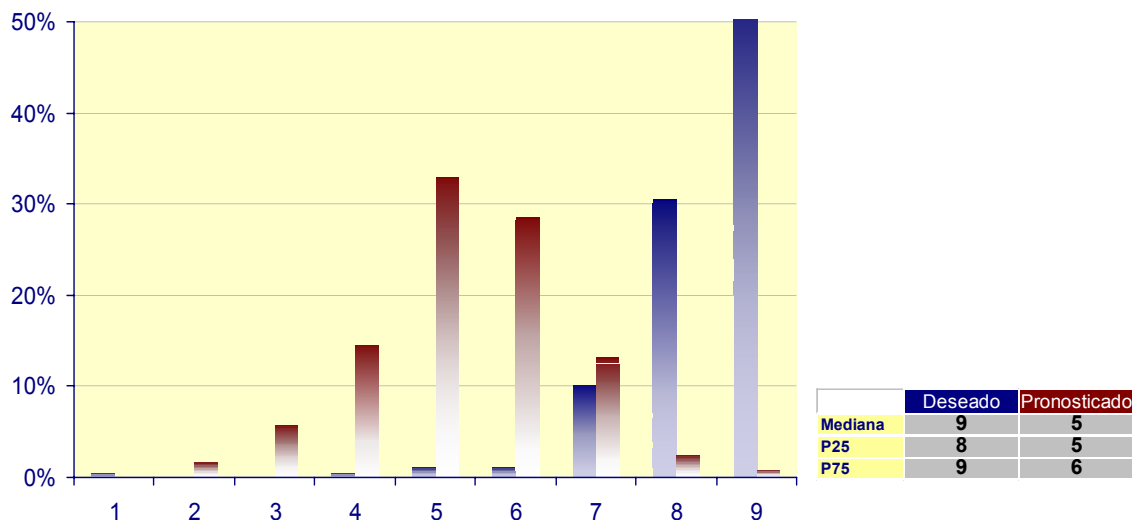
El aumento de las aún muy incipientes prestaciones económicas para los cuidadores informales es considerado como deseable por una clara mayoría del 88%. Sin embargo el 75% de los consultados se agrupan entre la indiferencia y la desconfianza respecto a su real puesta en marcha, concentrándose alrededor de una puntuación de 5.

Figura 2.13 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Aumentarán las incipientes prestaciones económicas públicas y sus cuantías para las cuidadoras/es informales”.



La “formalización” – entendida como lo opuesto a su actual dispensación “informal” - de los cuidados domésticos a niños y mayores dependientes a través de programas públicos de asistencia domiciliaria, ayudas domésticas o comidas a domicilio es percibida como altamente deseable, con una mediana de 9, puntuación que aún el 56% de las respuestas. A pesar de tan claro deseo, sólo el 45% confían en que esto suceda, con un 76% agrupados alrededor de la indiferencia del 5, que coincide con la puntuación mediana.

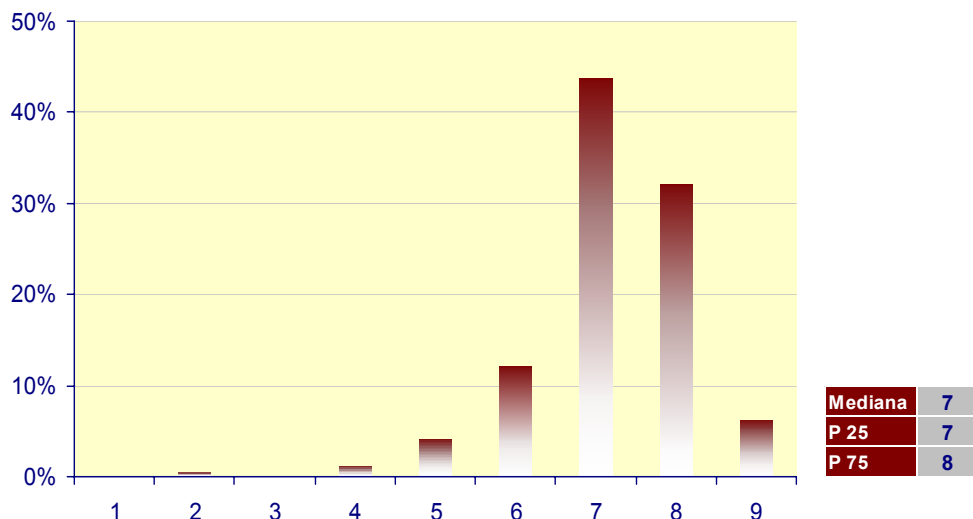
Figura 2.14 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se “formalizaran” muchos de estos cuidados (cuidado domiciliario de enfermos, atención a personas de edad con determinada dependencia, etc.), ahora informales, mediante la extensión de su provisión por las administraciones públicas (cuidado domiciliario, ayudas domésticas, “comidas sobre ruedas)””.



Cambio en los roles tradicionales

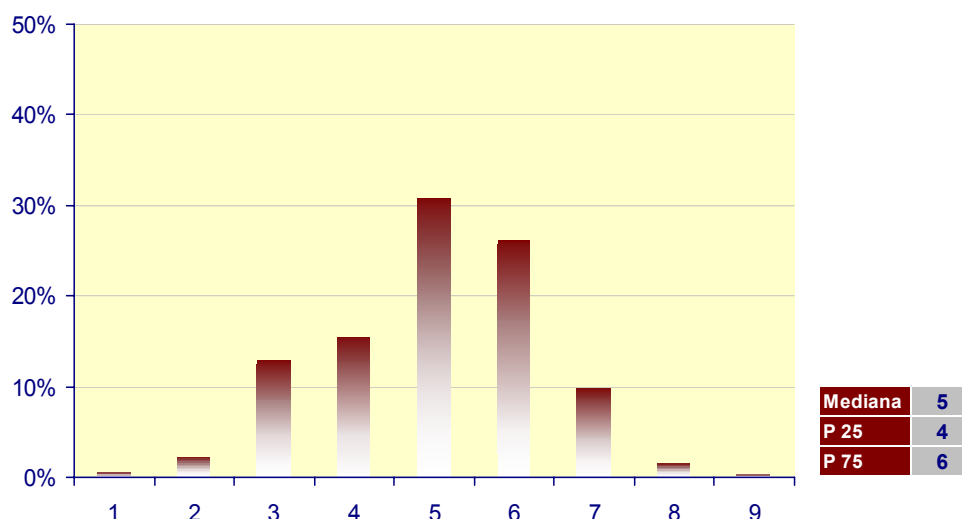
Se aprecia un alto acuerdo a la hora de predecir un aumento de la proporción de familias monoparentales, básicamente configuradas por mujeres y sus hijos, con una mediana de 7, concentrándose el 82% de las respuestas entre 7 y 9.

Figura 2.15 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Aumentará la proporción de familias monoparentales, principalmente compuestas por mujeres y sus hijos”.



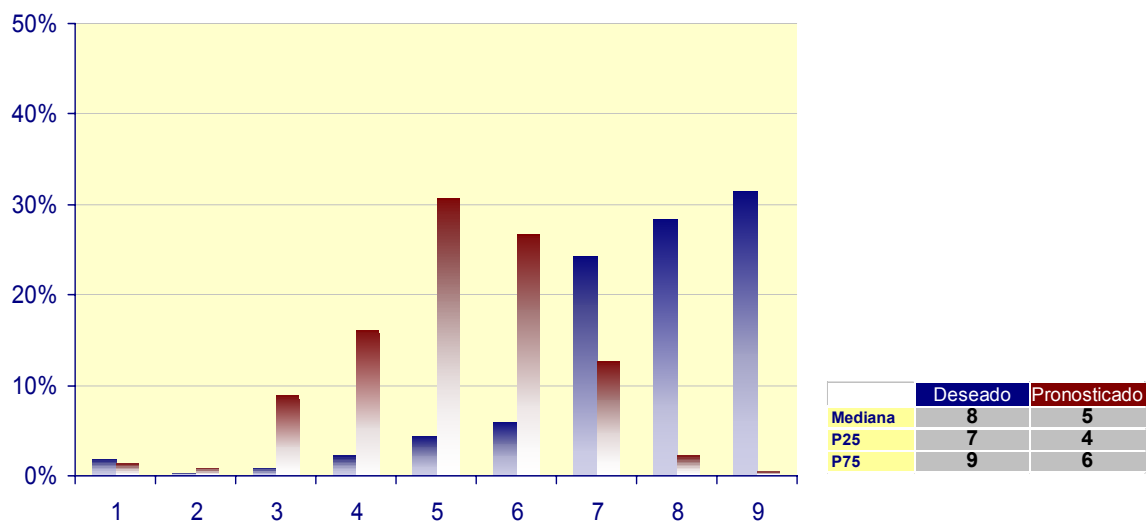
Como complemento a la anterior predicción sobre el incremento de estructuras de convivencia monoparentales, la previsión respecto a la redefinición de roles familiares, con un aumento de la proporción de mujeres sustentadoras principales del hogar y de hombres dedicados al cuidado de la familia es mucho menos compartida. Las respuestas se agrupan alrededor del 5 (mediana), predominando los pronósticos pesimistas que expresan un desacuerdo con el vaticinio propuesto a los panelistas.

Figura 2.16 Distribución de pronósticos ante la afirmación: "Aumentará el número de mujeres sustentadoras principales del hogar y el de hombres dedicados al cuidado de la familia".



Menor entusiasmo y menor acuerdo concita la propuesta relativa a los incentivos para que los varones se acojan a las medidas facilitadoras del cuidado de los hijos. Pese al neto sesgo favorable – 84% de respuestas en el tramo claramente afirmativo comprendido entre el 7 y el 9 – parecen existir reservas considerables, ya que la expresión máxima de deseo (la puntuación más elevada) sólo es secundada por un 32%. Las expectativas -pronósticos de ocurrencia real-nuevamente resultan moderadamente pesimistas, con un 15% confiadas en que se produzcan en alguna medida (7 a 9), un 73% de desconfiadas (4 a 6) y un 15% de desesperanzadas sin remedio (1 a 3).

Figura 2.17 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se incentivará que sean los hombres quienes puedan acogerse a las medidas facilitadoras del cuidado de los hijos. Extensión de los “permisos por paternidad””.



Apartado 3. Salud Reproductiva

Según la Plataforma para la Acción “Salud y Mujer” de la Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas, la salud reproductiva comprende la capacidad de las personas para tener una vida sexual gratificante, la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo decidan.

El derecho de las mujeres y los hombres a ser informados y tener acceso a instrumentos de su elección seguros, efectivos y aceptables de planificación familiar se encuentra implícito en esta cláusula. También el derecho a hacer uso de los métodos de regulación de la fertilidad que se prefieran, y a recibir la atención sanitaria adecuada durante el embarazo y el parto, para maximizar las probabilidades de un alumbramiento en las mejores condiciones para la madre y los hijos.

Desde este punto de vista la medicina reproductiva se define por las Naciones Unidas como *“la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud. Incluye asimismo la salud sexual y no meramente el consejo y la atención asociados con la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual”*¹⁰.

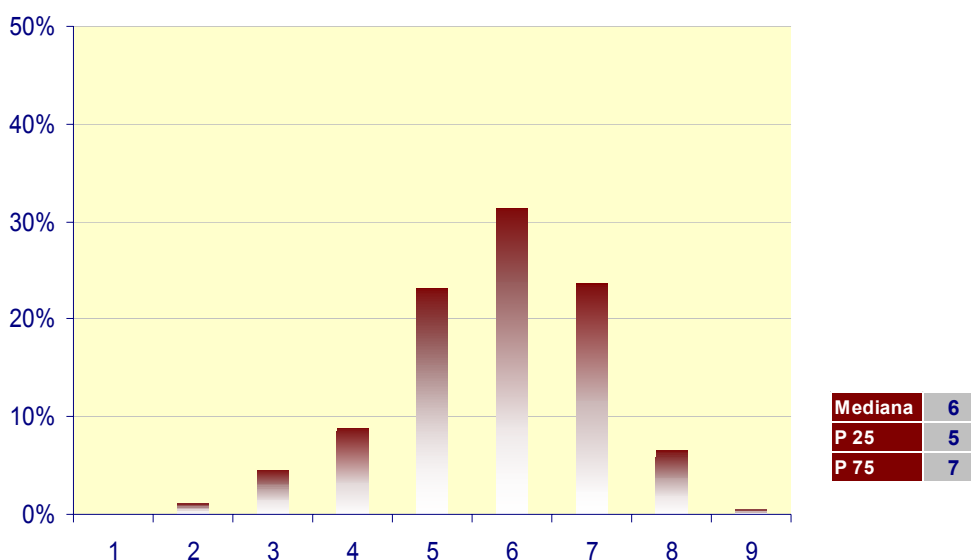
A pesar de la cobertura “universal” que los sistemas públicos de salud ofrecen a ambos sexos, las mujeres experimentan dificultades en el acceso a determinados servicios por causas diversas. Entre las más documentadas señalamos aquí la reducción – encubierta o solapada - de la oferta existente, como algunos servicios públicos de planificación familiar, barreras a la utilización de prestaciones públicas autorizadas - al tiempo que “estigmatizadas” – como la interrupción voluntaria del embarazo, la discrecionalidad sin fundamento científico de actuación de los profesionales sanitarios o las barreras de lenguaje y comunicación.

Estas situaciones despiertan especial rechazo en las usuarias de los servicios de la medicina reproductiva donde no es infrecuente que el “precio” del acceso a los beneficios de la innovación tecnológica, pueda suponer una pérdida significativa de autodeterminación y capacidad de decisión informada por parte de la mujer. Esto sucede cuando el juicio y las preferencias personales del personal sanitario se imponen a la elección personal de las interesadas, la limitan o ignoran ¹¹.

Por su especial significación, el presente apartado se estructura para dar un tratamiento singularizado a las respuestas obtenidas acerca de distintas dimensiones críticas relacionadas con la dimensión “reproductiva” de la salud de las mujeres.

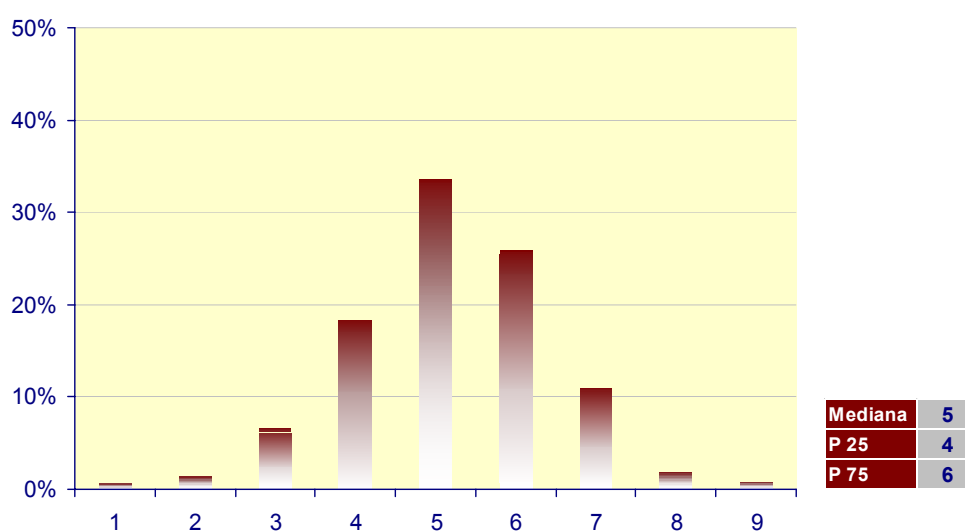
La confianza en importante avances en cuanto al control de la natalidad en la población adolescente es sumamente moderada. Las respuestas expresan una marcada preferencia por una puntuación de 6, siendo ésta tanto el valor de la mediana como la puntuación en que se da una mayoritaria concentración de frecuencias. Cabe pues describir las expectativas de ocurrencia real como muy tibias.

Figura 3.1 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Los progresos y el acceso a la educación sexual y a las prestaciones anticonceptivas y de planificación familiar y salud reproductiva harán disminuir el número de embarazos no deseados entre adolescentes”.



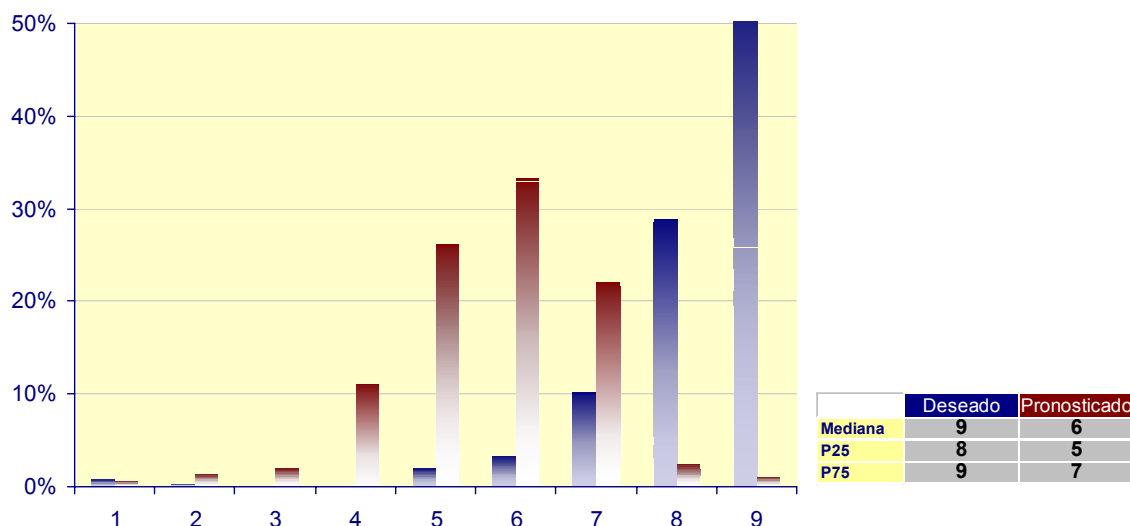
Aún menor confianza demuestra el panel sobre la efectividad de focalizar en los varones las estrategias de educación sexual con una mediana de valoración «neutra», cifrada en 5 puntos, alrededor de la cual se agrupan el 78% de las respuestas.

Figura 3.2 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “La reorientación de las estrategias de educación sexual y consejo anticonceptivo, aumentando su actuación sobre los jóvenes (varones) contribuirá decisivamente a disminuir el número de embarazos no deseados entre adolescentes”.



El acuerdo en la aspiración de contar con políticas más activas en la prevención de embarazos no deseados es prácticamente unánime – 94% -, con una mediana de 9. Sin embargo la confianza en que se vayan a llevar a cabo actuaciones sustantivas en este ámbito es sólo moderada, pues aunque un 59% esperan avances en esa línea, el 70% se posiciona alrededor de valores de escasa definición, siendo la puntuación mediana – el 6 – la que concita la mayor proporción de respuestas: un 33%.

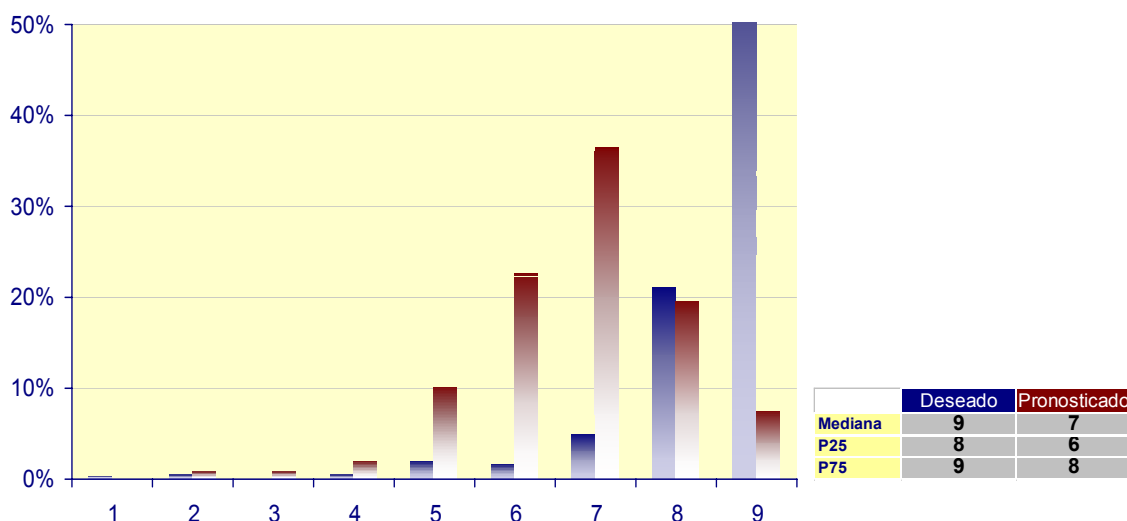
Figura 3.3 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se desarrollarán políticas más activas de prevención de embarazos no deseados de adolescentes, incluyendo la educación y consulta personalizada y sin necesidad de intermediarios o tutores”.



Para indagar sobre el ejercicio de participación real de las mujeres en decisiones que conciernen a sus preferencias y al respeto a su integridad física, se consultó al panel respecto a algunas cuestiones críticas como la capacidad de elección del tipo de parto, de decisión sobre la anestesia epidural, o el requerimiento de su autorización explícita para la práctica de una episiotomía.

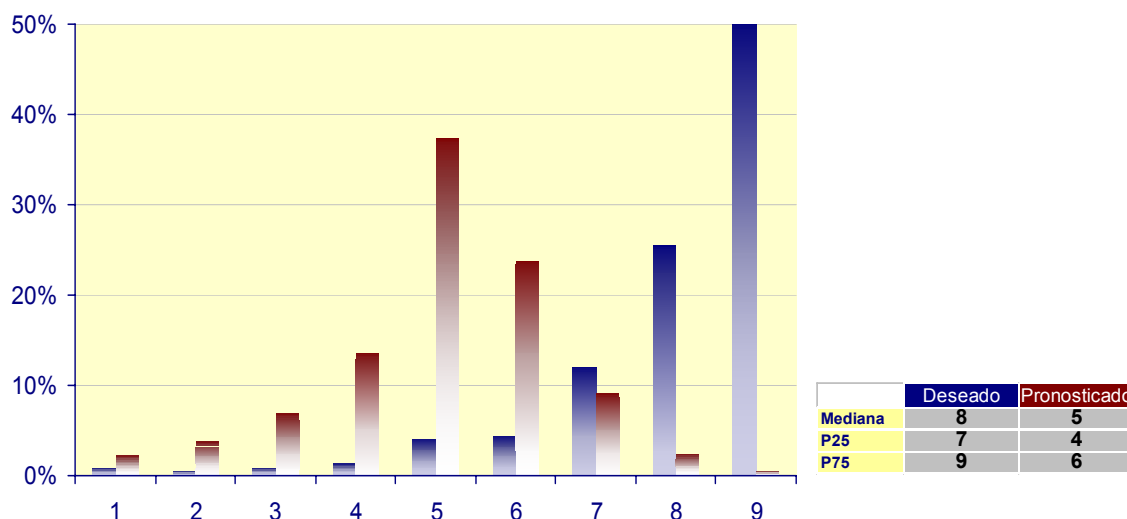
El 97% de panelistas expresan su preferencia a favor de que la anestesia epidural obstétrica sea una prestación analgésica opcional garantizada en el sistema público, en lugar de la imperante discrecionalidad actual. Esa preferencia es muy marcada en una mayoría cualificada de respuestas – 69% - que le asigna directamente un 9. En cuanto a las expectativas de su materialización efectiva, el panel muestra un optimismo de una intensidad moderadamente alta: 64% puntuaron de 7 a 9, y el 7 concitó el 36% de las respuestas.

Figura 3.4 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “La anestesia epidural obstétrica será una prestación analgésica opcional garantizada, en lugar de una prestación discrecional”.



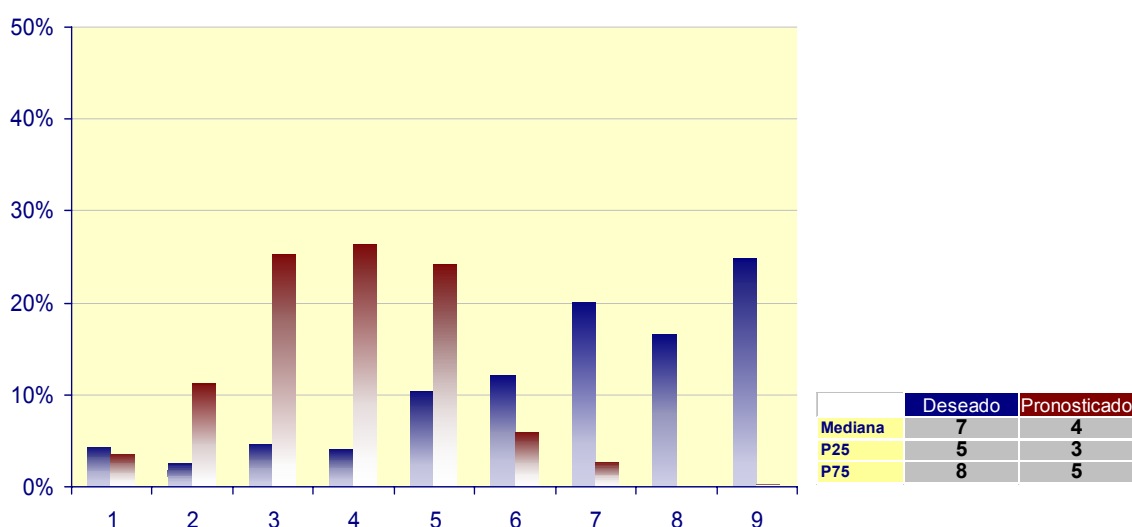
Respecto a la deseabilidad de la existencia de sistemas de vigilancia que contribuyan a reducir las cifras de episiotomías practicadas sin consentimiento, el 50% de las respuestas se centran en el 9, al tiempo que un 92% lo considera deseable (puntuando entre 7 y 9). Siguiendo un patrón constatado con frecuencia en este informe, tal intensidad en la expresión de las aspiraciones del panel no lleva aparejada una similar esperanza en su concreción, ya que sólo el 36% confía en ésta y aun de manera moderada, con el 74% de las predicciones situadas alrededor del inconclusivo 5.

Figura 3.5 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Existirán sistemas de vigilancia que contribuirán a reducir las muy variables cifras de episiotomías que se practican en nuestro país (Hasta un 97% de las primíparas y el 87% de todas las parturientas)”.



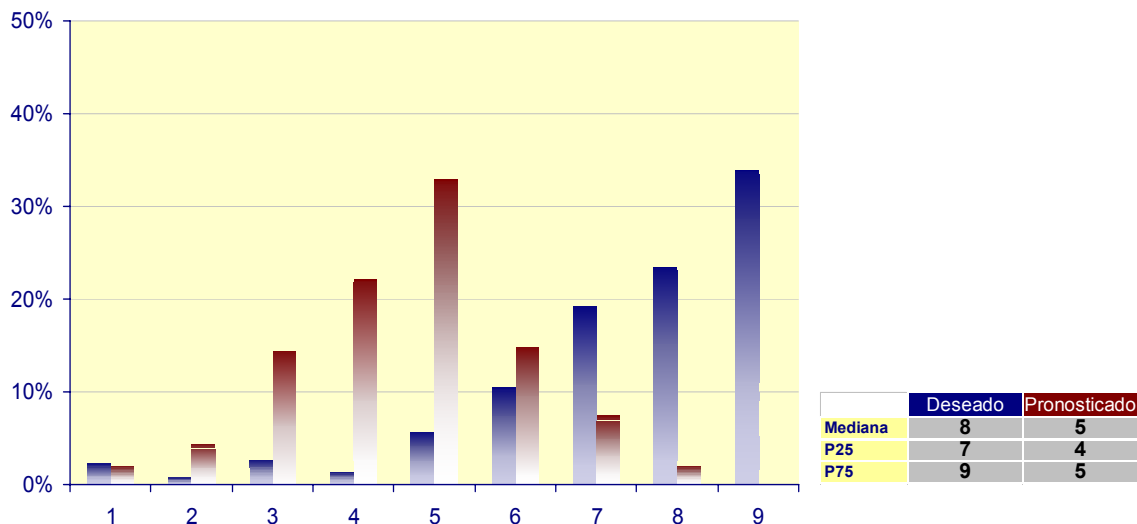
Las preferencias por un aumento de alternativas de alumbramiento acordes con los valores y preferencias de las madres -como el parto domiciliario o en general la posibilidad de parto “a la carta”- son compartidas por un 74% del panel. Por el contrario, las expectativas de que estas opciones se materialicen son mínimas: tan sólo un 3% confía en su desarrollo en los próximos años, un 40% no lo espera en modo alguno y el 56% restante se ubica en la incertidumbre.

Figura 3.6 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Aumentará la presencia de alternativas de alumbramiento desmedicalizadas como el parto domiciliario (y en general la posibilidad de parto “a la carta”, según las preferencias de la madre)”.



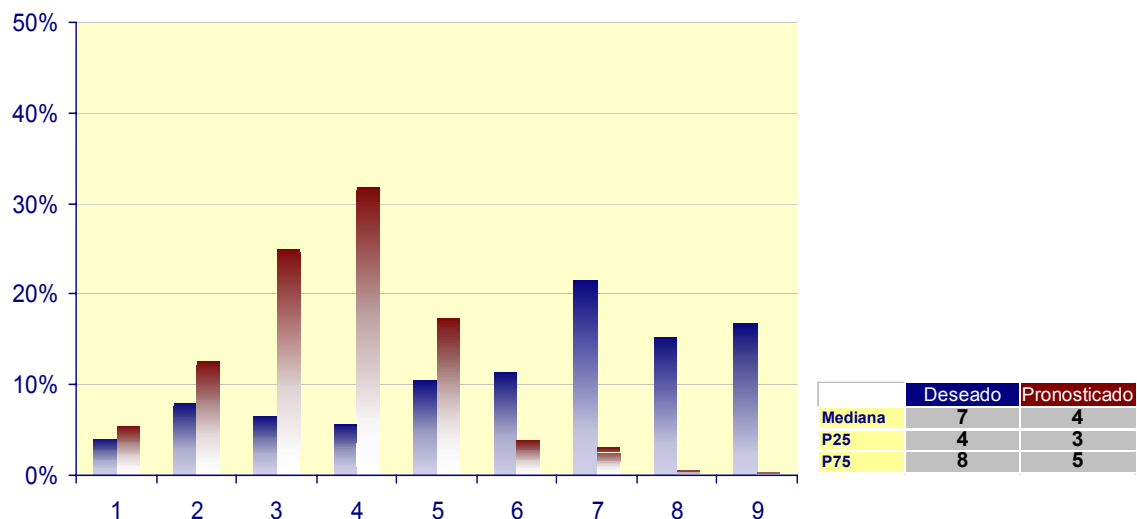
Una amplia fracción consultada –un 76% asignando una puntuación alrededor del 8 y más de un tercio expresando el máximo valor de “deseo”, que es de 9 – se manifiesta favorable a que los tratamientos de fertilización, y demás alternativas reproductivas sean prestadas con carácter general con cargo al sistema público. Pero sólo el 9% confía verlo en el horizonte de los próximos 15 años, mientras el 20% lo descartan, configurando una distribución de pronósticos de ocurrencia con una mediana situada en el 4.

Figura 3.7 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Los tratamientos de fertilización, implantación de material genético viable y otras alternativas reproductivas serán prestadas con carácter general con cargo al sistema público, en el horizonte de los próximos 15 años”.



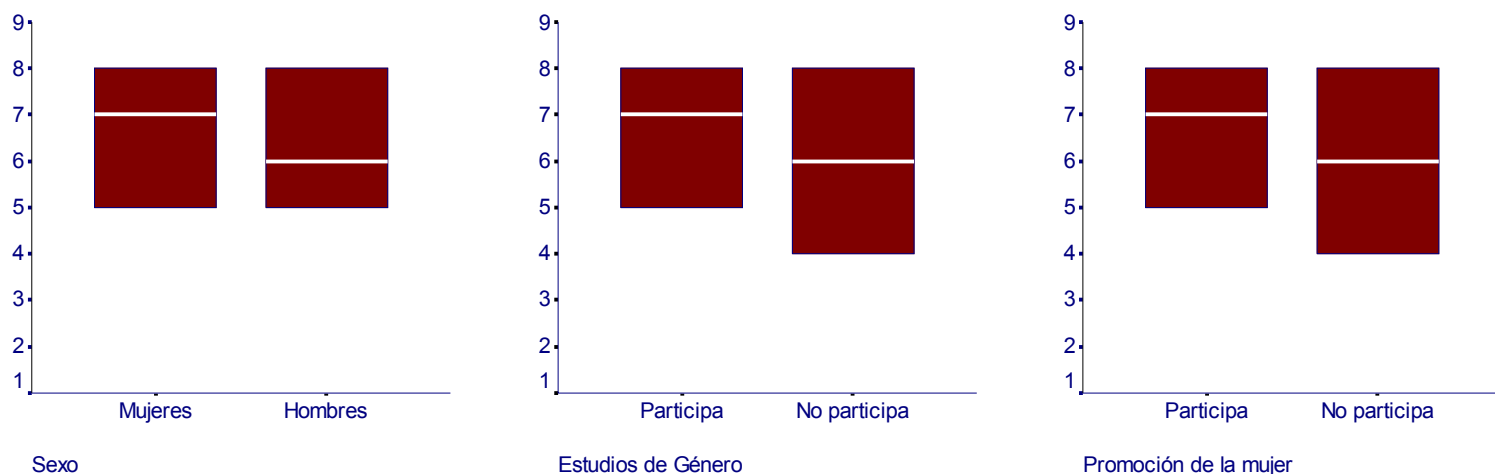
Respecto a los requisitos para tener hijos con medios asistidos o por adopción, el 53% expresa el deseo de que se equiparen a los exigidos para tenerlos por medios “naturales”, sin necesidad de pruebas psicológicas ni contenciosos sobre la propiedad de los gametos, opción a la que se opone un 18%. En cuanto a las predicciones, el panel no espera que se materialice esta situación, ya que un 43% puntúan en el intervalo de rechazo o desconfianza (de 1 a 3) y un 53 en el atribuido a la incertidumbre (de 4 a 6).

Figura 3.8 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Los requisitos para tener hijos con medios asistidos o por adopción serán los mismos que para tenerlos con medios “naturales” sin necesidad de pruebas psicológicas ni contenciosos sobre la propiedad de los gametos”.



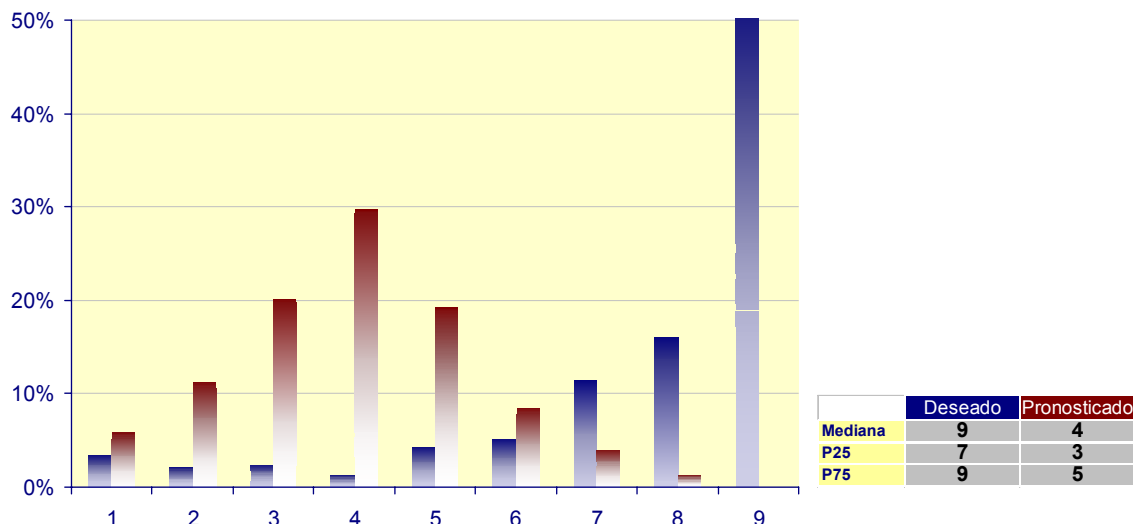
El análisis por subgrupos del panel –realizado en base a la elevada dispersión de los deseos expresados- no evidenció diferencias de gran calado que manifestasen posturas diferentes en cuanto a lo deseable o previsible de la afirmación propuesta, aunque los grupos más directamente implicados en esta cuestión (mujeres vs. hombres, estudiosos de género vs. no estudiosos y participantes en asociaciones de promoción de la mujer vs. no participantes) se mostraron en conjunto más decididos en su apoyo afirmativo.

Figura 3.9 Distribución de deseos por sexo, participación o no en estudios de género o en asociaciones de promoción de la mujer a la afirmación: “Los requisitos para tener hijos con medios asistidos o por adopción serán los mismos que para tenerlos con medios “naturales”...”.



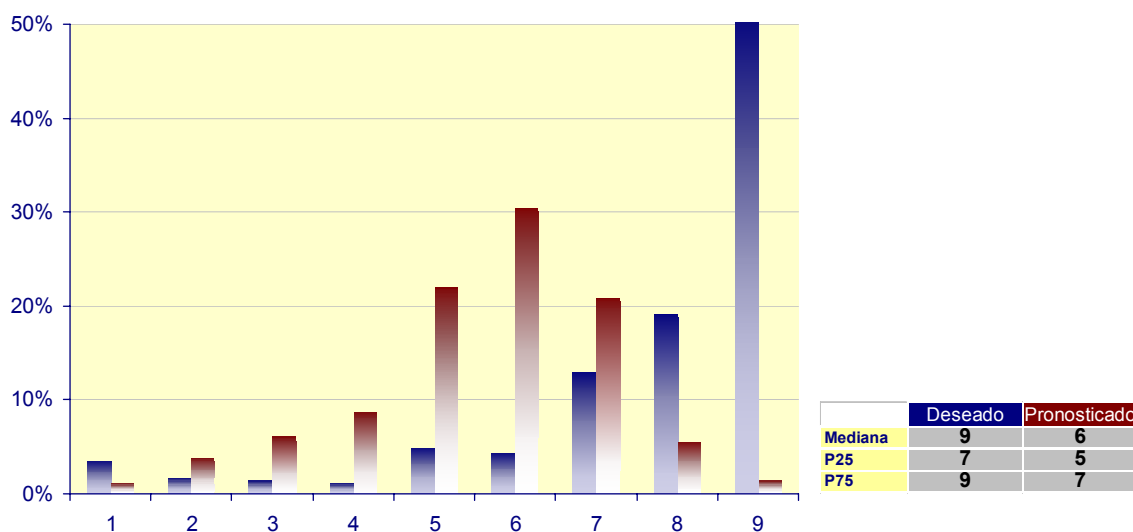
Consultados por la generalización de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo por los centros sanitarios públicos, el 81% prefieren esta alternativa a la actual provisión mayoritariamente privada. Al mismo tiempo sólo un tenaz 5% confía que estos deseos se vayan a hacer realidad, distribuyéndose el resto entre un incierto 57% y un relevante 37% que muestra un abierto escepticismo.

Figura 3.10 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se generalizará efectivamente la prestación de interrupción voluntaria del embarazo en la cartera de servicios de los centros sanitarios públicos (Recuérdese que hoy en día más del 95% de las interrupciones voluntarias del embarazo se realizan extramuros del sistema público)”.



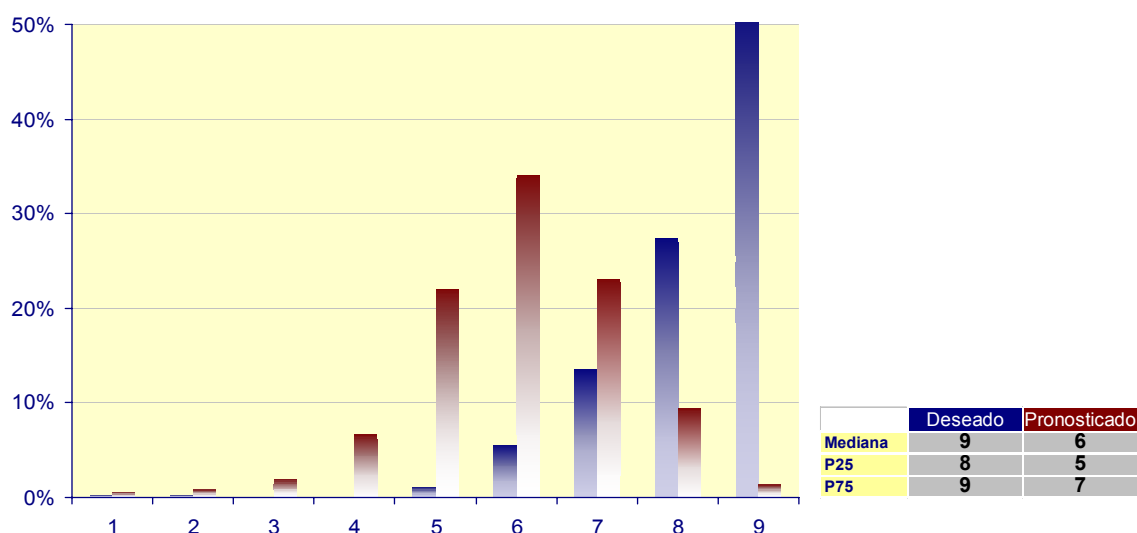
También la potenciación de formas no quirúrgicas de interrupción voluntaria del embarazo es vista como deseable por el 83% del panel y como muy deseable por el 50% que la califica con un 9. Asimismo existe una relativa confianza – 28% - en que se lleve a cabo, aunque un 61% de respuestas se sitúan en el intervalo de puntuación poco explícita de 4 a 6.

Figura 3.11 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se potenciarán formas no quirúrgicas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)”.



El deseo de un incremento de servicios como los de diagnóstico prenatal y asesoramiento reproductivo es compartido por una absoluta mayoría del 98%, con un 79% mostrando preferencias muy marcadas y elevadas, que llevan a calificar con 8 y 9 su identificación con el pronóstico. También es relativamente elevada la proporción de quienes confían en la extensión de estos servicios, un 68% netamente optimistas, aunque con una intensidad más matizada: 57% en el 6,5.

Figura 3.12 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se incrementarán los servicios no estrictamente terapéuticos, como los de diagnóstico prenatal y asesoramiento reproductivo”.



Apartado 4. Los servicios sanitarios y las mujeres

Si aspiramos a que nuestro sistema sanitario público, en el primer cuarto del nuevo siglo, garantice la igualdad de resultados en salud sin discriminación de sexo ni de género, su organización y oferta de servicios deben asentarse en la comprensión y la respuesta de la sociedad, los políticos y los profesionales de la salud a las diferencias biológicas y sociales entre hombres y mujeres, y, de manera destacada, al entendimiento desprovisto de sesgos del efecto de la asunción de unos roles sociales determinados por el sexo desfavorables para las mujeres en términos de salud y en términos de equidad efectiva de acceso y utilización de las prestaciones sanitarias en función de las necesidades específicas de hombres y mujeres¹².

En Sanidad el análisis de género de la política sanitaria y de sus constantes propuestas de reforma proporciona formas pragmáticas de conocimiento y comprensión de las diferencias en el riesgo y la exposición así como las respuestas sociales y culturales distintas a la educación sanitaria, la prevención y la vivencia de la enfermedad en hombres y mujeres¹³.

La incapacidad de llevar a cabo una modernización organizativa conmensurable con el nivel de los conocimientos científicos alcanzados, la buena práctica profesional y la mejor cultura de gestión al alcance, supone también un motivo de limitación del acceso de las mujeres a una atención de calidad y más acorde con sus necesidades, como se ha puesto de manifiesto en diversos países de nuestra área en relación con la modificación del potencial de mortalidad oncológica femenina, a partir de una mejor integración de niveles, tecnología y competencias profesionales y la drástica reducción de tiempos de espera y acceso a tratamientos especializados¹⁴.

Paralelamente, en áreas no especializadas en problemas de salud asociados biológicamente a las mujeres – es decir cuando ambos sexos comparten los mismos problemas de salud- se pueden producir situaciones de acceso sesgadas desfavorablemente para las mujeres.

No hay que olvidar, además, que la expresión “techo de cristal” sigue siendo una manera de referirse al conjunto más o menos sutil pero poderoso de barreras de acceso de las mujeres a altos cargos y en las posiciones clave de los procesos de decisión. Es especialmente llamativo que en el ámbito de la sanidad donde las mujeres son una indiscutible mayoría en términos absolutos – 75% de los trabajadores de la sanidad según Lesley Doyal¹⁵ y de la composición por sexos en todos los niveles de la estructura asistencial, ven restringida su participación – sistemáticamente minoritaria y subordinada -, e influencia en los órganos estratégicos de dirección y gestión del sistema sanitario y de desarrollo en los órganos de gobierno de las profesiones de la salud.

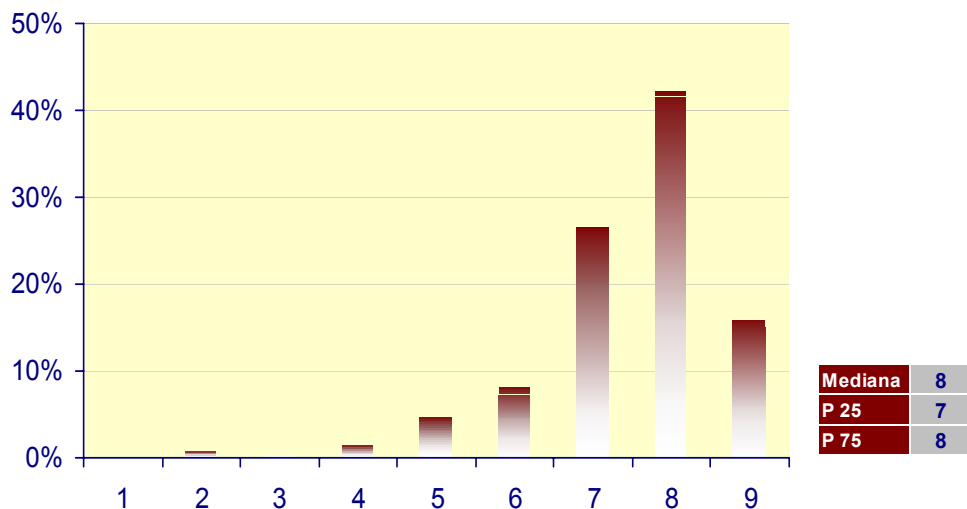
En este capítulo se presta atención a las predicciones y preferencias de los panelistas acerca de posibles cambios en la sensibilidad y capacidad de respuesta del sistema sanitario público a situaciones de discriminación e inequidad del tipo comentado, tal como se perciben en nuestro país. Los resultados en el presente capítulo se estructuran en 4 apartados:

- Determinantes de la salud: referido a las respuestas sobre la valoración prospectiva de ciertos condicionantes de la salud que se supone que afectarán al colectivo de mujeres en los próximos 15 años.
- Configuración de los servicios sanitarios: reuniendo las manifestaciones de posicionamiento respecto a problemas de acceso e insuficiencias de atención del sistema sanitario a necesidades específicas de salud de las mujeres.
- Las profesionales sanitarias y su papel en la redefinición de los servicios de salud: abordando la desigual visibilidad y poder de decisión de la mujer en las instancias clave de decisión de las instituciones sanitarias y las profesiones de la salud.
- Capacitación (“empowerment”) de las pacientes: estableciendo la deseabilidad y la creencia de los consultados en la ocurrencia de que las mujeres asuman cotas mayores y significativas de poder con relación a las decisiones clínicas que les afectan y a las decisiones sobre la configuración organizativa del sistema sanitario, frente a la asunción pasiva de las decisiones de los profesionales y de los órganos de dirección y gestión del sistema sanitario.

Determinantes de la Salud

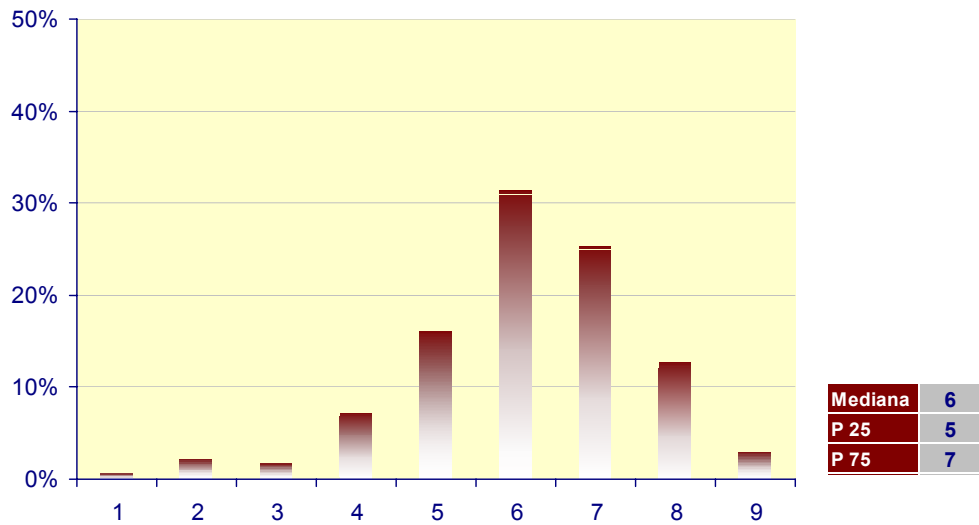
Las predicciones sobre el incremento de patologías asociadas al tabaquismo y el alcohol muestran la coincidencia del panel para identificar de manera clara diferencias de riesgos. La predicción sobre las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco muestra un consenso nítido, con mediana 8 y con una concentración del 85% de las respuestas alrededor de esta puntuación, al tiempo que apenas un 1% rechaza la afirmación.

Figura 4.1 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Aumentará el número de mujeres con enfermedades asociadas al hábito de fumar: cardiovasculares, EPOC (enfisema, bronquitis), cáncer de pulmón, cáncer de laringe, etc”.



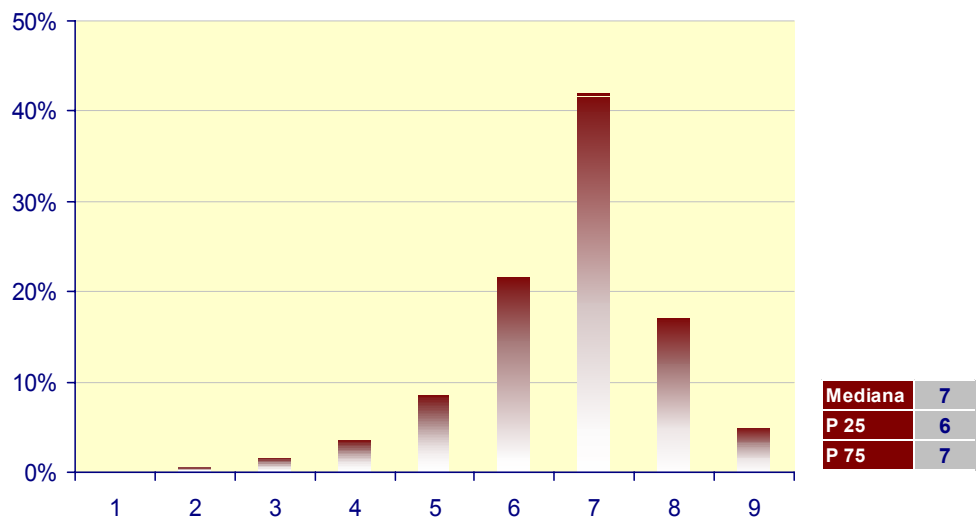
Por su parte, la misma afirmación referida a los riesgos asociados al alcohol alcanza un acuerdo sensiblemente menor: mediana de 6, y tan sólo un 41% de contestaciones alrededor del 8.

Figura 4.2 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Aumentará el número de mujeres con enfermedades asociadas al abuso de alcohol: cirrosis, cáncer hepático, cáncer de cavidad bucal y faringe, accidentes, etc”.



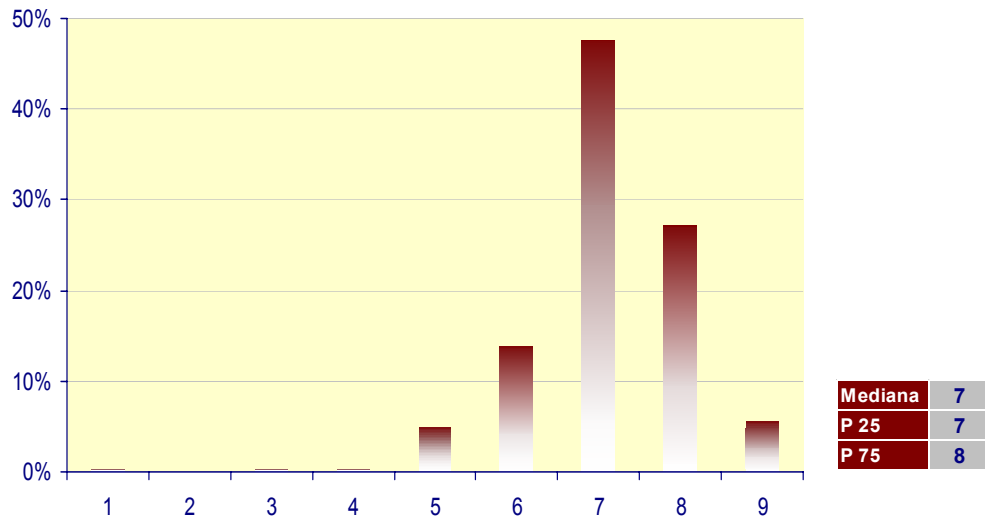
De manera coherente con lo anterior, la pregunta referida a la proliferación de campañas dirigidas a inducir selectivamente entre las mujeres el consumo de tabaco y alcohol alcanza una mediana de 7, con el 64% de las respuestas articuladas alrededor de 8.

Figura 4.3 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Las mujeres serán, cada vez más, el objetivo de campañas de inducción de consumos con efectos nocivos sobre la salud, como el tabaco, alcohol, etc”.



La preocupación por el ejercicio para paliar los efectos del sedentarismo se prevé consistentemente como una tendencia emergente. El 80% de las respuestas lo son en sentido positivo (intervalo 7 a 9), con un 48% de respuestas directamente en el 7.

Figura 4.4 Distribución de pronósticos ante la afirmación: "Aumentará la preocupación por la realización de ejercicio físico y deportes para paliar los efectos del sedentarismo".



El panel muestra una elevada coincidencia en sus previsiones sobre la percepción, aceptación y remodelación "estética" del propio cuerpo por las mujeres. Las respuestas, con sendas medianas de 7, se agrupan alrededor del 8 en un 71% y un 79% de los casos respectivamente. La consulta se abstuvo de indagar sobre la deseabilidad de esta tendencia, ampliamente reconocida como creciente.

Figura 4.5 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Aumentará el número de mujeres con disfunciones en la auto percepción corporal relacionada con su peso y volumen (anorexia, excesos en las dietas, etc.)”.

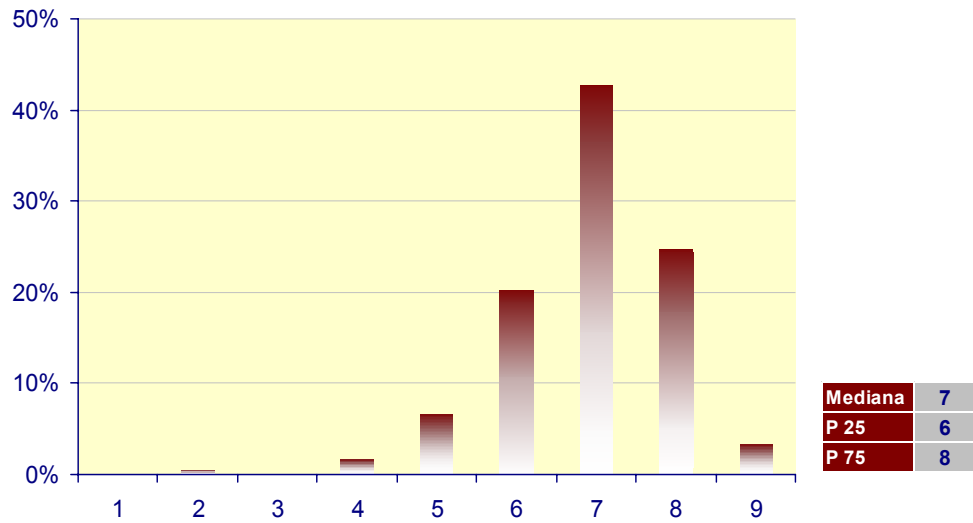
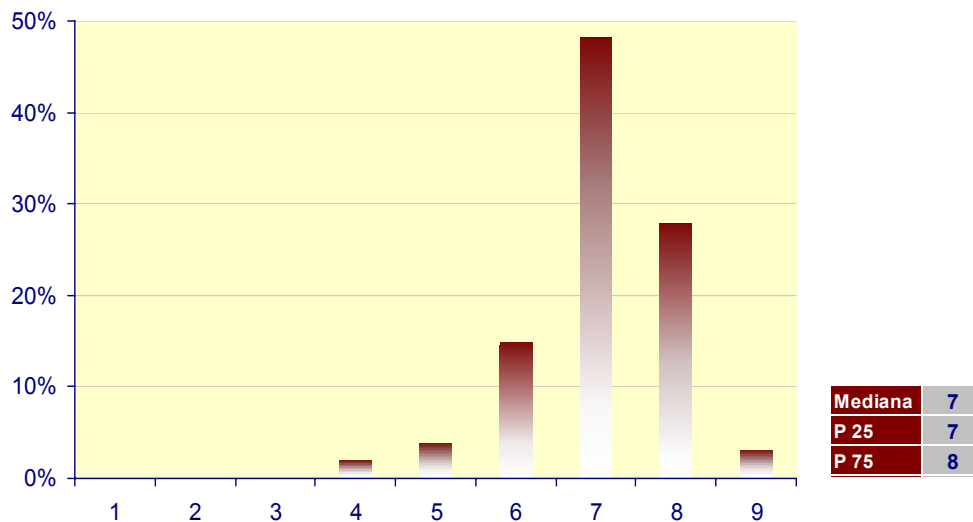
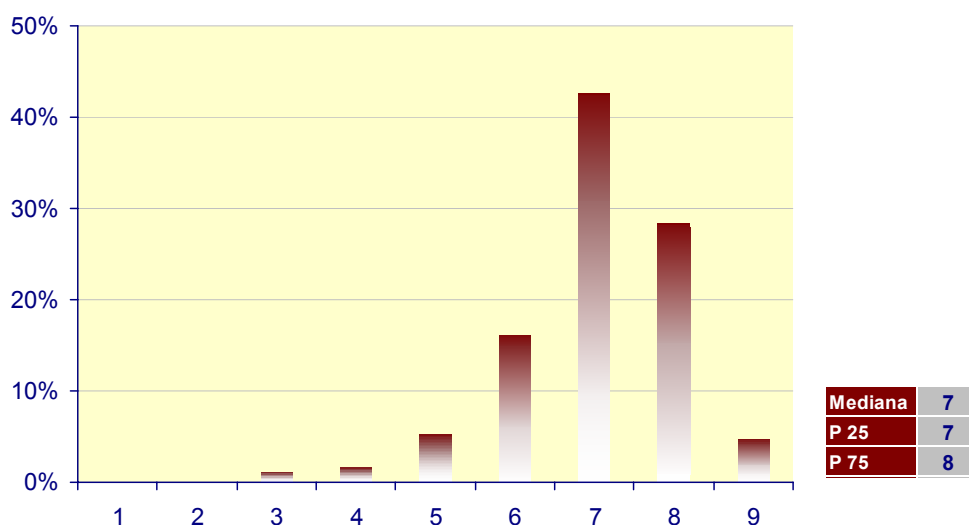


Figura 4.6 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Aumentará la aceptación y legitimación social de las prácticas de “redefinición corporal” (extensión del recurso a la cirugía plástica, prótesis estéticas y similares)”.



Las actividades de prevención de la osteoporosis y los trastornos osteoarticulares son vistas mayoritariamente con una tendencia al alza. El 92% de las contestaciones tiene sentido afirmativo y el 71% de ellas se concentran alrededor del 7,5, con un 43% en el 7.

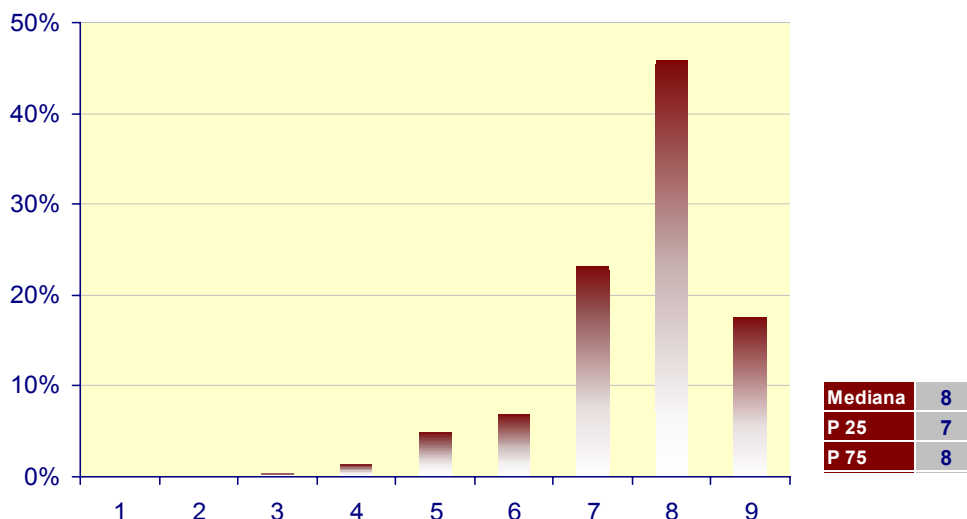
Figura 4.7 Distribución de pronósticos ante la afirmación: "Aumentarán las actividades de prevención de la osteoporosis y otras patologías osteoarticulares en las mujeres".



Configuración de los servicios sanitarios

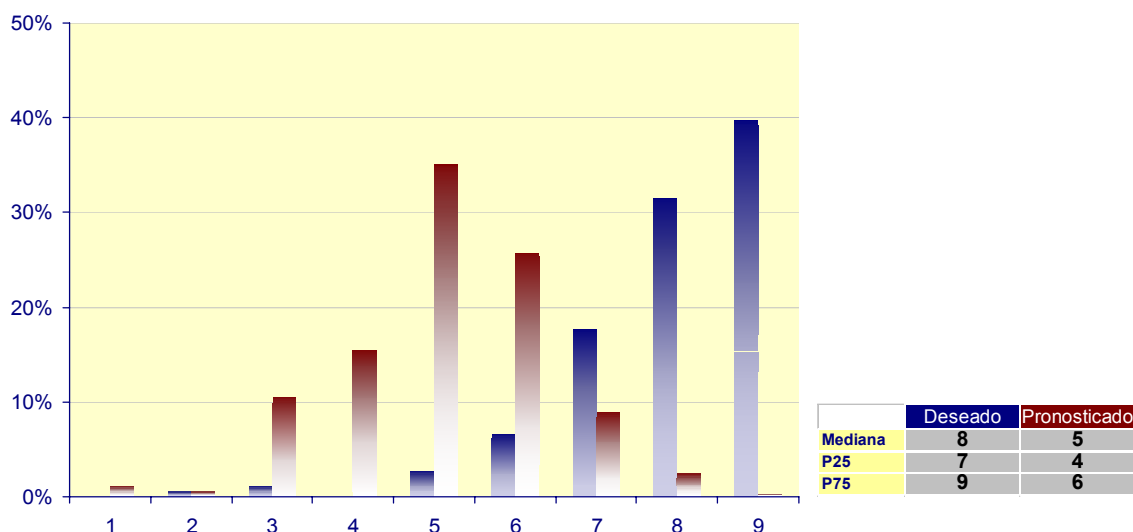
La permeabilidad y capacidad de respuesta de los servicios sanitarios a las especificidades culturales de mujeres procedentes de la inmigración y el consiguiente respeto a sus hábitos higiénico-dietéticos alcanza un elevado grado de acuerdo entre el panel consultado. La puntuación mediana es de 8, agrupándose el 88% de las respuestas entre éste y sus valores adyacentes.

Figura 4.8 Distribución de pronósticos ante la afirmación: “Se incrementará el número de (mujeres) inmigrantes, obligando a configurar unos servicios sanitarios permeables a otras culturas y atentos a las especificidades de sus hábitos sanitarios, higiénico-dietéticos, etc”.



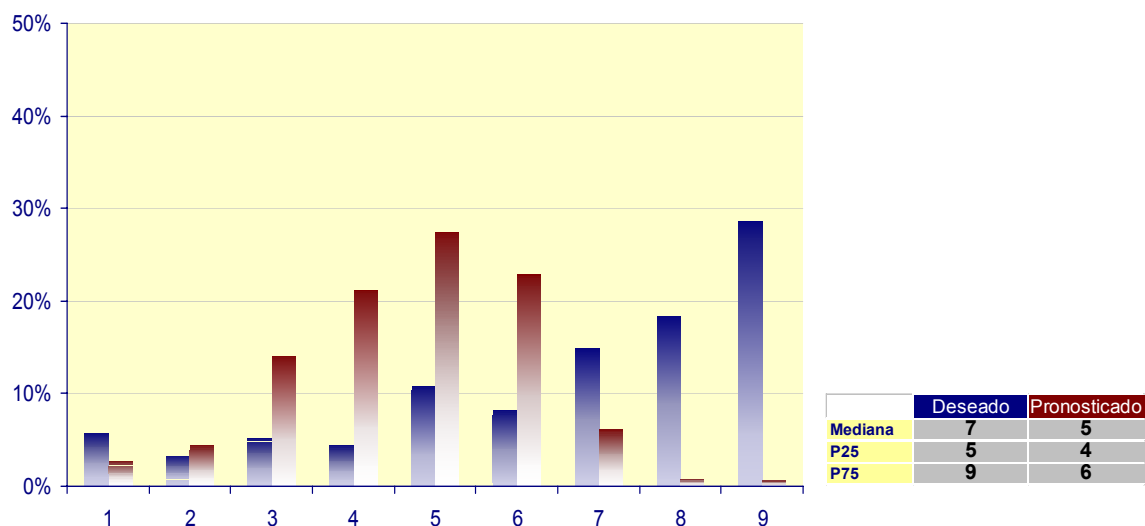
Un 96% de panelistas desean que los servicios de ginecología y obstetricia se adapten a las necesidades específicas que plantean las diferencias culturales de buena parte de su clientela futura, con un 40% de respuestas en el 9. La confianza en que se produzca dicha adaptación es mucho menor, ya que únicamente la comparten el 11%, frente a un 12% que muestra un matizado escepticismo y el resto posicionado en la desconfianza, representada por el intervalo 4 a 6.

Figura 4.9 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Los servicios de ginecología y obstetricia experimentarán una progresiva adaptación a las necesidades específicas que plantean las diferencias culturales de buena parte de su clientela futura (inmigración), tales como servicio de traducción, etc...”.



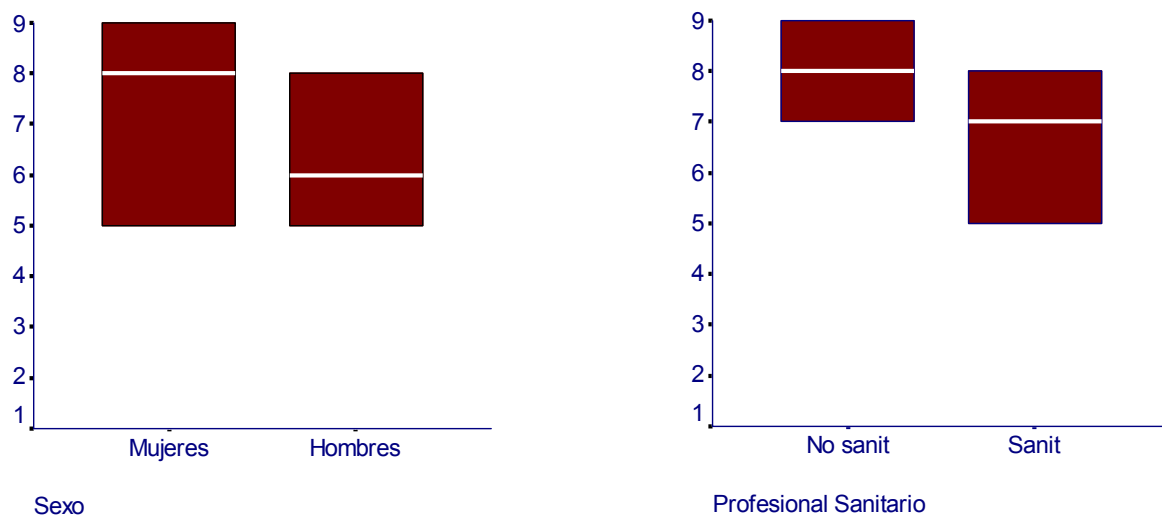
La configuración de especialidades médicas cuyo objeto sea la salud de la mujer, más allá de los problemas ligados a la sexualidad y la reproducción concita la adhesión del 62% del panel posicionado alrededor del 8 y el rechazo del 19%, con una dispersión de las respuestas alta. Las predicciones al respecto son mucho menos halagüeñas, con un 21% de participantes totalmente descreídos y un 71 % que desconfían más o menos moderadamente (puntuando de 4 a 6).

Figura 4.10 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: «Se configurará(n) una(s) especialidad(es) médica(s) cuyo objeto sea la salud de la mujer, más allá de los problemas ligados a la sexualidad y la reproducción».



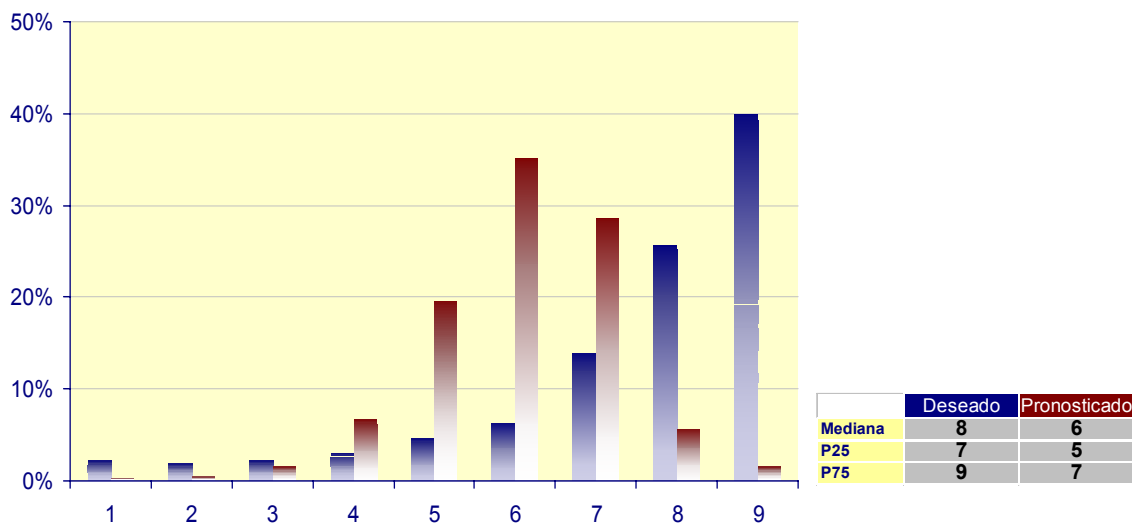
En el análisis por grupos de los pronósticos, las mujeres mostraron una voluntad más acentuada que los hombres de que se configuren este tipo de unidades (Mediana Mujeres= 8; Mediana Hombres= 6). En ese análisis se puso de manifiesto que el conjunto de profesionales sanitarios se mostró mucho menos convencido de la deseabilidad de la propuesta que el grupo de no sanitarios, con una gran dispersión en sus respuestas.

Figura 4.11 Distribución de los deseos por sexos y profesión (sanitarios versus el resto del grupo) ante la afirmación: “Se configurará(n) una(s) especialidad(es) médica(s) cuyo objeto sea la salud de la mujer... ».



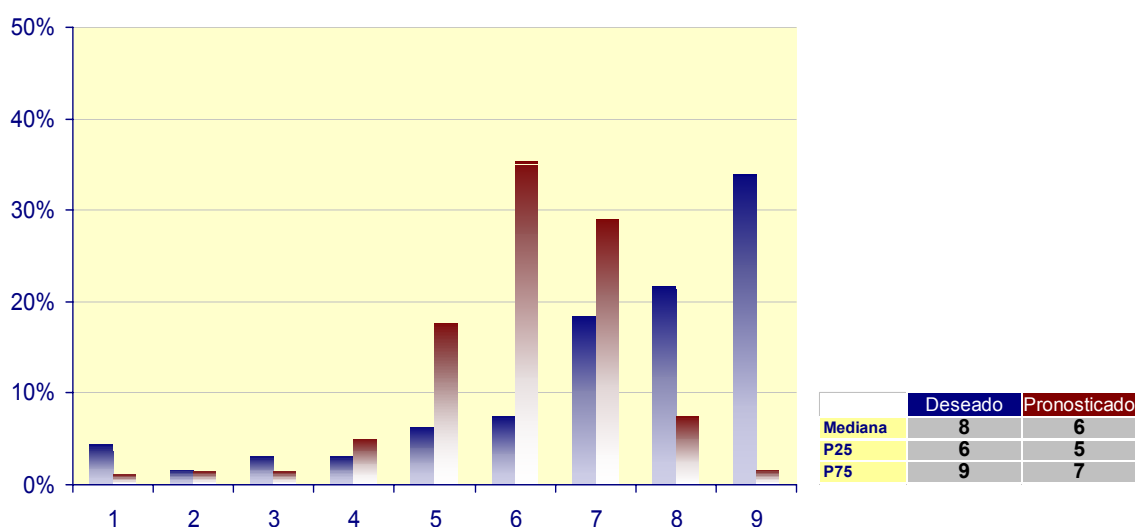
La creación de unidades monográficas para la atención de problemas específicamente femeninos es inequívocamente deseada por el 80% de participantes, con respuestas concentradas entre el 7 y 9. A diferencia de otros deseos, la materialización de éstos es considerada más verosímil: el 36% prevén, en mayor o menor medida, que se conformarán este tipo de unidades.

Figura 4.12 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se crearan cada vez más unidades monográficas para la atención de problemas específicamente femeninos, como por ejemplo el climaterio (menopausia), algunas disfunciones hormonales, asesoramiento reproductivo, incontinencia urinaria)”.



Así, el incremento de los programas y unidades de atención específica al climaterio es considerado como deseable por el 82% del panel –75% focalizados alrededor del 8 -, al tiempo que un 73% augura tal incremento, aunque el 64% lo hace de manera moderada, puntuando 6,5.

Figura 4.13 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Aumentarán los programas y unidades de atención específica al climaterio”.



De especial interés son las respuestas relativas a las repercusiones de estos programas y unidades. Ante la afirmación propuesta de que los programas de atención al climaterio estimularán un mayor uso de terapias hormonales, tratamientos de la osteoporosis y una mayor medicalización, existe una importantísima dispersión en la expresión de deseos, lográndose la máxima concentración en el 42% agrupados en torno al 8, seguida del 35% que se aglutinan alrededor del 2.

El análisis por subgrupos evidenció un bajo consenso entre profesionales sanitarios y un menor deseo, en contraste con el deseo expresado en positivo de un modo más uniforme por el grupo de “no sanitarios”. Es posible que estas discrepancias se expliquen por las diferencias de información entre ambos grupos respecto a las terapias citadas y las controversias que plantean.

La previsión sobre el horizonte previsible resulta mucho más homogénea, con un 60% de predicciones positivas, y una mediana de 7.

Figura 4.14 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Los programas de atención al climaterio estimularán un mayor uso de terapias hormonales, tratamientos de la osteoporosis y medicalización de condiciones fisiológicas».

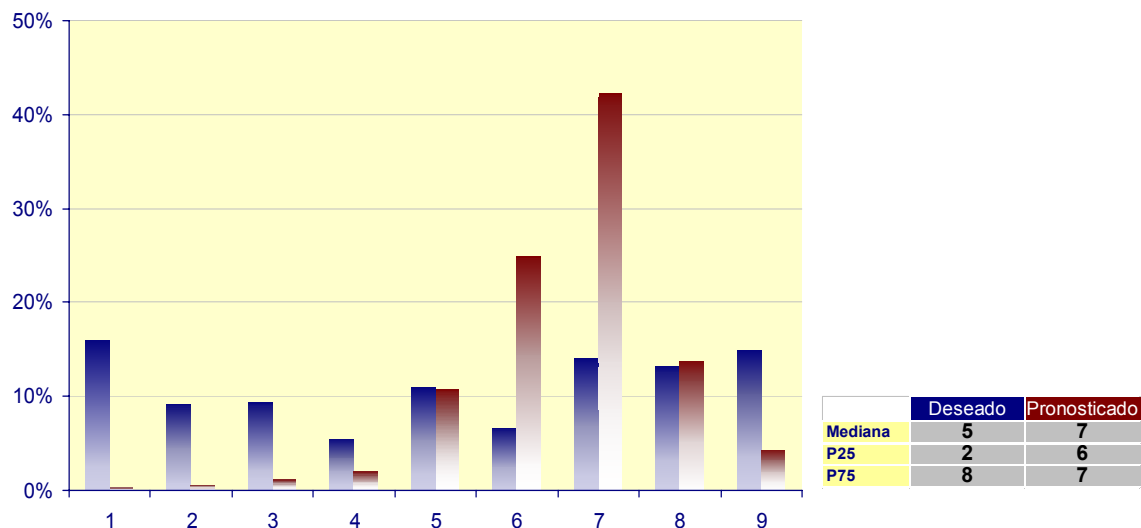
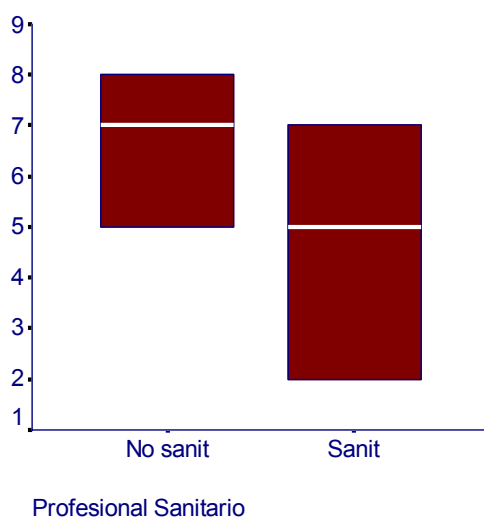
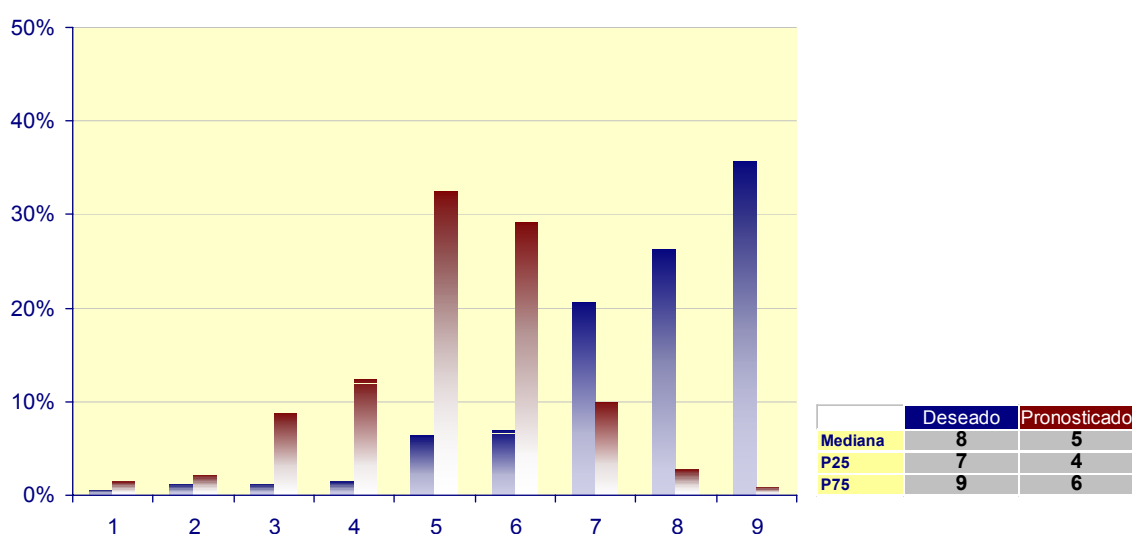


Figura 4.15 Distribución de deseos de los profesionales sanitarios y el resto del panel ante la afirmación: “Los programas de atención al climaterio estimularán un mayor uso de terapias hormonales, ...”.



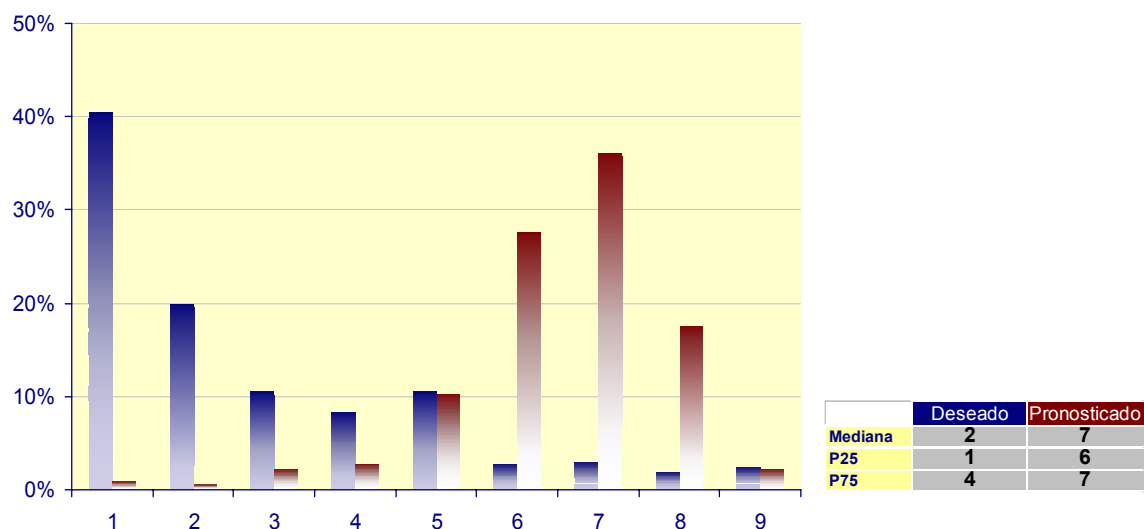
La constitución, a partir de iniciativas sociales, de grupos de apoyo a mujeres climáticas es razonablemente deseada – 82% de expresión afirmativa de adhesión– lo que contrasta con la escasa fe en el pronóstico de su plasmación real ya que sólo el 13% confía en que se desarrollen estas actuaciones y las predicciones de un tercio de los respondientes se asignan a la puntuación de indiferencia que coincide con la mediana.

Figura 4.16 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se extenderá la presencia de grupos de apoyo multidisciplinares para mujeres climáticas a partir de iniciativas sociales”.



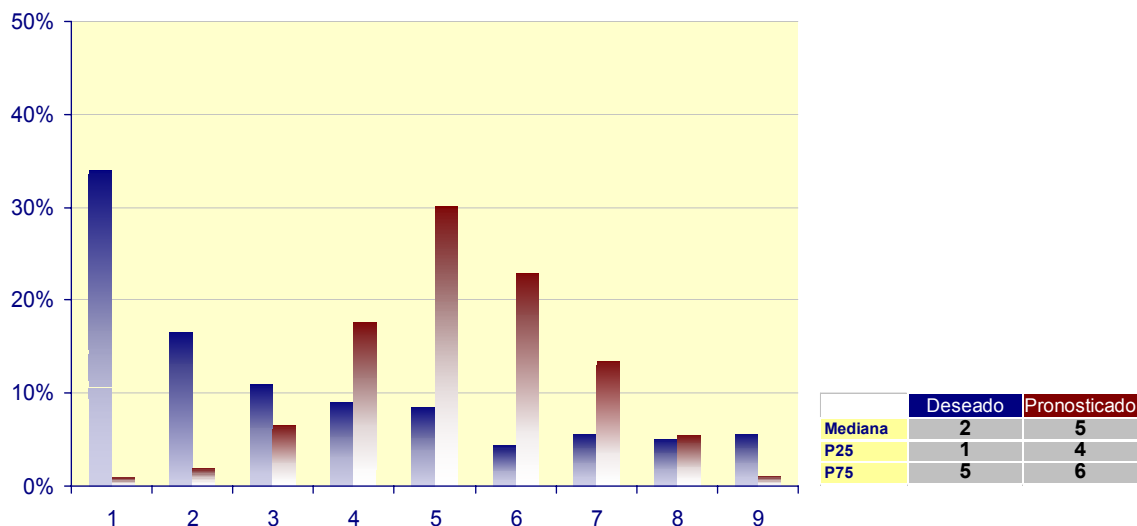
La posibilidad de una migración al sector privado motivada por el descontento con la actual capacidad de respuesta pública a los problemas femeninos es considerada como indeseable por el 70% de consultados (puntuaciones de 1 a 3), con el importante rechazo que supone el 40% de puntuaciones en el 1. Pero los respondientes consideran sumamente verosímil esta posibilidad, ya que tan sólo el 3 % descrea de su ocurrencia, mientras el 55% pronostican – o temen – que se producirá.

Figura 4.17 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El descontento con la actual capacidad de respuesta a los problemas femeninos del sistema público hará que muchas mujeres acudan al sector privado, buscando una mayor condescendencia o sensibilidad hacia algunas de sus preferencias (como ya es el caso de las maternidades, buena parte de la pediatría y la mayoría de los tratamientos para la infertilidad)”.



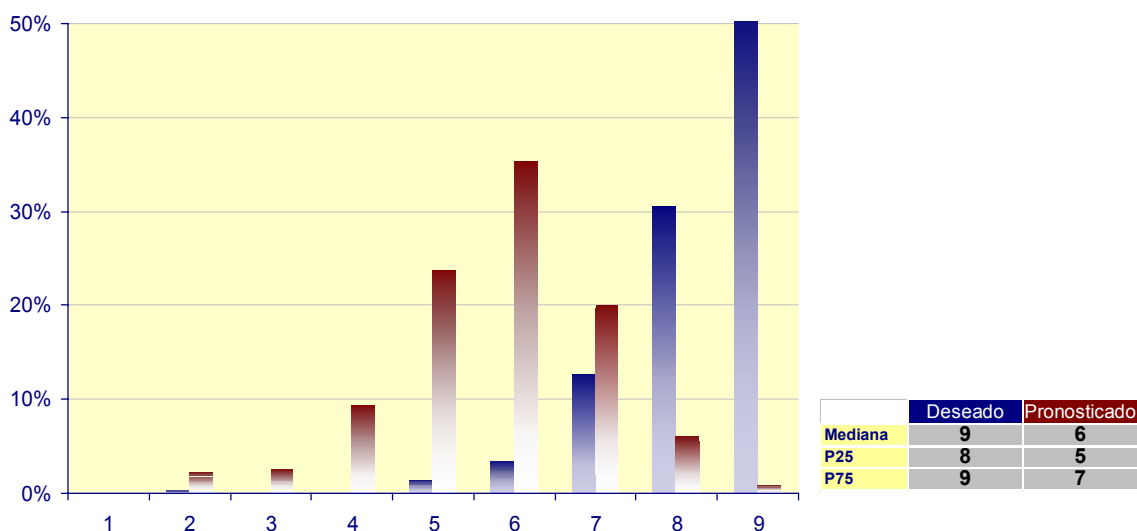
Cuando se plantea que el tratamiento de la infertilidad no goce del status de prestación sanitaria financiada públicamente, se concita el repudio del 61% del panel (intervalo 1 a 3), al tiempo que un tercio de respuestas expresan el mayor rechazo *posible*, *situándose en el 1*. Sin embargo el 20% de los consultados creen – o *temen*– que ese será el escenario más verosímil para los próximos años, si bien el 71% de las apuestas se concentran alrededor de la incertidumbre representada por la mediana de 5. El análisis por subgrupos no evidenció diferencias sustantivas entre colectivos del panel que explicaran la alta dispersión de los pronósticos.

Figura 4.18 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Alternativamente, el tratamiento de la infertilidad no gozará del status de prestación sanitaria financiada públicamente, ampliando el mercado del que ya goza su prestación privada”.



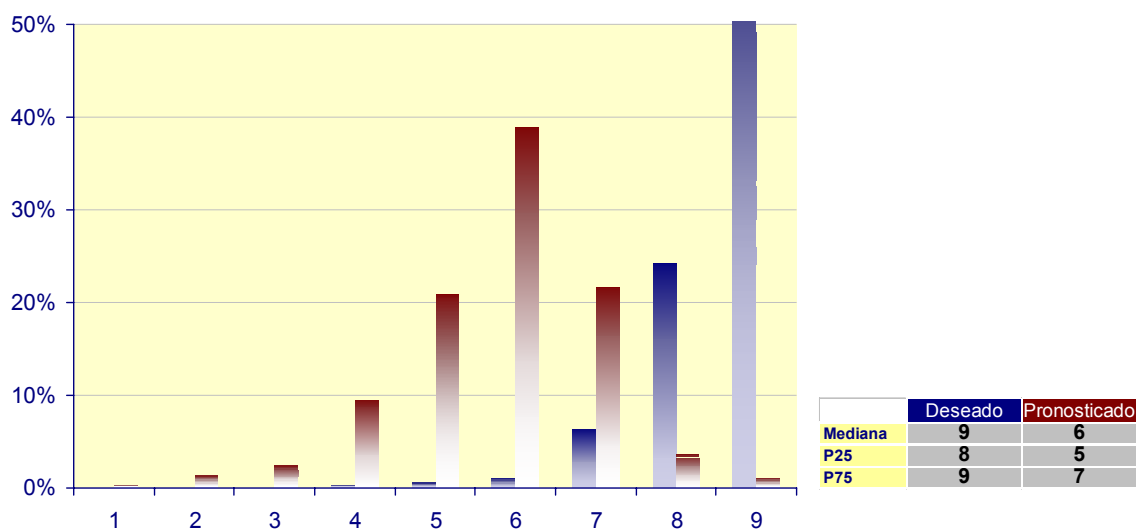
Los deseos sobre una mayor atención a problemas que se perciben como insuficientemente atendidos, como son los prolapsos genitales o la incontinencia de orina son mayoritarios (95%) y marcados, con el 52% de las respuestas directamente posicionadas en el 9. Las expectativas al respecto, aunque importantes – 27% confían en su materialización – se muestran menos optimistas.

Figura 4.19 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Aumentará la atención prestada a problemas percibidos como insuficientemente atendidos, como los prolapsos genitales o la incontinencia de orina”.



También resulta prácticamente unánime – 99% - el anhelo de que los programas de screening de patología oncológica femenina adopten una perspectiva integral. Igualmente es elevada – 65% de repuestas positivas – y relativamente moderada – 60% en el 6,5 – la previsión de que estos cambios se hagan realidad en el horizonte temporal de la consulta, 15 años.

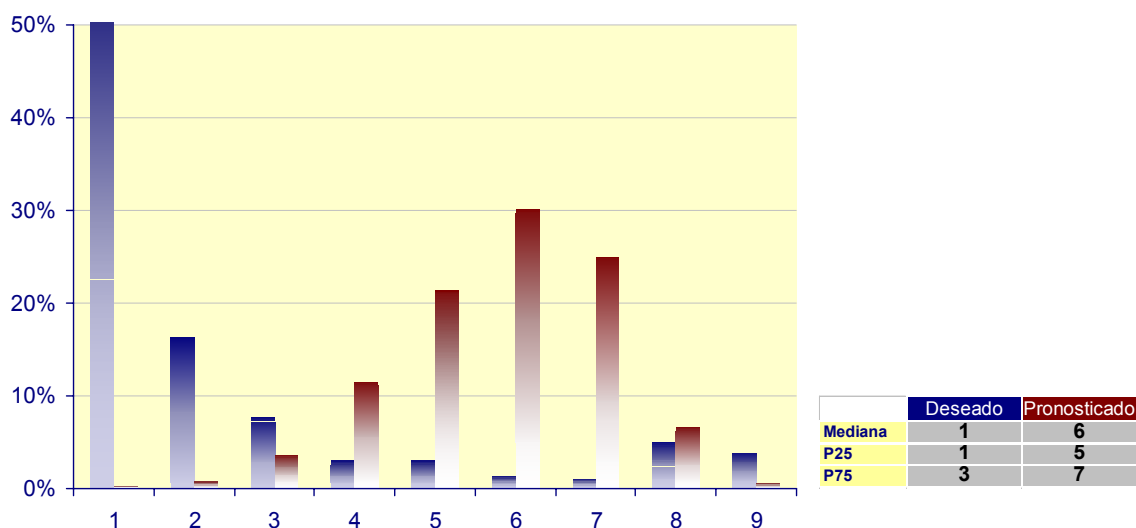
Figura 4.20 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Los programas de screening de patología oncológica femenina adoptarán una perspectiva integral, reduciéndose las demoras entre la parte preventiva (cribado) y la estrictamente diagnóstica, así como la desigual importancia atribuida a cada actividad”.



Las profesionales sanitarias y su papel en la redefinición de los servicios de salud

La disminución de la ya limitada influencia de las mujeres en las organizaciones sanitarias, a pesar de la “feminización” estadística de éstas, es indeseada por el 83% de panel, con un 58% de respuestas claramente focalizadas en la opción mínima, coincidente con la mediana. Pese a ello, el 32% estiman que la situación se mantendrá (puntuaciones de 7 a 9).

Figura 4.21 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Pese a la feminización de algunas profesiones o especialidades y al incremento del número de mujeres que estudian profesiones relacionadas con la salud, las mujeres seguirán teniendo mayor invisibilidad y menor influencia que los hombres sobre la priorización y desarrollo de la investigación, el uso de recursos y la orientación y gobernabilidad de las organizaciones sanitarias”.



De hecho, respecto a esta intensificación de la presencia de mujeres en las labores sanitarias, las respuestas son críticas con algunas asunciones, ya que tan sólo el 22 % cree que se vaya a producir una feminización de determinadas profesiones. La dispersión y falta de significación de las predicciones, con un 67% alrededor de la incertidumbre representada por el 5, es aun mayor en lo referente a su deseabilidad: sólo un 23% quieren que se produzca, al tiempo que un 30% son contrarias a tal tendencia.

Se realizó un análisis por subgrupos tanto de las preferencias/deseos como de los valores pronosticados. El análisis por sexo pone de manifiesto la respuesta diferencial de mujeres (que expresan un mayor deseo y una menor confianza) y hombres (menor deseo y mayor confianza en su ocurrencia) que explica en parte la dispersión de las respuestas en ambas dimensiones.

Figura 4.22 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El desarrollo de servicios para la atención de problemas con especificidades femeninas y la amplia proporción de mujeres de las nuevas cohortes profesionales llevarán a la “feminización” de algunas profesiones, pudiendo ser tan raro encontrar un ginecólogo varón como aun lo es encontrar una uróloga».

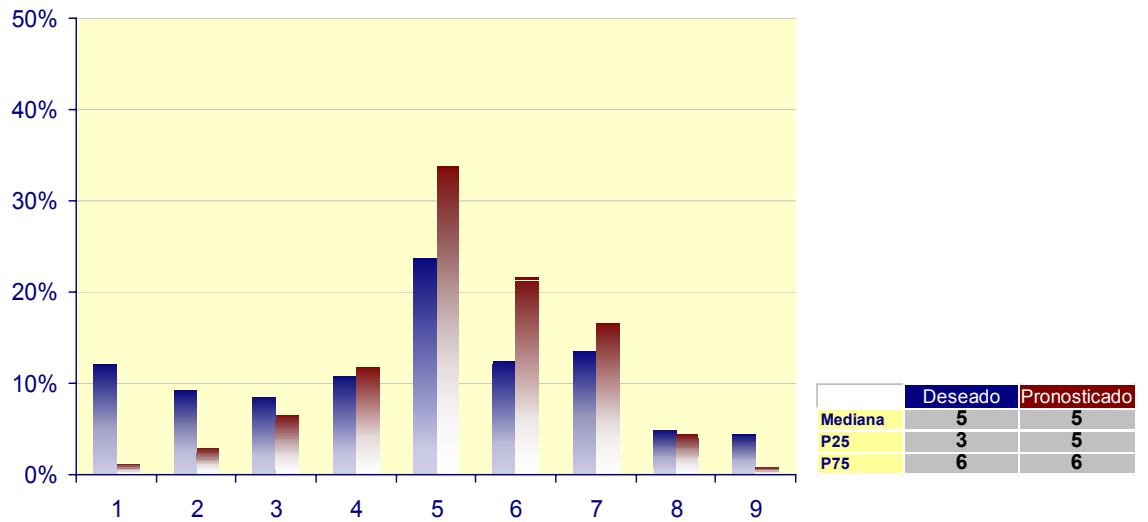
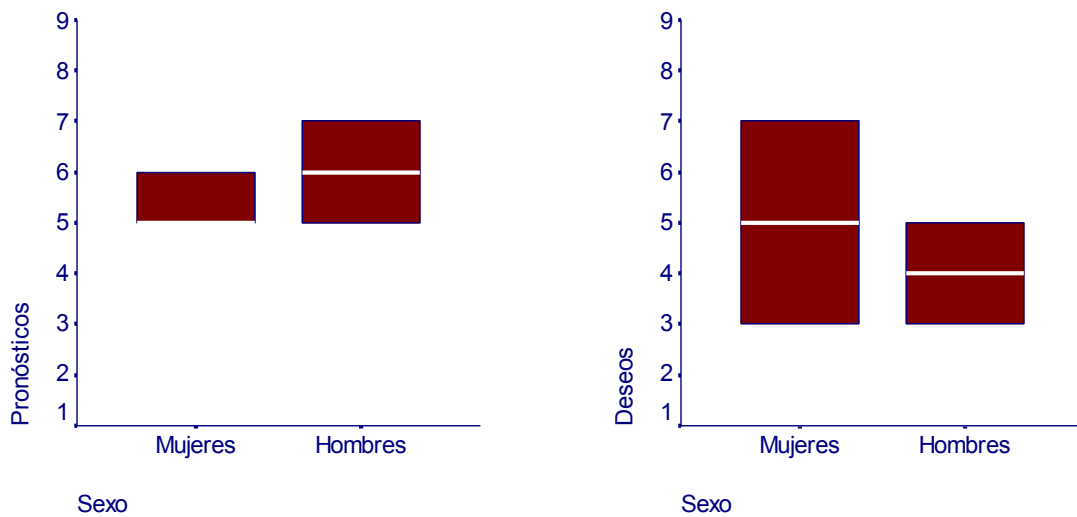
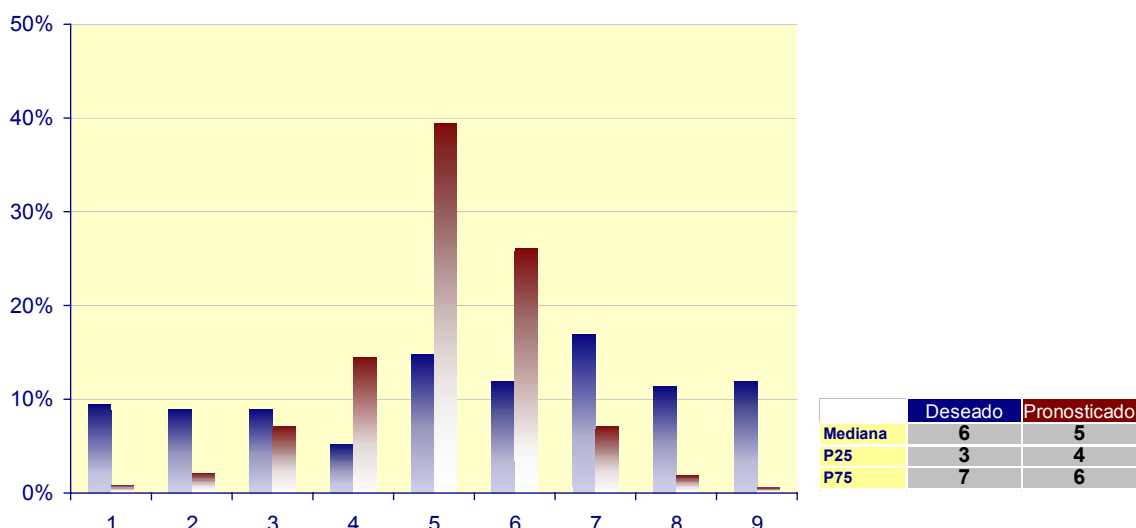


Figura 4.23 Distribución por sexos de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El desarrollo de servicios para la atención de problemas con especificidades femeninas... llevarán a la “feminización” de algunas profesiones... ».



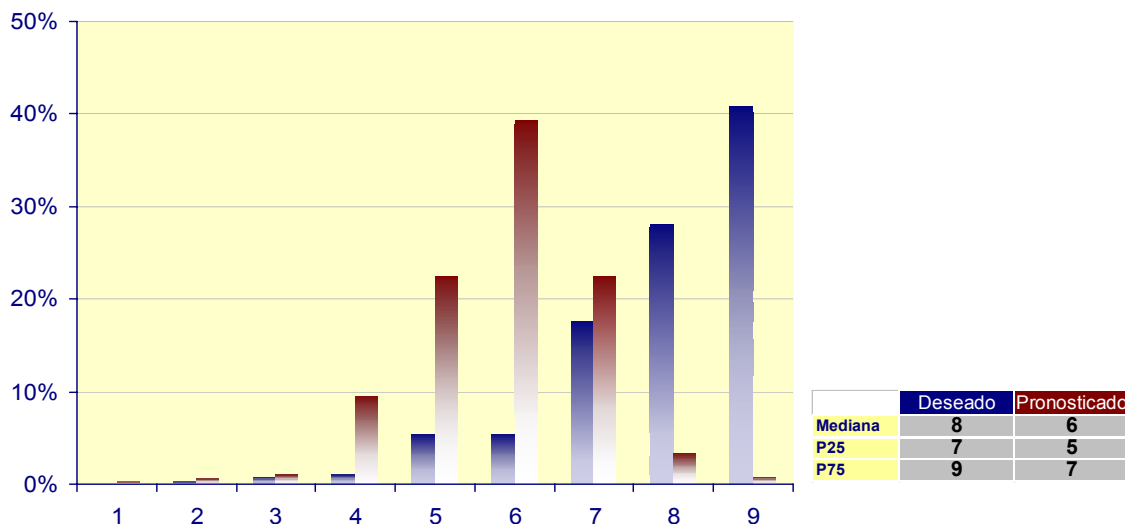
En cuanto a la respuesta institucional, tampoco se aprecian posiciones nítidas sobre la deseabilidad y materialización de la aplicación de sistemas de acceso paritario a responsabilidades en el sistema de salud. El 40% expresa un deseo de que esto suceda (intervalo 7 a 9), aunque la expresión de preferencias está dispersa. Aunque se analizaron las respuestas por subgrupos, no se hallaron diferencias sustanciales entre los colectivos integrantes del panel. En cuanto a las respuestas de pronóstico, la predicción favorable no alcanza el 10% y la indefinición alrededor del 5 concita el 80% de las respuestas.

Figura 4.24 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “La aplicación de sistemas de cuotas, acceso paritario a puestos de responsabilidad directiva y estrategias similares permitirán la incorporación efectiva de las perspectivas, valores, preocupaciones e intereses femeninos y la ruptura del “statu quo”.



Como corolario de la anterior, la cuestión sobre la facilitación que para estos procesos supone la creciente incorporación de mujeres al vértice de las organizaciones pone de manifiesto la marcada preferencia a su favor, con un 86% de respuestas afirmativas y un 40% concentrándose en la puntuación máxima 9. La verosimilitud de estos acontecimientos es considerada positivamente por el 27% de las respuestas, con el 39% concentradas en la puntuación de 6, coincidente con la mediana.

Figura 4.25 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “La creciente incorporación de mujeres a puestos en el vértice de las organizaciones facilitará la progresiva incorporación de sus perspectivas, preocupaciones y preferencias en el sistema sanitario”.



Capacitación (“empowerment”) de las pacientes

Los deseos de un incremento de la capacidad de elección en algunas especialidades, pudiendo obviar el filtro de la Atención Primaria, aparecen sumamente escindidos, definiéndose tres posiciones con similar respaldo. Un grupo ligeramente mayoritario - el 36% - avala la indeseabilidad de esta modalidad de acceso expresando una oposición inequívoca, al tiempo que se configura un grupo de decididos partidarios que agrupa al 30% de los consultados. El análisis por colectivos muestra que los profesionales sanitarios, quienes disponen de mayor información específica en estas cuestiones, son los que revelan un mayor interés por el incremento de la capacidad de elección. También aquí se manifiesta una tendencia al pesimismo identificada en toda la consulta, pues la proporción de los que creen que se producirá el acceso directo a algunas especialidades es sustantivamente menor que la de aquellos que manifiestan desearlo (14%).

Figura 4.26 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “En algunas especialidades se incrementará la capacidad de elección, pudiendo acceder a ellas a través del médico de familia, o directamente si se prefiere”.

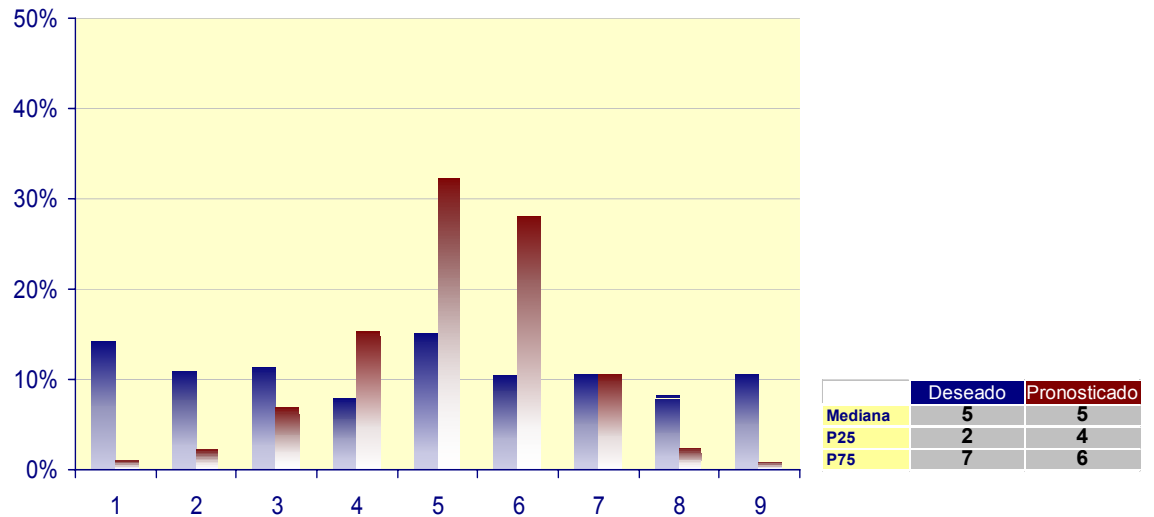
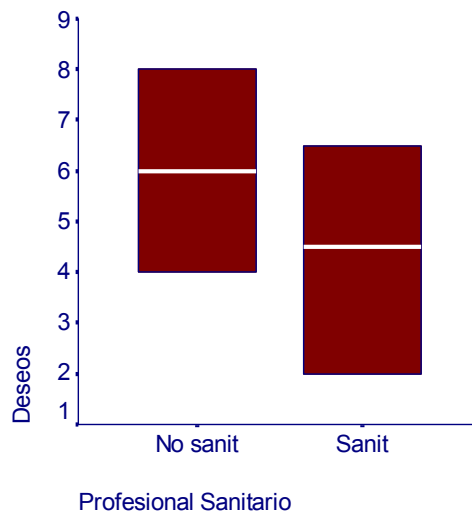


Figura 4.27 Distribución de deseos de profesionales sanitarios y el resto del panel ante la afirmación: “En algunas especialidades se incrementará la capacidad de elección, pudiendo acceder a ellas a través del médico de familia, o directamente si se prefiere”.



La posibilidad de que se generalice el acceso directo a de las prestaciones ginecológicas en el sector público recibe un respaldo muy superior al identificado de manera genérica para el conjunto de las prestaciones, con un 68% de pronunciamientos favorables -55% concentrado en

el 8 y 9 – y un contingente de opositores reducido al 16 %. Sin embargo, en el análisis por grupos, los profesionales sanitarios se mostraron menos convencidos y más en desacuerdo con esta propuesta concreta. La proporción de quienes confían en la facilitación de este acceso es similar a la de los que lo esperan para otras especialidades, manteniéndose en el 16 %, y con una importante centralidad de las respuestas, un 71% de las cuales se ubican alrededor del 5.

Figura 4.28 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se generalizará el acceso directo a las prestaciones ginecológicas en el sector público, sin necesidad de filtros previos”.

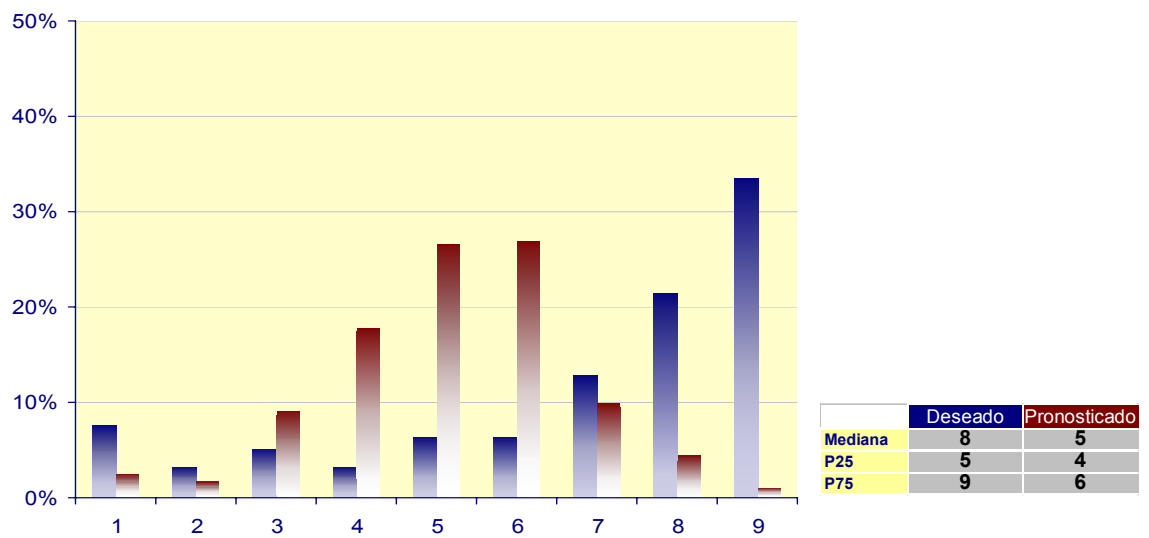
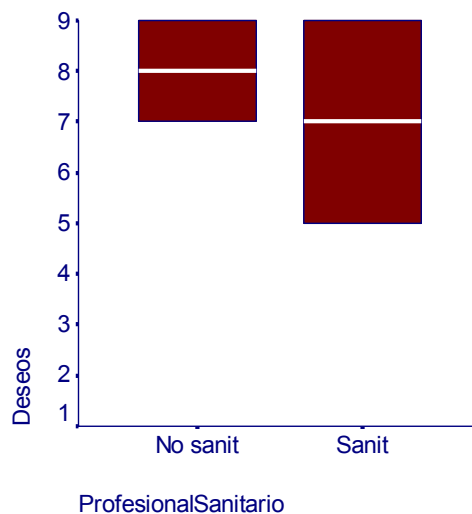
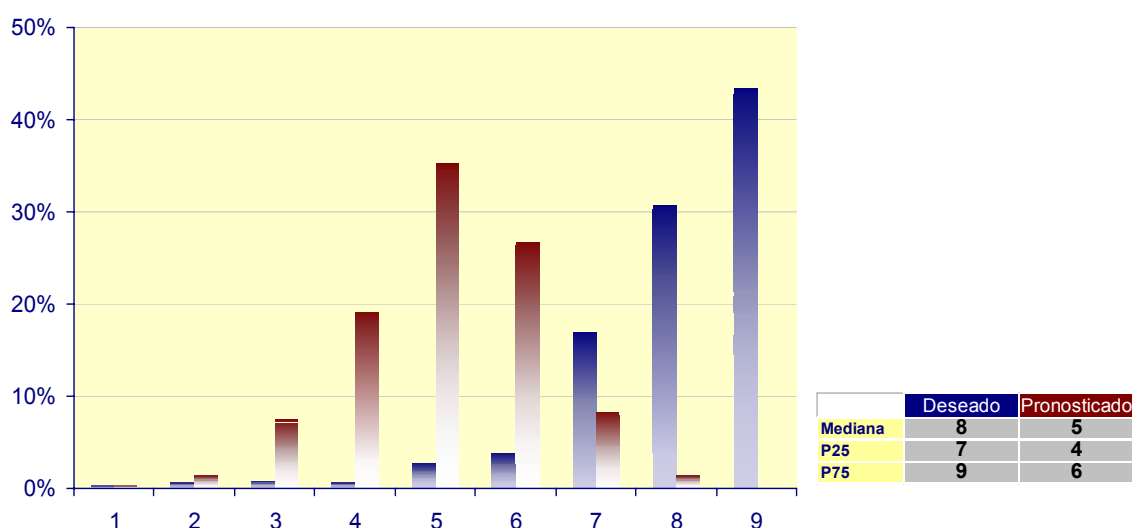


Figura 4.29 Distribución de deseos de profesionales sanitarios y el resto del grupo ante la afirmación: “Se generalizará el acceso directo a las prestaciones ginecológicas en el sector público, sin necesidad de filtros previos”.



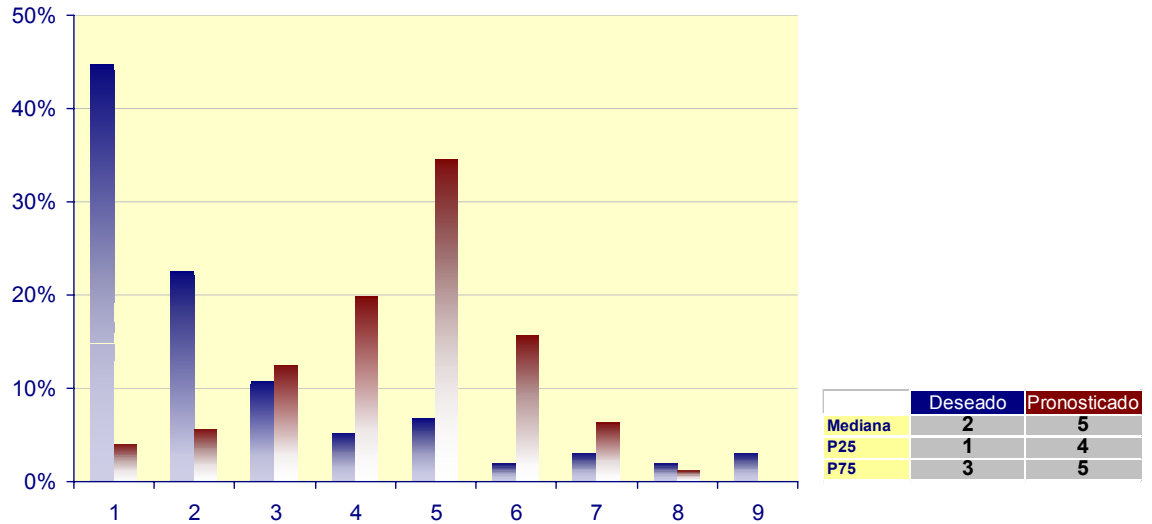
Cada vez goza de más presencia en los debates sanitarios la aireada atención a las preferencias de los usuario, de la que se espera que contribuirá a una mayor permeabilidad del sistema. Ciertamente, dicha atención es considerada como deseable por el 91% de los panelistas y claramente como muy deseable por el 41% que sitúan sus expectativas en el 9. Frente a tales preferencias, la confianza en esta capacidad de respuesta de la sanidad es mucho más débil y difusa. Mientras el 10% cree que se producirá, el 81% de las respuestas se concentran alrededor de la desconfianza, con un 27% asignando un 6.

Figura 4.30 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “La mayor atención que se prestará a las preferencias y opiniones de los usuarios –fortalecimiento de la capacidad de decisión (“empowerment de las pacientes”), información explícita y accesible sobre el comportamiento y resultados de los profesionales y las organizaciones asistenciales, autonomía, etc.– contribuirá a una mayor permeabilidad del Sistema Sanitario a los intereses de las mujeres”.



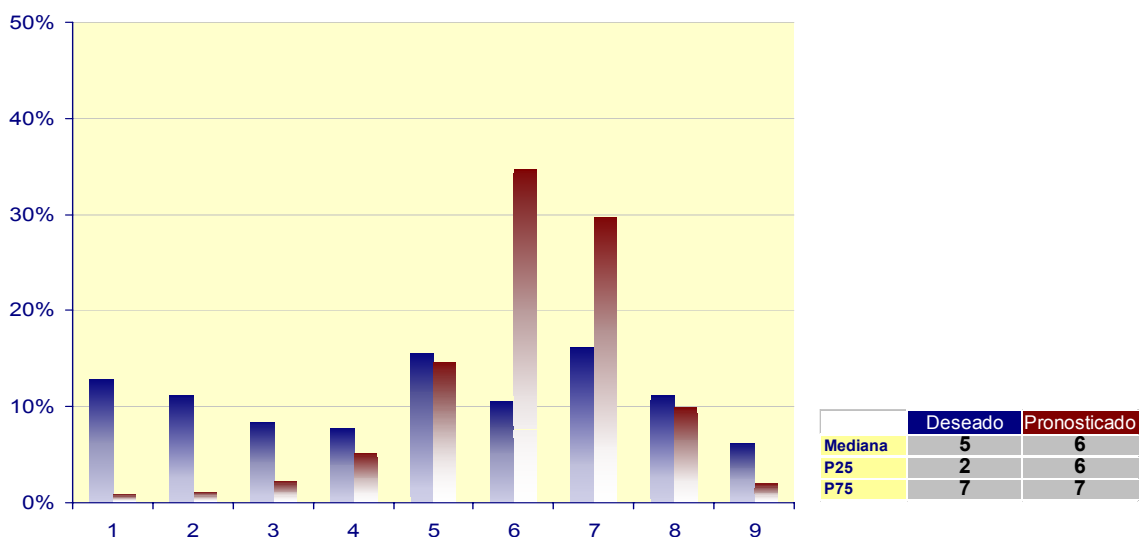
El “trade-off” que puede plantearse entre ciertos beneficios del desarrollo tecnológico y la pérdida de capacidad de decisión informada autónoma es visto como indeseable por el 78% del panel que responde en el intervalo de 1 a 3, con dos tercios de las repuestas concentradas en las dos puntuaciones mínimas. Un 22% estima que no se trata de una predicción que vaya a cumplirse indefectiblemente y un 70% se sitúa en la indefinición, con lo que tan sólo el 7% creen que se materializará un escenario tan escasamente deseado.

Figura 4.31 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Las mujeres accederán a los beneficios del desarrollo tecnológico –especialmente el asociado con su salud reproductiva y algunas intervenciones como la mastectomía o la histerectomía–, pero “a cambio” de perder capacidad de decisión informada y autónoma”.



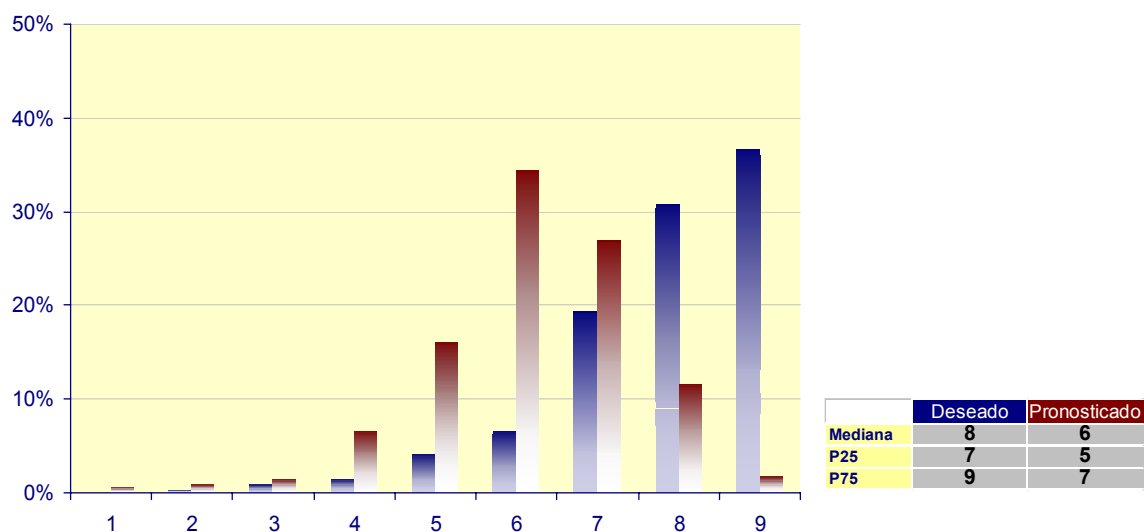
La posibilidad de alianzas estratégicas entre proveedores sanitarios y colectivos de mujeres para incorporar al sistema sus intereses compartidos muestra importantes discrepancias, poco acuerdo sobre su deseabilidad y mayor congruencia sobre su próxima realidad. Mientras un 34% expresan su deseo favorable, un 32% se manifiesta contrario a que esto suceda. Este panorama discrepante tampoco muestra diferencias sustantivas entre grupos. Pero el 41% coinciden en la predicción de su verosimilitud futura, con casi dos tercios de respuestas concentradas en el 6 y el 7.

Figura 4.32 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Algunos actores sanitarios –determinadas compañías farmacéuticas, proveedores de servicios cuyo público diana sean mujeres, etc.– buscarán establecer alianzas estratégicas con el sector femenino de los usuarios, contribuyendo a la creación de estados de opinión y a la actuación “lobbystica” para incorporar al Sistema Sanitario servicios y orientaciones de interés compartido”.



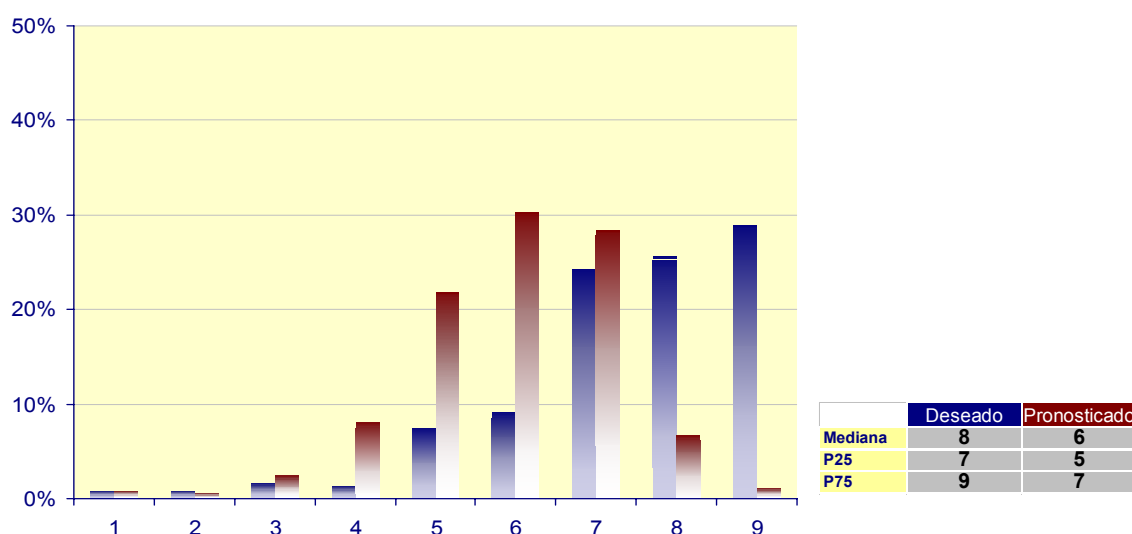
La producción de materiales que faciliten la relación entre profesionales y usuarias es fuertemente deseada por una abrumadora mayoría del 87%, concentrándose el 69% de las respuestas en el 8 y 9. A diferencia de otras respuestas del sistema sanitario, los encuestados muestran una relativa confianza en que esto se lleve a cabo, con un 40% de predicciones favorables.

Figura 4.33 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Los servicios sanitarios responderán a la creciente demanda de información produciendo materiales y documentos (folletos, páginas web, videos,...) que faciliten la relación entre profesionales y usuarias”.



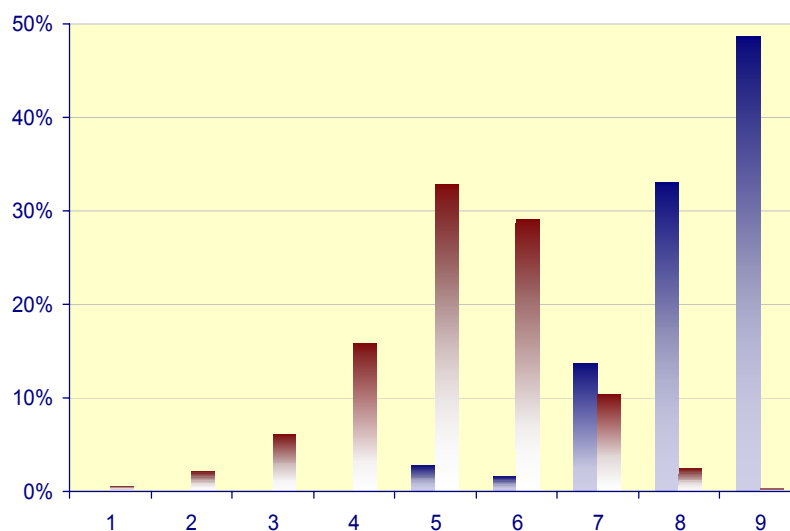
Resulta interesante comprobar que una importante proporción del panel, con el 79% de las respuestas alrededor del 8 y adyacentes, desea que la creciente información sobre la salud orientada hacia las usuarias del sistema sanitario ejerza presión sobre las inercias del dispositivo asistencial. Las predicciones sobre su impacto futuro son menos rotundas, reduciéndose las respuestas netamente afirmativas al 38% y con un 58% de puntuaciones entre 6 y 7.

Figura 4.34 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “La creciente información sobre la salud orientada hacia las usuarias del sistema sanitario (Internet, grupos de activismo femenino, etc.) supondrá una importante presión sobre las inercias del dispositivo asistencial”.



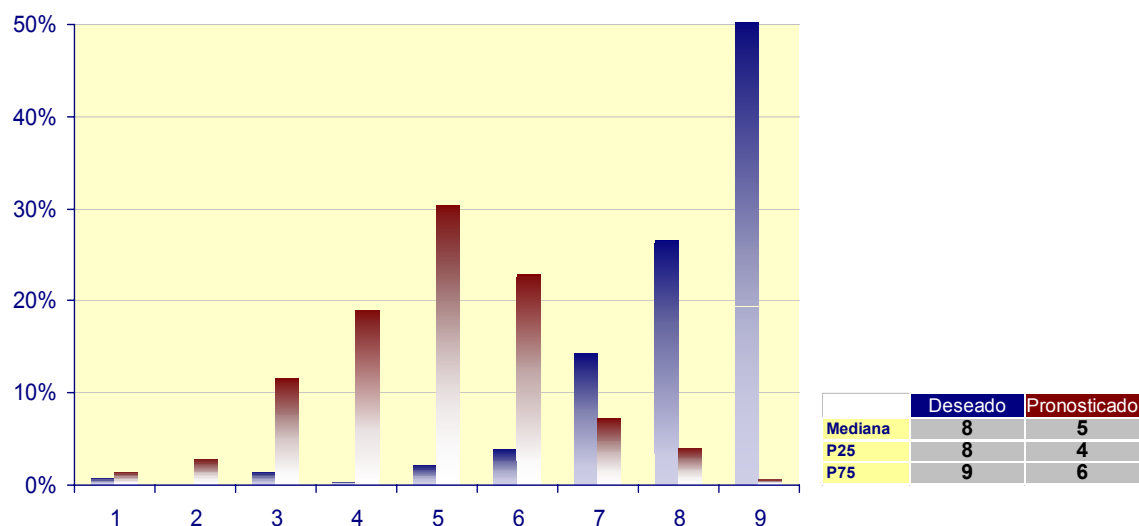
Los deseos de que aumenten las vías de participación en la atención sanitaria específicamente femenina son compartidos por el 96%, y en grado máximo por el 49% que puntuó 9. Las expectativas al respecto son bastante desesperanzadas, ya que la proporción que expresa una confianza inequívoca en el desarrollo de esta participación es del 13%. En cualquier caso, se trata de un proceso sumido en una importante incertidumbre, ya que el 78% de las respuestas se articulan alrededor del 5.

Figura 4.35 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “En líneas generales aumentarán las vías de participación y los espacios de elección informada (“empowerment de pacientes”) en la atención sanitaria específicamente femenina”.



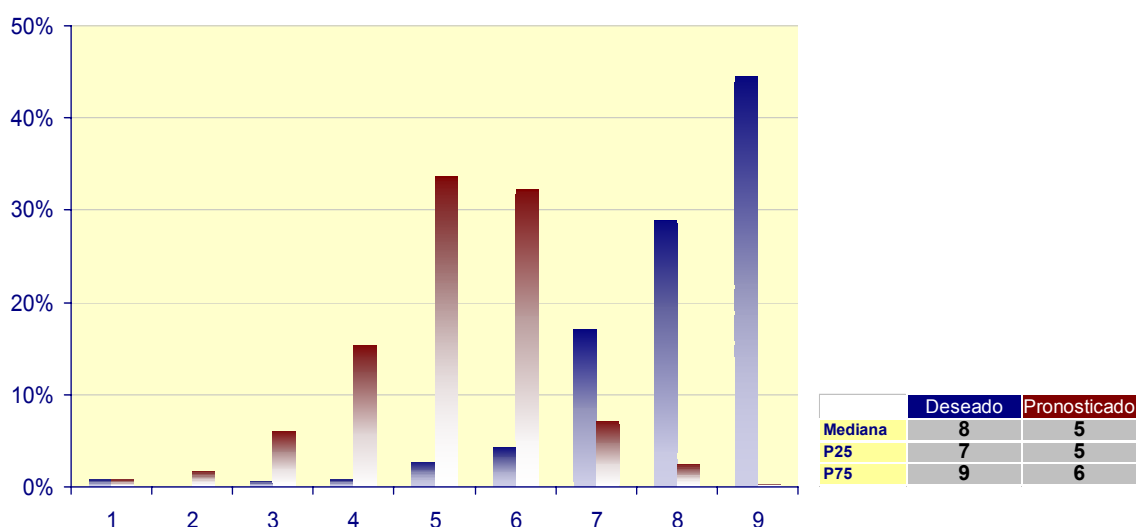
La posibilidad de ejercer un “derecho de objeción” ante prácticas sin beneficios aun no demostrados científicamente, o en afirmación de los valores y preferencias de las usuarias de los servicios sanitarios es deseado por el 91%, con la mitad de las respuestas posicionadas inequívocamente en el 9. La confianza en el futuro ejercicio de estos derechos es reducida, con sólo un 12% de respuestas en el intervalo 7 a 9 y una gran concentración de las respuestas en la zona de desconfianza.

Figura 4.36 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Las usuarias de los servicios sanitarios ejercerán un “derecho de objeción” ante prácticas sin beneficios aun no demostrados científicamente, o en afirmación de sus valores y preferencias”.



Los panelistas muestran un marcada proclividad hacia el diseño de políticas activas de aumento de la oferta de ciertos servicios especializados para las mujeres, lo que se pone de manifiesto en el 91% de respuestas netamente positivas (de 7 a 9). La confianza en ver estos diseños en marcha también es bastante limitada, con el 82% de respuestas alrededor del 5.

Figura 4.37 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “La constatación de la provisión insuficiente a las mujeres de ciertos servicios especializados llevará a diseñar políticas activas de aumento de su oferta ».



Apartado 5. Investigación biomédica y desigualdades en salud

Diversos estudios demuestran que las mujeres obtienen sistemáticamente menos recursos que los investigadores varones. En el Reino Unido, por ejemplo, solamente un 20% de las subvenciones del British Medical Research Council y del Wellcome Trust se concedieron a mujeres investigadoras, constituyendo éstas el 40% de los cargos académicos en el ámbito de la investigación biomédica¹⁶.

Históricamente las mujeres no han tenido una adecuada representación –han sido con frecuencia excluidas o sub-representadas - en el proceso de producción de conocimiento biomédico. Eso ha tenido repercusiones en la transferencia de sus resultados a la práctica clínica. En consecuencia se cuenta con una serie de déficits importantes de conocimiento acerca del proceso de enfermar y de las condiciones patológicas experimentadas específicamente por las mujeres¹⁷.

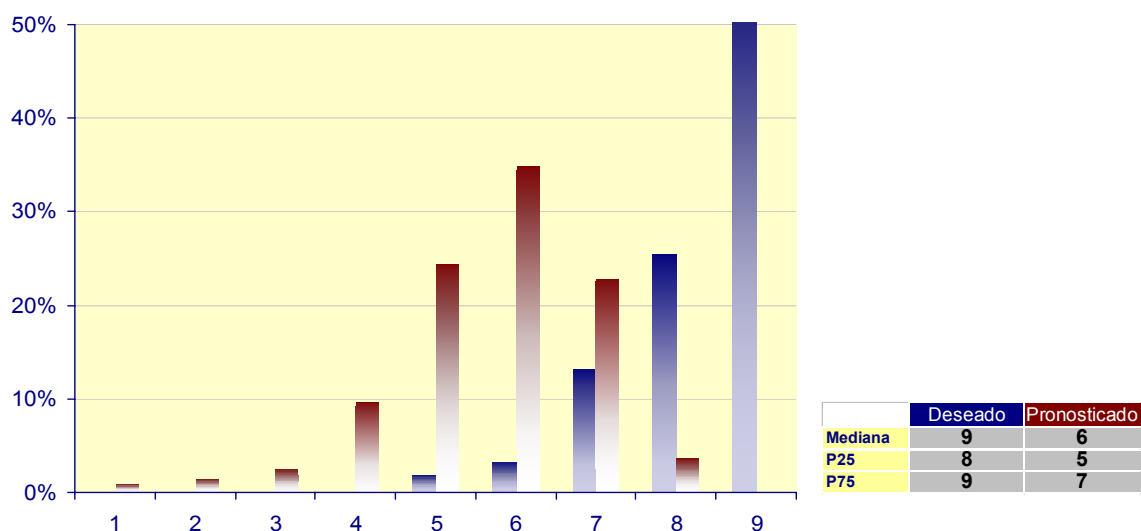
”Se ha registrado relativamente poca investigación en las enfermedades y desarreglos no asociados con la reproducción que afectan sin embargo de manera grave a las mujeres.... Y donde los problemas de salud afectan por igual a mujeres y a hombres, son escasos los estudios que hayan tratado de comprender las diferencias entre ambos sexos en el desarrollo de síntomas y en el tratamiento”¹⁸. Así, aunque la principal causa de mortalidad femenina, tras la etapa del climaterio, es la enfermedad coronaria, la práctica totalidad de los ensayos clínicos y resultados experimentales sobre dicha patología ha sido realizada sobre varones¹⁹.

Esta desatención en la indagación científica en la salud de las mujeres coexiste con las denuncias respecto a la “sobre-medicalización” de ciertas condiciones específicamente femeninas²⁰.

En este capítulo se visualizan los resultados de la consulta relativos a la incorporación de la perspectiva de sexo y género en la I+D biomédica enfocada a la eliminación de la investigación sesgada en el conocimiento los problemas de salud y de las consecuencias de las innovaciones tecnológicas y organizativas en la asistencia sanitaria de las mujeres.

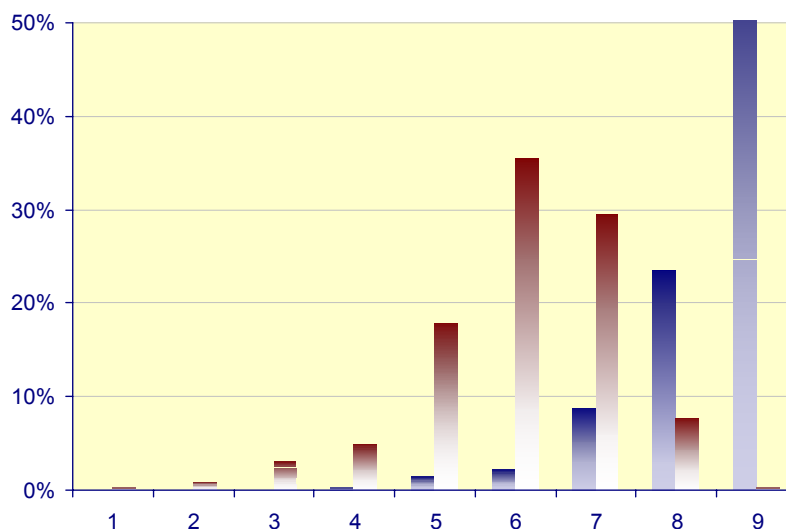
La práctica totalidad de consultados – 98% - desean que se incremente la desagregación de la información por sexos y se investigue activamente sobre las desigualdades de género asociadas a los procesos relacionados con la salud. El 56% de las respuestas se centran directamente en el valor 9. Se aprecia una moderada confianza a favor de que eso ocurra ya que el 26% confían en su materialización, puntuando el valor 6 el 35% de los panelistas.

Figura 5.1 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se incrementará la desagregación de la información por sexos y se investigará activamente sobre las desigualdades de género asociadas a los procesos relacionados con la salud”.



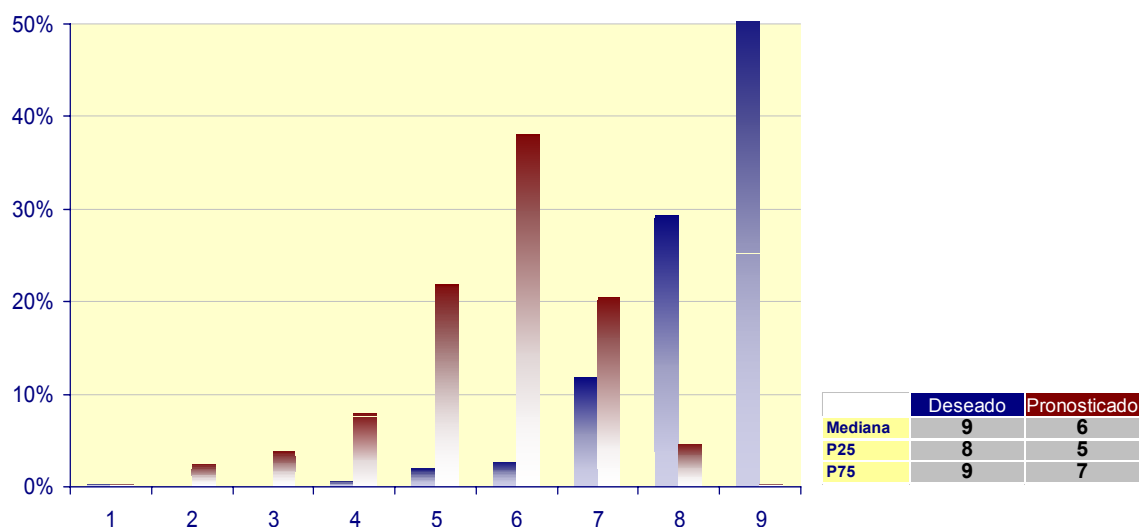
Más acuerdo concita la inclusión en los diseños muestrales de los proyectos de investigación de un número de hombres y mujeres en proporción al problema objeto de investigación, mostrándose una voluntad compartida por el 98% - voluntad expresada en su máximo grado de 9 puntos por el 64% de los panelistas - y una esperanza moderada de ocurrencia expresada por el 37% de los participantes.

Figura 5.2 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "En poco tiempo los diseños de la mayoría de las investigaciones incluirán en su muestra a hombres y mujeres en un número apropiado al problema objeto de investigación".



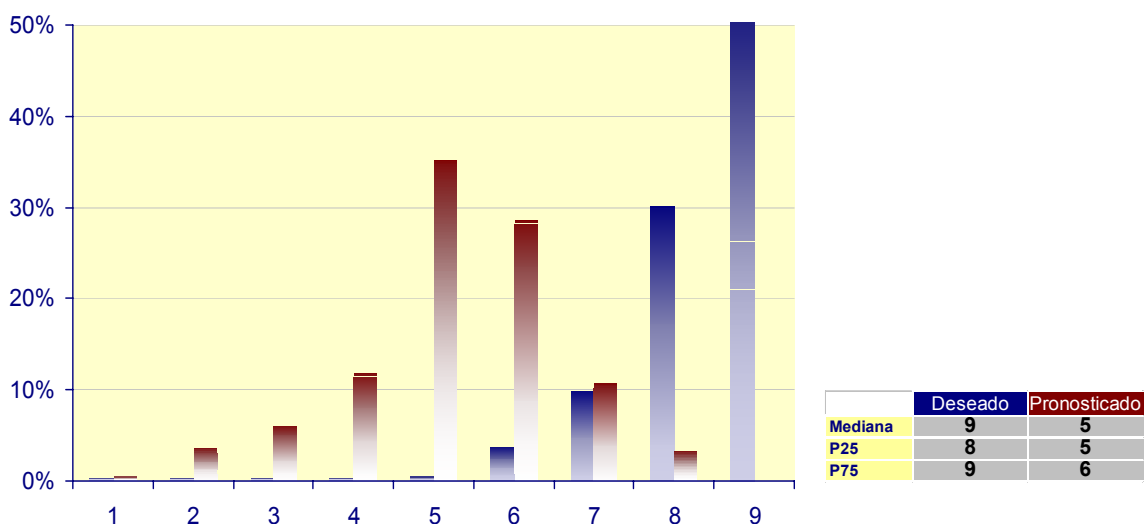
Los panelistas manifiestan claramente su voluntad de que se incorpore la perspectiva femenina a los diseños de la investigación, con una expresión inequívoca de deseo por parte del 95% - puntuando de 7 a 9-, y una elevadísima aserción de lo anterior en el 53% de los casos que puntúan el mayor valor posible de 9. En cuanto a las previsiones de que suceda, éstas son positivas para el 25% de las respuestas, si bien el 68% tienden a concentrarse en el valor central – 5 – y sus adyacentes.

Figura 5.3 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se producirá una incorporación de la perspectiva femenina a los diseños de la investigación mediante el empleo de objetivos de resultados (“end-points”) relevantes, escalas de medida sensibles, etc”.



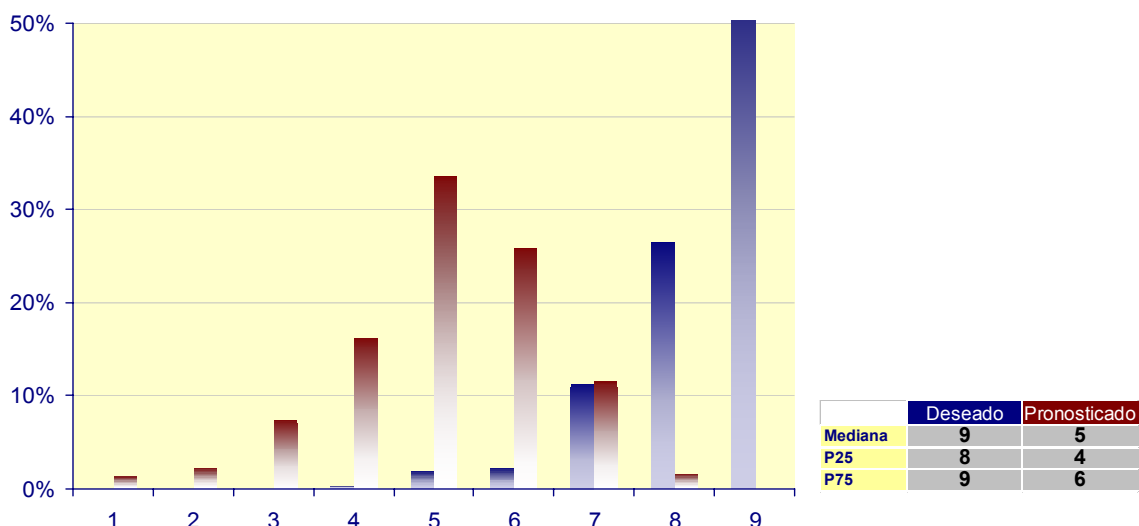
El deseo de que se generalice la investigación desde las distintas perspectivas femeninas para disponer de conocimiento que permita actuaciones fiables y efectivas es manifiesto en el 94% que puntúan de 7 a 9, y muy importante en esa mayoría del 55% que le asigna la máxima puntuación. Sin embargo, las expectativas de cumplimiento en la realidad, son bastante más moderadas que en las anteriores cuestiones, con apenas un 14% respuestas confiadas en ver su materialización y un 10% sumamente escéptico, puntuando de 1 a 3.

Figura 5.4 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se generalizará la investigación desde las distintas perspectivas femeninas (incluidas las diversidades culturales, étnicas, económicas y sociales) para disponer de una base de conocimiento científico que permita actuaciones fiables y efectivas para todas las mujeres”.



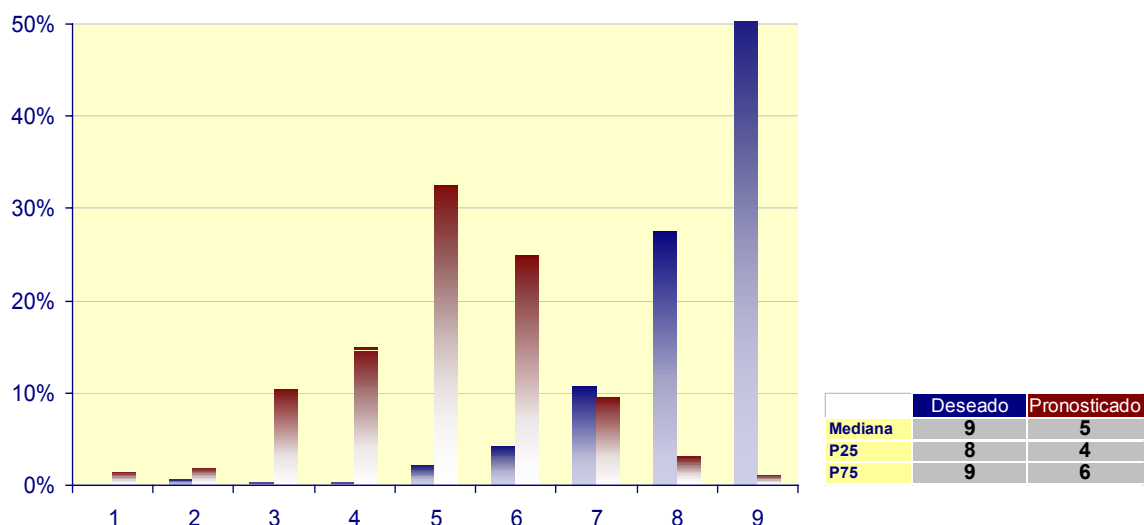
Una reducción de expectativas similar se aprecia respecto a la verosimilitud de que se vaya a producir un esfuerzo investigador sobre aquellos aspectos de la salud femenina tradicionalmente menos atendidos o marginados de las prioridades de investigación, ya que el vivo deseo expresado – 96% puntuando entre 7 y 9, 58% acumulados en este último– queda muy matizado por la exigua proporción de quienes esperan que efectivamente se lleve a cabo, reducida al 13%, al tiempo que el 75% se mantiene en la desconfianza relativa representada por el intervalo 4 a 6.

Figura 5.5 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se producirá un esfuerzo investigador sobre aquellos aspectos de la salud femenina tradicionalmente menos atendidos o marginados de las prioridades de investigación”.



El deseo de que, asumiendo que aumente el número de mujeres dedicadas a la investigación médica, éstas sean reclutadas activamente para incorporar la perspectiva de género, goza del acuerdo y la intensidad común a este capítulo: 92% favorables, con una mayoría del 54% favorable en el grado representado por el valor 9. También aquí las expectativas de ocurrencia muestran una importante reducción, ya que sólo el 14% se alinean en las puntuaciones de la confianza/esperanza, mientras el 72% permanecen escépticos y el 14% totalmente pesimistas.

Figura 5.6 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Asumiendo que aumente el número de mujeres dedicadas a la investigación médica, estas serán reclutadas activamente por los centros investigadores para incorporar la perspectiva de género”.



En lo que respecta a la verosimilitud y deseabilidad de que se incremente la “medicalización” de algunas condiciones femeninas que ofrezcan un potencial mercado de servicios expertos, tal escenario es calificado como claramente indeseable por el 50% de panelistas que puntuaron entre 1 y 3. En el análisis desagregado los profesionales de la salud mostraron un rechazo aun mayor, expresado en una mediana de 3, muy inferior a la de 5 que representa al conjunto del panel. De nuevo la escasa deseabilidad coincide con una elevada verosimilitud de ocurrencia, con un 63% de panelistas afirmando que sucederá, con puntuaciones consistentes entre el 7 y el 9.

Figura 5.7 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se incrementará la “medicalización” de algunas condiciones femeninas que ofrezcan un potencial mercado de servicios expertos”.

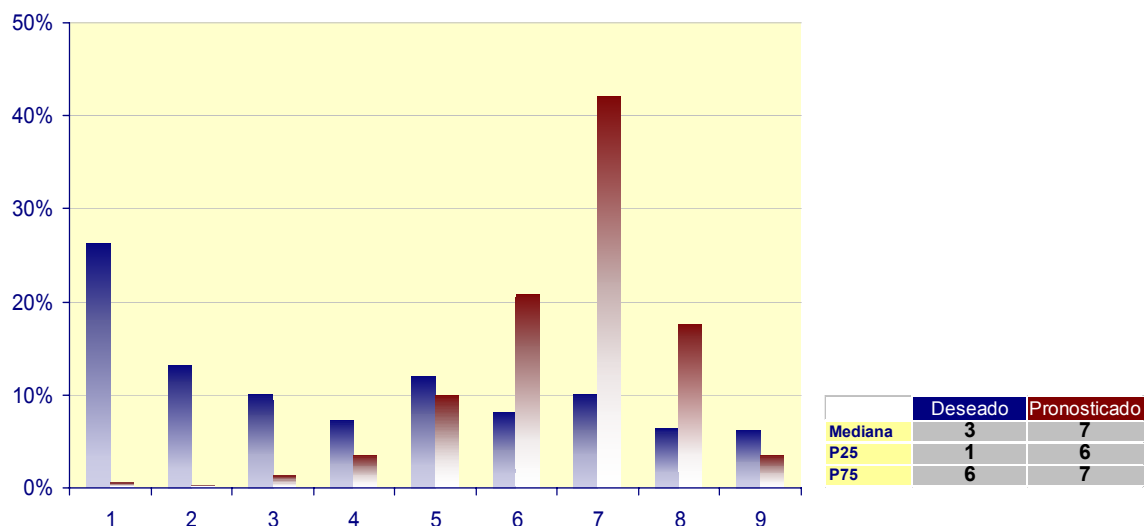
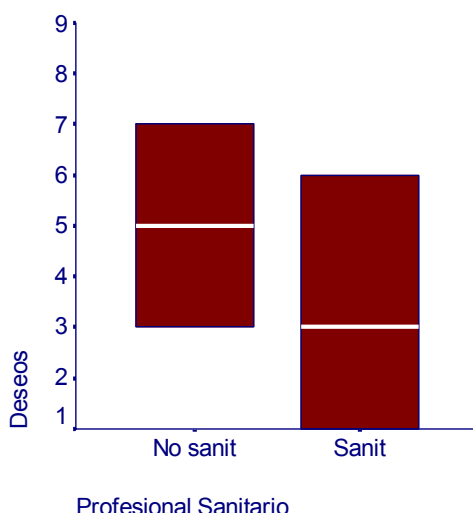
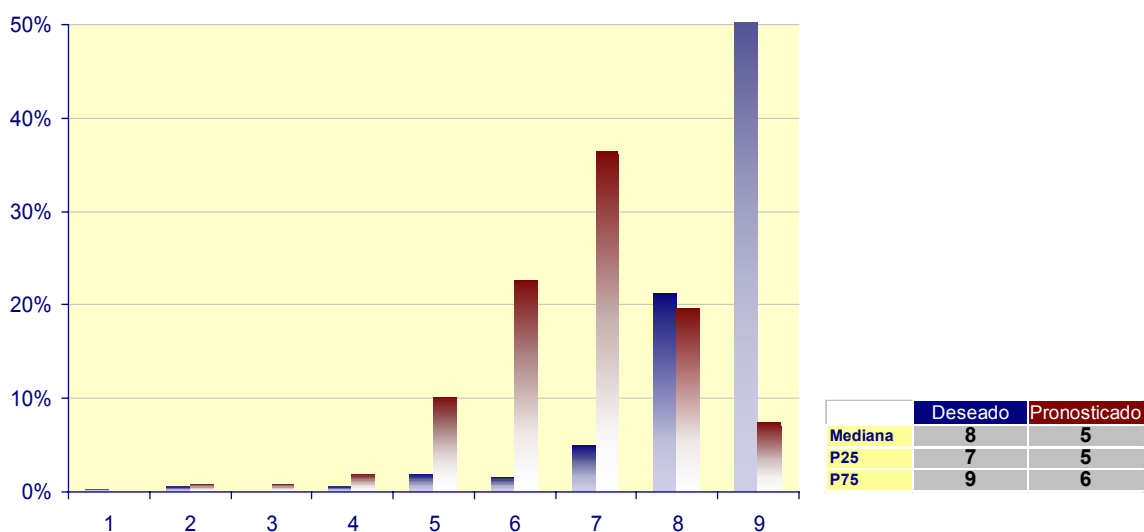


Figura 5.8 Distribución de deseos de profesionales sanitarios y el resto del grupo ante la afirmación: “Se incrementará la “medicalización” de algunas condiciones femeninas... ».



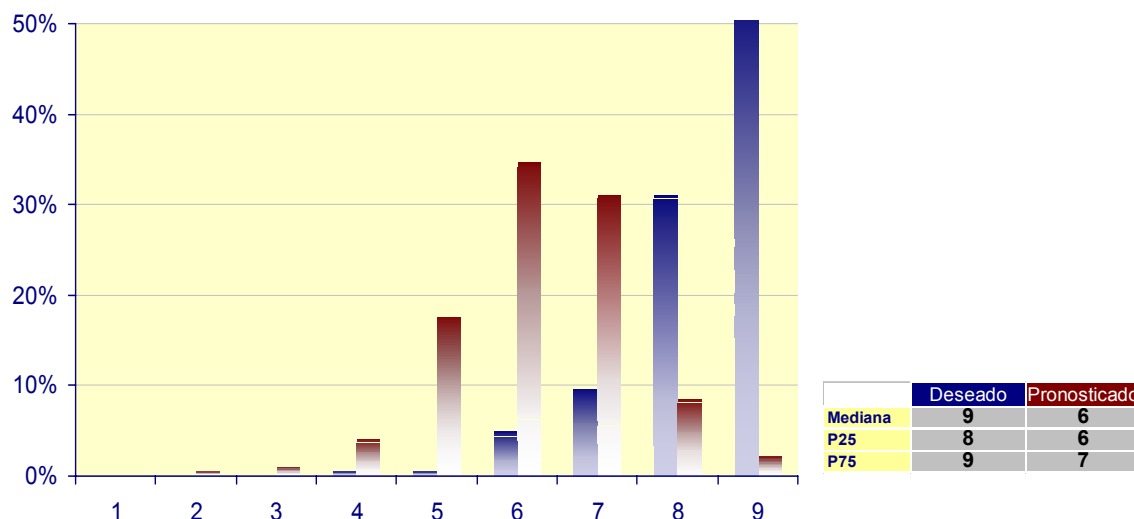
Consultados por su deseo y predicción sobre la adopción de actitudes más cautas y menos entusiastas ante las nuevas ofertas de prestación de servicios específicamente orientados a las mujeres, considerando la existencia de algunas experiencias previas con beneficios cuestionables, el 79% lo desearía, con un 37% avalando una máxima cautela representada por el 9. Pero la confianza en que se vayan a adoptar tales actitudes es compartida tan sólo por el 16%, con un mayoritario 79% que desconfía de que esto suceda.

Figura 5.9 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “La experiencia del activismo femenino a favor de algunas prestaciones cuyos beneficios han resultado cuestionables -como la terapia hormonal sustitutiva - contribuirá a adoptar actitudes más cautas y menos entusiastas ante las nuevas ofertas de prestación de servicios específicamente orientados a las mujeres”.



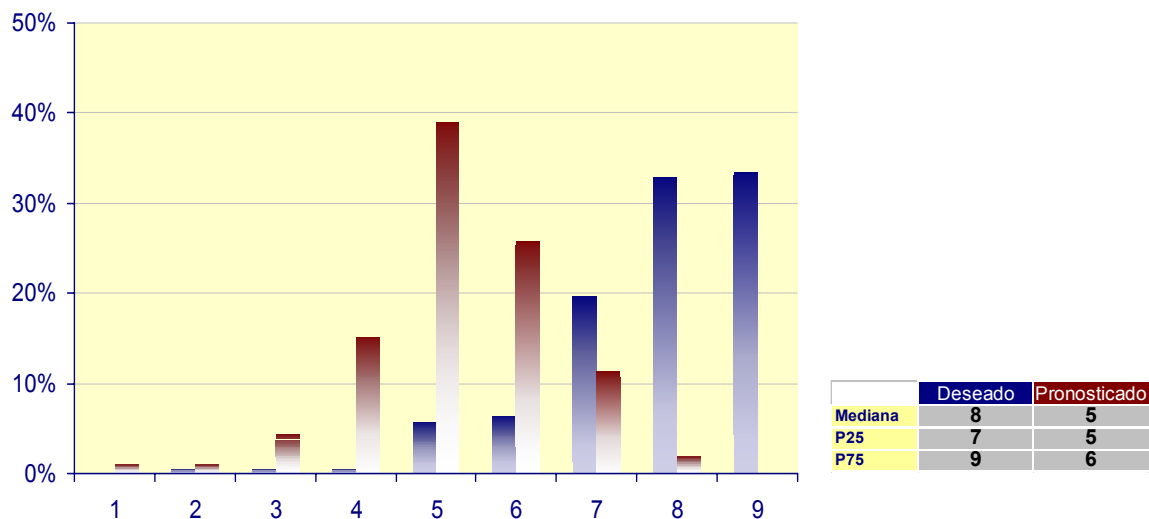
Finalmente, el deseo de que se promulguen directivas comunitarias tendentes a garantizar la reducción de desigualdades que afectan a la salud es prácticamente unánime, con un 53% de las respuestas en el 9 y el 94% entre 7 y 9. La verosimilitud de que efectivamente se adopten tales directivas es notablemente elevada con un 42% de respuestas netamente confiadas - intervalo entre 7 y 9- en su plasmación. Tal actitud podría indicar, en comparación con cuestiones anteriores referidas a la respuesta institucional, una mayor confianza respecto al compromiso de la Unión Europea en estos asuntos.

Figura 5.10 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Las instituciones de la Unión Europea generarán directivas en la línea de la transversalidad de igualdad de género (“mainstreaming of gender equality”) para garantizar la reducción de las desigualdades que afectan a la salud”.



En un sentido similar la capacidad de este tipo de políticas para aumentar la sensibilidad del sistema hacia las especificidades femeninas y las desigualdades detectadas es vista como deseable por el 86% de los consultados que las valoraron entre 7 y 9. Sin embargo su materialización verificable es esperada de modo inequívoco tan sólo por el 13% del panel, mientras que el 80% de consultados muestra una importante desconfianza, puntuando de 4 a 6.

Figura 5.11 Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El desarrollo de políticas de discriminación positiva en el acceso a puestos de responsabilidad en el sistema sanitario y otros ámbitos sociales, en la línea de la transversalidad de igualdad de género (“mainstreaming of gender equality”) aumentarán la sensibilidad del sistema hacia las especificidades femeninas y las desigualdades detectadas”.



Si está interesado en obtener las bases de datos anonimizadas con las respuestas individuales de los panelistas, en el anexo 2 (Pág. 145) encontrará un formulario de petición de datos.

8. CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados del Delphi y su legítima diversidad interpretativa permiten señalar tendencias y dimensiones críticas, a lo que contribuyen tanto los acuerdos alcanzados como las discrepancias significativas observadas. Sin embargo no permiten extraer conclusiones prescriptivas, ni los consensos obtenidos de las respuestas de los panelistas constituyen un argumento definitivo a favor de ninguna alternativa. La metodología de esta técnica no lo permite ni la naturaleza de la información obtenida lo soporta.

Por tanto, las siguientes consideraciones se plantean como sugerencias para estimular un uso imaginativo de la información recopilada.

Un significativo escepticismo

En el conjunto de las respuestas a las cuestiones planteadas se advierte una mayoritaria actitud de escaso compromiso con posiciones extremas - a favor o en contra - en lo que se refiere a los pronósticos expresados sobre la verosimilitud de ocurrencia real de aquello para lo que, paradójicamente, también de manera mayoritaria se expresa inequívoca aspiración, preferencia o deseo. En síntesis, se desconfía que ocurra aquello que se desea con vehemencia, como si un temor a pecar de ingenuidad obligara a discriminar entre lo aceptablemente deseable y lo razonablemente esperable.

Así, a una preferencia absoluta por las formas de cuidado comunitario de las mujeres mayores dependientes frente a las de corte asilar, se une la elevada desconfianza expresada sobre la probabilidad de que las administraciones vayan a orientar sus respuestas de acuerdo con ese sentir generalizado o con las necesidades específicas de las mujeres de edad avanzada.

También se aprecian implícitos contrastes entre el deseo unánime de una significativa incorporación de mujeres al vértice de la actividad investigadora en biomedicina y la extendida duda respecto a que ésta vaya a suponer un avance en la integración del punto de vista del género en la política de investigación y en el diseño de proyectos.

Sin embargo extraer conclusiones precipitadas de este aparente pesimismo transversal a lo largo del estudio podría ser inadecuado. Puede que a la vista de estos resultados presentados algunos apunten hacia una cierta degradación de la confianza en la receptividad de los políticos hacia sus prioridades como expresión de desconfianza en las instituciones. En tal caso es conveniente recordar que con razonamientos similares se podría cuestionar la aparentemente menguada capacidad de compromiso con la iniciativa y la acción cívica asertiva de quienes muestran ese grado de disociación entre lo que se reivindica y lo que realmente se espera conseguir.

Esta consideración no pretende ocultar la severidad del juicio que emerge hacia nuestras instituciones de convivencia, si no más bien señalar la dimensión generalizada - de toda la ciudadanía - de la responsabilidad tanto de enunciar y

defender las aspiraciones colectivas contemporáneas de justicia social e igualdad de género, como de reducir las incertidumbres acerca de cómo asegurar su logro.

Asumiendo que el riesgo asociado a solicitar a los panelistas una doble dimensión en sus pronósticos – deseo y predicción pragmática- es el de aumentar la exigencia del lector en el análisis y la interpretación de los resultados, estimamos que vale la pena asumirlo.ç

La percepción conjunta del ciclo vital

La concepción de un espacio europeo de protección social supone garantizar a ciudadanas y ciudadanos un sistema organizado de recursos que les permita afrontar riesgos predecibles y aleatorios a lo largo de su ciclo vital, mas allá de intervenciones episódicas, discrecionales y descohesionadas. En este sentido es de la mayor importancia que la igualdad de género y la desaparición de la discriminación por razón de sexo se integre asimismo a lo largo del ciclo vital de las personas. Difícilmente se podrá promover la igualdad de género en la jubilación y en las edades avanzadas manteniendo la actual desigualdad a lo largo de la vida laboral activa de las mujeres. El Delphi aporta por lo menos dos datos congruentes con esta visión:

- En primer lugar la conciencia unánime de los panelistas acerca de las dimensiones del desafío social que representa el envejecimiento y las exigencias de la equidad inter e intrageneracional, especialmente en lo que se refiere a las tareas de cuidado no retribuido de las personas mayores dependientes, mayoritariamente asumido por las mujeres.

- En segundo lugar, y en relación con lo anterior, la comprensión del escaso realismo que supone esperar que en el futuro inmediato los costes de una demanda en constante crecimiento de atención a mayores niveles de dependencia en la población anciana no vayan a continuar siendo soportado por sus hijas y parientes cercanos.

Empleo retribuido y bienestar de las mujeres

La declaración del 40% de las mujeres jóvenes españolas, que según Fernández Cordon²¹ – afirman preferir su carrera laboral a tener descendencia, sugiere la dimensión de las tensiones asociadas a las aspiraciones de la mujer, la transformación del mercado de trabajo y los nuevos patrones de competitividad y justifica la creación de un “contrato social de género”.

- Los resultados obtenidos en el Delphi muestran que el panel es consciente de la importancia que la calidad del empleo y la igualdad efectiva de género en el ámbito laboral representan como condiciones básicas para transformar la actual situación de discriminación que sufren las mujeres. Así lo confirman las predicciones que asocian la precariedad de las condiciones laborales y la mayor vulnerabilidad de las mujeres al desempleo con efectos secundarios sobre su salud física y mental.
- La mayoría de las personas encuestadas manifiestan reticencias a admitir un pronóstico de mejora real e inmediata de las actuales condiciones de

apoyo a los padres trabajadores –servicios para la primera infancia, cuidados para las personas dependientes que conviven en el hogar, flexibilidad y seguridad.

Maternidad y medicalización

Las mujeres añaden a las exigencias compartidas con los hombres de cuidados sanitarios necesidades específicas adicionales a causa no sólo de su biología sino también de los roles determinados por el género. En respuesta a estas últimas, la denominada “medicina reproductiva” constituye un referente crítico en el conflicto entre la medicalización - la búsqueda de patologías en condiciones y procesos “normales” en el ciclo vital de las mujeres – y la documentada desatención a algunas de estas necesidades.

- El panel ha dado muestras de apreciar las limitaciones de disponer de tecnología e información para controlar la fertilidad sin actuar sobre las desigualdades de género.
- Especial interés reviste la percepción de la asistencia prestada por los servicios sanitarios ante la interrupción voluntaria del embarazo. Además de la vigente limitación normativa de la capacidad de elección de la mujer, la situación actual de este proceso medicalizado se caracteriza por una realización abrumadoramente privada, con un casi absoluto desistimiento de los servicios públicos a la hora de facilitar su prestación. Al respecto el panel mostró a la vez sus aspiraciones de que la prestación se normalice en la cartera de servicios de los centros públicos y su escepticismo de que

eso vaya a producirse de manera apreciable a lo largo de los próximos quince años.

- En este ámbito existen otras actuaciones en las que se aprecian limitaciones sin base científica a la autonomía y capacidad de decisión de las mujeres como en la elección del tipo de parto, la opción de recibir anestesia epidural, o la autorización explícita para la práctica de una episiotomía; ejemplos de intervenciones injustificadamente discrecionales por parte de los proveedores sanitarios. Entre las respuestas a estas cuestiones, los partidarios de que la mujer influya decisivamente en ellas expresan – mayoritariamente - reservas acerca de que se alcance una situación más equilibrada en el horizonte temporal propuesto.

Todo para ellas pero sin ellas

Un rasgo recurrente de la cultura innovadora de nuestro “sistema de bienestar” consiste en tolerar, e incluso incentivar el discurso del necesario cambio, al tiempo que se desnaturalizan las recomendaciones y se consiente en aplazar cualquier transformación hasta que su eventual realización no surta efectos apreciable. En el ámbito sanitario las peripecias del popular “Informe Abril Martorell” lo convierten en un paradigma del reformismo social español de las últimas décadas.

- Resulta preocupante la compatibilidad existente entre el reconocimiento del descontento de las mujeres con la escasa sensibilidad y respuesta del sistema público a sus problemas específicos de salud, la admisión de que no debería ocurrir y la predicción de su efecto incentivador sobre el

deslizamiento de usuarias desde el sistema público hacia el aseguramiento y la medicina privados. La mayoría de los panelistas, sin que ningún grupo destaque por encima de los demás, manifiestan una muy limitada confianza en que se altere la capacidad del sistema sanitario para reconocer, prestar atención y dar legitimidad a las preferencias, experiencias y juicio de las usuarias en la toma de decisiones clínicas.

- Los pronósticos relacionados con el proceso de articulación de las necesidades subjetivas en demanda individual de salud y servicios sanitarios exhiben también la comentada dicotomía entre la afirmación mayoritaria de las aspiraciones a que la usuaria se convierta en el auténtico centro del sistema sanitario público aumentando su capacidad de participación, de autonomía y de elección informada y la escasa convicción de ocurrencia, mayoritariamente compartida.
- Nada parecido al “derecho de objeción” – negativa a admitir intervenciones sin probada eficacia científica por parte del paciente - va a consagrarse formalmente para una mayoría de panelistas casi tan considerable como la mayoría que desearía que eso se produjera en las relaciones médico-paciente. Por lo menos en el ámbito de la medicina pública.
- Los profesionales son quienes más se oponen a admitir que la ampliación de la capacidad de decisión de las usuarias se realice a costa de relajar el filtro de la Atención Primaria para acceder directamente a la atención especializada en la salud de la mujer.

- También se constata que son los profesionales sanitarios, en contraste con el resto de los componentes del panel, quienes se muestran menos favorables a que la consideración asistencial específica a los problemas de salud de la mujer vayan más allá de la sexualidad y la reproducción.
- Finalmente, frente a la ausencia de ambigüedad en la expresión unánime de lo deseable que es que las mujeres se incorporen en proporciones crecientes a la cúspide de los órganos de decisión de la política y la gestión sanitarias para la integración de la perspectiva de género, debe considerarse lo que significa que un treinta por ciento de los consultados den por descontado que eso no va a suceder y que el resto muestre indeterminación en el pronóstico de ocurrencia.

La persistente invisibilidad del género y el sexo en la investigación biomédica.

De todos los premios Nobel concedidos desde el comienzo del pasado siglo, 457 han sido otorgados a hombres de cuyos equipos científicos formaban parte mujeres y sólo 11 a mujeres. Pese a que desde hace 25 años en las aulas de las facultades de ciencias de la salud la presencia femenina es mayoritaria, en nuestro país aun no existe ninguna catedrática de Ginecología u Obstetricia. Tal vez esta constatación permita comprender algo más la permanencia, aún documentada, de resistencias a la inclusión sin excepciones del punto de vista de género en las estructuras de gobernabilidad, la gestión y la realización de la actividad científica en biomedicina.

Tampoco lo que se espera de la actividad científica se libra, atendiendo a los resultados de la consulta, de un poco velado escepticismo. En este sentido presentar a estas alturas como si fuera un logro que una proporción mayor de recursos para nuestra investigación se asigne a mujeres resulta particularmente significativo e indica el trecho que queda por recorrer para erradicar el sesgo involutivo de género en cuanto a estrategia, relevancia social, priorización y producción de conocimiento y aplicación clínica.

- En el enfriamiento de las expectativas expresadas acerca de que la priorización de la investigación sea especialmente relevante con los problemas de salud tradicionalmente desatendidos, probablemente juega un papel importante el destacado nivel de verosimilitud que los propios panelistas otorgan al pronóstico de que la “medicalización” y la atención selectiva de los especialistas y “expertos” suelen dirigirse y focalizarse en las oportunidades de mercado y de prestigio asociadas a la innovación tecnológica que no siempre es congruente con las necesidades sanitarias percibidas por las mujeres.
- Para concluir, es alentador comprobar la unanimidad que el panel muestra en la formulación de aspiraciones comunes de progreso en el incremento de la incorporación de mujeres a la investigación biomédica, la priorización de líneas de investigación sobre problemas de salud de la mujer reiteradamente desatendidos – aunque la esperanza de que eso vaya a producirse es mucho menos pronunciada - así como de que se corrija el sesgo existente en la proporción de participantes de cada sexo en el diseño de los proyectos de investigación.

9. Bibliografía

1. Rees T. Mainstreaming equality in the European Union: education, training and labour market policies. London: Routledge, 1998
2. European Techonlogy Assessment Network (ETAN) Report on Women and Science: Science Policies in the European Union: Promoting excellence through mainstreaming gender equality. European Comission, 2000
3. Milholland A, Wheeler S, Heieck J. Medical assessment by a Delphi group opinion technique. The New England Journal of Medicine 1973; June 14: 1272-5.
4. Women in Europe: towards healthy ageing. European Institute of Women's Health, 1997. Accesible en: <http://www.eurohealth.ie/report/8.htm>
5. Informe 2000. Las personas mayores en España, Vol I. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España), 2000
6. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Delphi "Envejecimiento y Dependencia: Futuros Deseables y Futuros Posibles". Barcelona 2001. accesible en: www.fundsis.org)
7. Esping-Andersen G, Gallie D, Hemerijck A, Myles J. A new welfare arquitecture for europe? Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union final version, September 2001
8. Salganicoff A. Women's Roles and Responsibilities: Family Health and Work. The Henry J. Kaiser Family Foundation. Proceedings of the Capitol Hill Briefing Series on Women's Health Policy ; 2003 Oct 8, Washington, US
9. B.Daumerie. What Future for Europe ? : new perspectives in post-industrial fertility issues. Institute for Futures Studies, 2003
10. The United Nations Beijing Decalaration and Platform for Action. Accesible en www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm -visitado el 20.10.03
11. Artells.J.J. Effectiveness and decision Making in Health Planning Context: The case of out-patient ante-natal care. (Unpublished M.litt Thesis) University of Oxford,1981

12. R.W. Connell. Gender Polity Press. Blackwell Pub. London, 2002
13. Grant K.R. Is there a Method to this madness? Studying health Care Reform as if Women mattered. University of Manitoba The National Coordinating Group on Health Care Reform and Women Centres of Excellence for Women's Health Progra. Women's Health Bureau. Health Canada, 2000
14. Rumsey N, Harcourt D. The care of women with breast cancer: Research, policy and practice. In L Doyal et al (eds) Women and health services. Open University Press, 1998
15. Doyal L. Women and health services: an agenda for change Open University Press. Buckingham, 1998
16. Grant.J, Burden.S and Breen.G .No evidence of sexism in peer review. Nature 1997; 390: 438
17. Rosser SV. Women's Health-Missing from U.S Medicine. Bloomington and Indianapolis. Indiana University Press, 1994
18. Doyal L. What makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health. Mac Millan Press. London, 1995
19. Heart and Stroke Foundation of Canada, 1999. Women and heart health. Accesible en : http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/womens/facts_heart.pdf
20. V, Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. BMJ 2003; 326: 45-47
21. Fernández Cordon JA, Tobío C. Las familias monoparentales en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 1998; 83: 51-85

Otras fuentes consultadas

1. Le centre Européen d'Expertise en Evaluation Evaluating the application of the principle of equal opportunities in Structural Funds interventions: Methodological proposals, Lyon, France 1998. Le Centre Européen d'Expertise en Evaluation (EC MEANS Programme report (Méthodes d'Evaluation des Actions de Nature Structurelle)
2. Chamberlain, M.K. (1991) Women in academe: Progress and prospects, New York: Russell Sage Foundation
3. Chair, R. (ed) (1995) The scientific education of girls: Education beyond reproach?, UNESCO Publishing.
4. Council of Europe (1999) Role of women in the field of science and technology, Report of the Committee on Science and Technology, Strasbourg: Council of Europe
5. Instituto de la Mujer (1999). Las mujeres en la toma de decisiones, Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo Asuntos Sociales.
6. Rossiter, M. (1995) Women scientists in America: Before affirmative action, 1940-1972, Baltimore and London: John Hopkins University Press.
7. UNESCO (1999) Science for the twenty-first century: A new commitment (Conference Package) Budapest: UNESCO
8. Baume E, Juarez M, and Standing H. Gender and Health Equity Network. Gender and Equity resource Guide. Institute of Development. University of Sussex. U.K. 2001
9. Bharati Sadasivam. Widening women's choices: The case for Childcare in the era of globalization. Harnessing Globalisation for children: a report to UNICEF
10. Workers in the Global Economy, Report on a Labour Rights-Women's Rights Advocacy Dialogue: Women's Rights and Labour Rights in Global Trade. September 1999.

11. Sylvia Anne Hewlett. The New York Times, op.ed page, Have a Child, and Experience the Wage Gap. May 16, 2000.
12. European Industrial Relations Observatory (2000), Gender Perspectives: Annual Update 2000
13. Commission of the European Communities (CEC) (1999) Report on Social Protection in Europe 1999, Brussels, 21 March 2000
14. Gauthier Anne (2000) Public Policies Affecting Fertility and Families in Europe: A Survey of the 15 Member States (paper prepared for: the Annual Seminar 2000: "low Fertility, Families and Public Policies", Sevilla, Spain, 15-16 September 2000), European Observatory on Family Matters.
15. ILO (1999a) "International Programme on More and Better Jobs for Women", The Role of Trade Unions in Promoting Gender Equality and Protecting Vulnerable Women Workers, First Report of the ILO-ICFTU Survey, Geneva
16. United Nations – Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (1999) Economic Empowerment of Women: Trends in Economic Participation and Poverty Among Women in the Asian and Pacific Region, by Jayati Ghosh (paper prepared for the high-level intergovernmental meeting to review regional implementation of the Beijing Platform for Action, Bangkok, 26-29 October 1999)
17. United Nations (2000) Division for the Advancement of Women, Office of the High Commissioner for Human Rights, and the United Nations Development Fund for Women, Gender and Racial Discrimination, Report of the Expert Group Meeting, 21-24 November 2000, Zagreb, Croatia
18. Yeandle, Sue, Tony Gore and Alison Herrington (1999): Employment, Family and Community Activities: A New Balance for Women and Men; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin
19. Luis Moreno. La "vía media" española del modelo de bienestar mediterráneo. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Papers 63/64, 2001
20. Carme Borrell i Joan Benach. Les desigualtats Socials en Salut Catalana. Informe del CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill). Desembre 2002

21. Report of the Director General. Time for Equality at Work. Global Report under the Follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work. International Labour Conference 91st Session 2003
22. Ewan Mearns, Scottish Foresight Coordinator, Scottish Enterprise. Signposts from the future. A summary of emerging themes from foresight. November 2000
23. Karen R. Grant, PhD University of Manitoba. Is there a method to this madness? Studying health care reform as if women mattered. The National Coordination Group on Health Care Reform and Women Centres of Excellence for Women's Health Program. Women's Health Bureau. Health Canada. August, 2000
24. CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health
25. ILO (2003) Time for equality at work. International labour conference 91st session. Report I (B) <http://www.ilo.org/declaration>
26. Blaume E, Juarez M and Standingth (2001) Gender and Health Equity Network. Gender and Health Equity Resource Guide. Institute of Development Studies at the University of Sussex. Brighton. U.K.
27. Mearns E. Signposts from the Future. A Summary of Emerging themes from Foresight. Scottish Foresight Scottish Enterprise. <http://www.foresight.gov.uk/servlet/controller/ver=468/userid=2/>
28. Stont, D. (2002) The use of scenarios in foresight <http://www.foresight.gov.uk/servlet/controller/ver=492/&userid=2/>
29. Daumerie B. (2003) What Future for Europe? Institute for Futures Studies
30. Doyal Lesley, ed (1998) Women and Health Services open university Press. Buckingham, U.K.
31. Connell R.N. (2002) Gender. Blackwell Publ.Ltd. Oxford. U.K.
32. Daly M, Rake K. Gender and the Welfare State. Polity Press. Blackwell Publishing Ltd. Oxford. 2003
33. Feustermaker S and West Candace, ed. Doing Gender, Doing Difference. Inequality, Power and Institutional Change. Routledge. London.2002

34. Malmberg B and Lindth T. Swedish post-war economic development. The role of age structure in a welfare state. Annual Congress of the European Economic Association. Venice. August. 2002
35. Bradshaw J. et. al. 1996 The Employment of Lone Parents: A Comparison of Policy in 20 Countries. London: Family Policy Centre
36. Esping-Andersen G. (1999) Social Foundations of Post-Industrial Economies, Oxford, Oxford University Press
37. Sping-Andersen G. and Regini M. (2000) Why Deregulate Labour Markets? Oxford: Oxford University Press
38. Gallie D. (1999) Unemployment and Social Exclusion in the European Union, European Societies, 1, 1
39. Haveman R. and Wolfe B. (1995) The determinants of children's attainments. Journal of Economic Literature, XXXIII: 1829-1878
40. Karoly L. et.al. (1998) Investing in our Children. Santa Mónica, Calif: Rand Corporation
41. Leibfried S. (ed.) (2001) Welfare State Futures, Cambridge, Cambridge University Press
42. <http://www.awise.org> AWISE, Association for Women in Science and Engineering
43. <http://www.gasat.org.uk> GASAT, Gender & Science & Technology
44. <http://seui.mec.es> Secretaria de Estado de Universidades Investigación y Desarrollo
45. www.mtas.es/mujer Instituto de la Mujer
46. www.uam.es/estructura/instituto/IUEM/paginas Instituto Universitario de Estudios de la Mujer
47. <http://www.awis.org> AWIS Association for Women in Science
48. <http://www.alphagalileo.org> Alpha Galileo-European SET News
49. <http://www.bbc.co.uk/sia> BBC Science in Action
50. <http://www.Southern.com/natasha/women/gateway/gateway.htm> Euro science

51. <http://www.norvartisfound.demon.co.uk> Median Resource Service (MRS) scientific information
52. <http://www.engr.ucdavis.edu/college/information/gender> Gender equity in your teaching University of California, Davis
53. <http://www.cerbernet.co.uk//ncwgb/> National Council of Women of Great Britain
54. <http://Rocamora.org/WomenTalent.html> Women and Talent
55. <http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/>
56. <http://www.workingwoman.com/wwn/article>
57. <http://childrensdefensefouna.org/release001211.htm>
58. <http://laborrights.org/projects/globalecon/women/index.html>
59. <http://fairlabor.org/html/amendctr/html>
60. <http://www.eiro.eurofound.ie/2001/03/updates/tn0103201u.html>
61. <http://www.union-network.org>
62. <http://www.afscme.org/wrkplace/wfp07.htm>
63. <http://un.org/womenwatch/daw/csw/genrac/report/htm>
64. <http://www.ilo.org/declaration>
65. <http://www.foresight.gov.uk/servlet/controller/ver=468/userid=2/>

Anexo 1 Cuestionario de la primera ronda del Delphi

Estudio Delphi
“Mujer y Salud”

Questionario
Primera ronda

«NOMBRE» «APELLIDO» «APELLIDO»

TI. 93.205.27.27 • Fax. 93.205.14.47 • e_mail: fundsis.delphi@goc.es • web: www.fundsis.org

Propósito de la consulta

El presente estudio tiene como principal objetivo conocer las valoraciones, expectativas y pronósticos de un panel multidisciplinar de especialistas sobre una serie de factores en transformación que en el futuro inmediato serán determinantes en la evolución de las condiciones de salud de la mujer.

Se pretende que sus resultados ofrezcan una visión estratégica sobre las problemáticas de salud de la mujer, los factores relacionados con ésta y su previsible evolución en los próximos 15 años. En este sentido, el presente estudio debería ser útil como instrumento de apoyo para la planificación de políticas de salud y de servicios de salud sensibles a las características diferenciales de las mujeres, así como para aquellas específicamente orientadas a cubrir necesidades de salud del colectivo femenino.

Qué se le pide que haga

Se pide que conteste al presente cuestionario. El cuestionario está estructurado en 5 bloques. En las cuestiones se le pide que conteste:

- Desde el punto de vista de **sus preferencias / deseos de lo que debería ocurrir** (aspecto *prescriptivo*): Casilla **DESEO**.
- Desde el punto de vista de **lo que cree que sucederá** (aspecto *prospectivo*): Casilla **OCURRIRÁ**.

Importante: tan sólo en las cuestiones del *bloque 1* usted debe responder únicamente desde el punto de vista prospectivo (lo que usted cree que sucederá).

Cómo cumplimentar el cuestionario

Cada una de las cuestiones consta de **dos casillas** de respuesta:

- **En la casilla 'Deseo' usted debe contestar desde el punto de vista de su preferencia / deseo** de que ocurra, puntuando de 1 a 9 (desde 1 –no lo desea en absoluto– hasta 9 –desea totalmente que suceda).
- **En la casilla 'Ocurrirá' usted debe contestar desde el punto de lo que cree que sucederá**, puntuando de 1 a 9 (1 –cree totalmente que no ocurrirá– hasta 9 –cree totalmente que ocurrirá).

Ejemplo:

Por ejemplo, en la siguiente cuestión:

				Puntúe de 1 a 9		
35- Aumentarán las incipientes prestaciones económicas y sus cuantías para las mujeres cuidadoras.	Deseo	1		9		
	Ocurrirá	1		9		

A efectos puramente ilustrativos, supongamos que usted opina que las prestaciones económicas para las cuidadoras tienen una relativa efectividad y desea que estas aumenten, otorgándole, pongamos, un 7. En la fila "Deseo", escribirá el 7 en la casilla entre el 1 y el 9.

Sin embargo, usted está bastante seguro que las prestaciones económicas no aumentarán en el futuro, otorgando un 3 en la respuesta. En la fila "Ocurrirá" escribirá el 3 en la casilla entre el 1 y el 9.

				Puntúe de 1 a 9		
35- Aumentarán las incipientes prestaciones económicas y sus cuantías para las mujeres cuidadoras.	Deseo	1	7	9		
	Ocurrirá	1	3	9		

Resolución de dudas o demanda adicional de más información:

En caso de que tenga alguna duda o necesite otro cuestionario no dude en solicitarlo a través de:

- Teléfono: 93 205 27 27
- Fax: 93 205 14 47
- E-Mail: fundsis.delphi@goc.es

Plazo de devolución del cuestionario:

Se ha estimado que el tiempo promedio requerido para cumplimentar el cuestionario está entre 30 y 45 minutos.

Devuelva el cuestionario en el **plazo de una semana**. Puede remitirnos sus respuestas de la forma que le resulte más cómoda:

- Por fax: 93 205 14 47
- Por correo electrónico: fundsis.delphi@goc.es

Información importante: Segunda Ronda.

Una vez hayamos analizado las respuestas del conjunto de panelistas a este cuestionario, le volveremos a enviar un segundo cuestionario a cumplimentar. Le rogamos lo tenga en cuenta a efectos de tener a bien cumplimentar el segundo cuestionario para poder conservar un panel estable de consultados entre la dos rondas

y así obtener resultados de calidad óptima. Se la enviará el segundo cuestionario entre Mayo y Junio.

Muchas gracias por su tiempo y su estimable colaboración.

Índice del cuestionario

- I. **Género, demografía y salud: escenarios previsibles.**
- II. **Determinantes sociales de la salud y desigualdades: evolución políticas al respecto.**
- III. **Asistencia sanitaria: evolución y estrategias.**
- IV. **Integración de servicios sociosanitarios.**
- V. **El papel de las mujeres en la conformación de los servicios de salud.**

I. GÉNERO, DEMOGRAFÍA Y SALUD: ESCENARIOS PREVISIBLES

En este apartado se proponen diversas tendencias y proyecciones alternativas sobre una serie de cuestiones que son de nuevo abordadas más adelante. Responda a las cuestiones propuestas desde la perspectiva de **lo que Ud. cree** que verosímilmente ocurrirá en el horizonte de la consulta (**quince años**) Y NO DE LO QUE Ud. OPINE O CONSIDERE QUE DEBERÍA SUCEDER (esta dimensión de la consulta - lo que Ud. opina que DEBERIA ocurrir - será objeto de atención más adelante).

Por favor, lea atentamente los enunciados de las cuestiones y marque (de 1 a 9) la casilla que corresponda a la elección de su respuesta.

Expresar su grado de acuerdo (1 mínimo, 9 máximo) sobre los siguientes pronósticos referentes a la situación en los próximos 15 años.			
	Puntúe de 1 a 9		
I.1.- Las diferencias de esperanza de vida entre hombres y mujeres se mantendrán o aumentarán, lo que se traducirá en un incremento de la proporción de mujeres mayores sin pareja/solas.	1		9
I.2.- Aumentará el número de mujeres mayores de 75 años libres de incapacidades inhabilitantes, esto es, capaces de realizar autónomamente las actividades básicas de la vida diaria.	1		9
I.3.- Alternativamente, aumentará el número de mujeres mayores de 75 años que necesitan ayuda (total o parcial) para realizar las actividades básicas de la vida diaria por discapacidades y minusvalías limitantes de la autonomía individual.	1		9
I.4.- Entre las mujeres en edad laboral aumentarán los problemas psicosomáticos derivados del estrés y cansancio por la realización simultánea de la jornada laboral y las tareas domésticas.	1		9
I.5.- Aumentará el número de mujeres con enfermedades asociadas al hábito de fumar: cardiovasculares, EPOC (enfisema, bronquitis), cáncer de pulmón, cáncer de laringe, etc.	1		9
I.6.- Aumentará el número de mujeres con enfermedades asociadas al abuso de alcohol: cirrosis, cáncer hepático, cáncer de cavidad bucal y faringe, accidentes, etc.	1		9
I.7.- La creciente incorporación de las mujeres jóvenes al trabajo contribuirá a retrasar la edad media al nacimiento del primer hijo.	1		9

I.8.- Aumentará la proporción de familias monoparentales, principalmente compuestas por mujeres y sus hijos.	1		9
I.9.- Aumentará el número de mujeres sustentadoras principales del hogar y el de hombres dedicados al cuidado de la familia.	1		9
I.10.- Los progresos y el acceso a la educación sexual y a las prestaciones anticonceptivas y de planificación familiar y salud reproductiva harán disminuir el número de embarazos no deseados entre adolescentes.	1		9
I.11.- La reorientación de las estrategias de educación sexual y consejo anticonceptivo, aumentando su actuación sobre los jóvenes (varones) contribuirá decisivamente a disminuir el número de embarazos no deseados entre adolescentes.	1		9
I.12.- Se incrementará el número de (mujeres) inmigrantes, obligando a configurar unos servicios sanitarios permeables a otras culturas y atentos a las especificidades de sus hábitos sanitarios, higiénico-dietéticos, etc.	1		9
I.13.- Las mujeres serán, cada vez más, el objetivo de campañas de inducción de consumos con efectos nocivos sobre la salud, como el tabaco, alcohol, etc.	1		9
I.14.- La creciente adopción en el trabajo de roles convencionalmente masculinos –como por ejemplo alto ejecutivo, capataz,..– tendrá consecuencias negativas para la salud de las mujeres, como estrés, ansiedad, problemas de autoestima, etc.	1		9
I.15.- Se mantendrá o aumentará la incorporación de la mujer a empleos temporales o precarios, con consecuencias negativas sobre su salud y en el ámbito de la salud laboral.	1		9
I.16.- Aumentará el número de mujeres con disfunciones en la autopercepción corporal relacionada con su peso y volumen (anorexia, excesos en las dietas, etc.).	1		9
I.17.- Aumentará la aceptación y legitimación social de las prácticas de “redefinición corporal” (extensión del recurso a la cirugía plástica, prótesis estéticas y similares).	1		9
I.18.- Aumentará la preocupación por la realización de ejercicio físico y deportes para paliar los efectos del sedentarismo.	1		9
I.19.- Aumentarán las actividades de prevención de la osteoporosis y otras patologías osteoarticulares en las mujeres.	1		9
I.20.- Desaparecerá la actual separación entre los servicios sanitarios y los sociales, especialmente en la atención a los problemas de las personas mayores.	1		9

I.21.- Los Servicios Públicos de Salud desarrollarán programas y servicios específicos, integrados e intersectoriales, para atender las especificidades sanitarias ligadas al sexo.	1		9
I.22.- Las previsiones de respuesta institucional al creciente envejecimiento, soledad y dependencia de los ancianos se ajustaran atendiendo a la mayoritaria presencia de mujeres mayores solas y a sus especiales necesidades.	1		9

II. EVOLUCIÓN DE ALGUNOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DE DESIGUALDADES: POSIBLES DESARROLLOS DE POLÍTICAS SOCIALES Y LABORALES.

A continuación se enuncian una serie de "políticas" orientadas a la reducción de desigualdades con repercusiones sobre la salud de las mujeres. Conteste cual CREE que será el grado de desarrollo de estas "políticas" en los próximos quince años (de 1 - nada - a 9 – mucho) en la casilla "OCURRIRÁ" .

Para las mismas "políticas" propuestas, señale su propio nivel de ACUERDO O CONFIANZA en la efectividad de las mismas (de 1 - nada - a 9 -mucho) en la casilla DESEO.

(En todo el cuestionario, **deseo** equivale a **preferencia**)

Puntúe de 1 a 9				
II.1.- El cuidado de la familia sigue suponiendo cargas muy superiores para las mujeres que para los hombres, incluso en situaciones de equiparación profesional, lo que puede acarrear problemas psicosomáticos derivados del estrés y cansancio por la doble jornada laboral. Exprese sus previsiones y sus preferencias sobre las políticas que seguidamente se proponen, orientadas a modificar esa situación.				
II.1.1.- Aumentará la presión social tendente a equiparar el papel efectivo de los hombres y las mujeres en el cuidado de los hijos.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
II.1.2.- Se producirá una mejora y flexibilización en las relaciones y condiciones laborales: jornadas reducidas, excedencias temporales para cuidado de hijos, horarios móviles, etc.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
II.1.3.- Se incentivará que sean los hombres quienes puedan acogerse a las medidas facilitadoras del cuidado de los hijos. Extensión de los "permisos por paternidad".	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
II.1.4.- Aumentarán las ayudas económicas públicas para los trabajadores con hijos a su cargo.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
II.1.5.- Aumentará el número y tipo de servicios públicos de apoyo para trabajadores con hijos (ampliación y flexibilización de horarios de centros educativos, servicios de comedor subvencionados, etc.).	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
II.1.6.- Se extenderán formas de trabajo temporal destinadas básicamente a progenitores con hijos a su cuidado.	Deseo	1		9

	Ocurrirá	1		9
II.1.7.- Se producirán modificaciones legislativas para mejorar el acceso de trabajadores con hijos a empleos fijos y reducir el impacto negativo de su cuidado en la carrera profesional (mejora de leyes de conciliación de vida laboral).	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
II.1.8.- La competitividad existente en el mundo laboral seguirá disuadiendo a las mujeres de la maternidad en edades jóvenes, lo que llevará a generalizar prácticas preventivas y vigilancia más exhaustiva en el embarazo.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
II.1.9.- Las instituciones de la Unión Europea generarán directivas en la línea de la transversalidad de igualdad de género (“mainstreaming of gender equality” ¹) para garantizar la reducción de las desigualdades que afectan a la salud.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
II.1.10.- El desarrollo de políticas de discriminación positiva en el acceso a puestos de responsabilidad en el sistema sanitario y otros ámbitos sociales, en la línea de la transversalidad de igualdad de género (“mainstreaming of gender equality”) aumentarán la sensibilidad del sistema hacia las especificidades femeninas y las desigualdades detectadas.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

¹.- Transversalidad (“mainstreaming”): “La dimensión de la igualdad y la dimensión de género deben tenerse en cuenta en todas las acciones y actividades, desde la fase de planificación, estudiando sus efectos en las situaciones respectivas de unas y otros cuando se apliquen, supervisen y evalúen. Es lo que llamamos “transversalidad” (COMISION EUROPEA. GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO. OPOCE. Luxemburgo, 1999)

<p>II.2.- Las mujeres asumen la mayor parte de los denominados "cuidados informales" prestados a familiares mayores ,enfermos o dependientes, lo que supone un exceso de carga laboral y una limitación a las oportunidades de desenvolvimiento personal. Exprese , por favor , sus pronósticos (lo que CREE que verosímilmente ocurrirá) y sus preferencias (lo que DESEARIA que ocurriera) acerca de las acciones y "políticas" orientadas a modificar esta situación que , seguidamente, se proponen.</p>				
Puntúe de 1 a 9				
<p>II.2.1.- El deseo de maternidad y la necesidad de cuidar a los padres expulsarán del mercado de trabajo a las mujeres con empleos cuya remuneración no admita la subcontratación de personas que se ocupen de la familia, lo que determinará el incremento de determinadas patologías entre los grupos de mujeres que permanezcan en casa (depresión, ansiedad...).</p>	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
<p>II.2.2.- Aumentará la presión social tendente a equiparar el papel de hombres y mujeres en el cuidado de los mayores, enfermos y discapacitado.</p>	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
<p>II.2.3.- Aumentarán las incipientes prestaciones económicas y sus cuantías para las mujeres cuidadoras.</p>	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
<p>II.2.4.- Se "formalizaran" muchos de estos cuidados (cuidado domiciliario de enfermos, atención a personas de edad con determinados niveles de dependencia, etc.), ahora informales, mediante la extensión de su provisión por las administraciones públicas (cuidado domiciliario, ayudas domésticas, "comidas sobre ruedas", etc.)</p>	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

III. ASISTENCIA SANITARIA: EVOLUCIÓN Y ESTRATEGIAS .

Se han constatado diferencias de acceso y utilización por parte de las mujeres a determinados servicios sanitarios, y de manera sistemática en los más especializados (cardiología, oncología, diálisis, cirugía ortopédica, rehabilitación, etc.). También se ha descrito una insuficiente provisión –en volumen, en puntualidad, y en calidad– de algunos servicios específicamente femeninos, como contracepción, *screening* de patología oncológica femenina o IVE (interrupción voluntaria del embarazo). Por ejemplo, en nuestro entorno, algunas prestaciones básicas, como el empleo cuando se solicita de anestesia epidural obstétrica, siguen teniendo un carácter “discrecional”, las alternativas “amistosas” al parto medicalizado son anecdóticas o las demoras en la realización de ecografías pueden hacerles perder todo sentido.

A continuación se proponen una serie de posibles transformaciones en la prestación de servicios sanitarios o en las actitudes y posicionamiento de sus usuarias.

Por favor conteste cual CREE que será su grado de desarrollo (de 1 - nada- a 9 - mucho) en los próximos quince años en la casilla OCURRIRÁ.

Y para la misma serie enunciada señale en la casilla DESEO su grado de ACUERDO O CONFIANZA CON dichas transformaciones (de 1 -nada a 9- mucho)

III.1. Exprese sus previsiones y sus preferencias sobre las políticas orientadas a modificar esa situación que seguidamente se proponen				
				Puntúe de 1 a 9
III.1.1.- La constatación de la provisión insuficiente a las mujeres de ciertos servicios especializados llevará a diseñar políticas activas de aumento de su oferta.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.1.2.- Se crearan cada vez más unidades monográficas para la atención de problemas específicamente femeninos, como por ejemplo el climaterio (menopausia), algunas disfunciones hormonales, asesoramiento reproductivo, incontinencia urinaria)	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.1.3.- Se configurará(n) una(s) especialidad(es) médica(s) cuyo objeto sea la salud de la mujer, más allá de los problemas ligados a la sexualidad y la reproducción.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.1.4.- El aumento de información llevará a la exigencia de acceso directo a más servicios especializados, en detrimento de la perspectiva integral atribuida a la Atención Primaria .	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.1.5.- El descontento con la actual capacidad de respuesta a los problemas femeninos del sistema público hará que muchas mujeres acudan al sector privado, buscando una mayor condescendencia o sensibilidad hacia algunas de sus preferencias (como ya es el caso de las maternidades, buena parte de la pediatría y la mayoría de los tratamientos para la infertilidad) .	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

III.1.6.- Los servicios sanitarios responderán a la creciente demanda de información produciendo materiales y documentos (folletos, páginas web, videos,...) que faciliten la relación entre profesionales y usuarias.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.1.7.- La creciente información sobre la salud orientada hacia las usuarias del sistema sanitario (Internet, grupos de activismo femenino, etc.) supondrá una importante presión sobre las inercias del dispositivo asistencial.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.1.8.- Aumentarán los programas y unidades de atención específica al climaterio.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.1.9.- Los programas de atención al climaterio estimularan un mayor uso de terapias hormonales, tratamientos de la osteoporosis y medicalización de condiciones fisiológicas.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.1.10.- Se generalizará el acceso directo al ginecólogo en el sector público, sin necesidad de filtros previos.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

III.2. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva resultan especialmente llamativas algunas disfunciones entre la expresión de necesidades por parte de las mujeres y los servicios efectivamente dispensados. Expresar sus previsiones y sus preferencias sobre las estrategias orientadas a modificar esa situación que seguidamente se proponen .				
Puntúe de 1 a 9				
III.2.1.- Se generalizará efectivamente la prestación de interrupción voluntaria del embarazo en la cartera de servicios de los centros sanitarios públicos (Recuérdese que hoy en día más del 95% de las interrupciones voluntarias del embarazo se realizan extramuros del sistema público).	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.2.- Se potenciarán formas no quirúrgicas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.3.- Los programas de screening de patología oncológica femenina adoptarán una perspectiva integral, reduciéndose las demoras entre la parte preventiva (cribado) y la estrictamente diagnóstica, así como la desigual importancia atribuida a cada actividad.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.4.- Se incrementarán los servicios no estrictamente terapéuticos, como los de diagnóstico prenatal y asesoramiento reproductivo.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.5.- Aumentará la atención prestada a problemas percibidos como insuficientemente atendidos, como los prolapsos genitales o la incontinencia de orina.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.6.- La anestesia epidural obstétrica será una prestación analgésica opcional garantizada, en lugar de una prestación discrecional.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.7.- Existirán sistemas de vigilancia que contribuirán a reducir las muy variables cifras de episiotomías que se practican en nuestro país (Hasta un 97% de las primíparas y el 87% de todas las parturientas ²).	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.8.- Aumentará la presencia de alternativas de alumbramiento desmedicalizadas como el parto domiciliario (y en general la posibilidad de parto "a la carta", según las preferencias de la madre).	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.9.- Los tratamientos de fertilización, implantación de material genético viable y otras alternativas reproductivas serán prestadas con carácter general con cargo al sistema público.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.10.- Los requisitos para tener hijos con medios asistidos o por adopción serán los mismos que para tenerlos con medios "naturales" sin necesidad de pruebas psicológicas ni contenciosos sobre la propiedad de los gametos.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

² MARTÍNEZ GARCÍA E, REY MJ, BOUZÁN ML.. Enfermería Clínica 1998; 8: 5-7.

III.2.11.- Alternativamente, el tratamiento de la infertilidad no gozará del <i>status</i> de prestación sanitaria financiada públicamente, ampliando el mercado del que ya goza su prestación privada.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.2.12.- Los servicios de ginecología y obstetricia experimentarán una progresiva adaptación a las necesidades específicas que plantean las diferencias culturales de buena parte de su clientela futura (inmigración).	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

III.3. Está documentado que la producción de conocimiento científico desatiende en muchas ocasiones las especificidades de las mujeres. Así, aunque la principal causa de muerte después de la menopausia es la enfermedad coronaria, la práctica totalidad de los ensayos clínicos sobre dicha patología han sido realizados sobre varones. También se han empleado durante largo tiempo como cifras de normalidad las correspondientes a los hombres, aun en casos como el nivel de azúcar en sangre, que en las mujeres es fisiológicamente menor.

Esta desatención a algunos aspectos de la salud de las mujeres es compatible con las denuncias respecto a la “sobre-medicalización” de ciertas condiciones femeninas (Véase, por ejemplo, Moynihan R. **The making of a disease: female sexual dysfunction** BMJ 2003; 326: 45-47)

Expresé sus previsiones y sus preferencias sobre las estrategias orientadas a modificar esa situación que seguidamente se proponen.

Puntúe de 1 a 9				
III.3.1.- Se incrementará la desagregación de la información por sexos y se investigará activamente sobre las desigualdades de género asociadas a los procesos relacionados con la salud.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.3.2.- En poco tiempo los diseños de la mayoría de las investigaciones incluirán en su muestra a hombres y mujeres en un número apropiado al problema objeto de investigación.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.3.3.- Se producirá una incorporación de la perspectiva femenina a los diseños de la investigación mediante el empleo de objetivos de resultados (“end-points”) relevantes, escalas de medida sensibles, etc.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.3.4.- Se generalizará la investigación desde las distintas perspectivas femeninas (incluidas las diversidades culturales, étnicas, económicas y sociales) para disponer de una base de conocimiento científico que permita actuaciones fiables y efectivas para todas las mujeres.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.3.5.- Se producirá un esfuerzo investigador sobre aquellos aspectos de la salud femenina tradicionalmente menos atendidos o marginados de las prioridades de investigación.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.3.6.- Aumentará el número de mujeres dedicadas a la investigación médica, reclutadas activamente por los centros investigadores para incorporar la perspectiva de género.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.3.6.- Se incrementará la “medicalización” de algunas condiciones femeninas que ofrezcan un potencial mercado de servicios expertos.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

III.3.7.- La experiencia del activismo femenino a favor de algunas prestaciones cuyos beneficios han resultado cuestionables –como la terapia hormonal sustitutiva ³ – contribuirá a adoptar actitudes más cautas y menos entusiastas ante las nuevas ofertas de prestación de servicios específicamente orientados a las mujeres.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.3.8.- En líneas generales aumentarán las vías de participación y los espacios de elección informada (“ <i>empowerment</i> de pacientes”) en la atención sanitaria específicamente femenina.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
III.3.9.- Se aceptará el ejercicio por las usuarias de los servicios sanitarios de un “derecho de objeción” ante prácticas sin beneficios aun no demostrados científicamente, o en afirmación de sus valores y preferencias.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

³ Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA. 2002;288:321-333

IV. INTEGRACIÓN DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

Seguidamente se enuncian una serie de predicciones acerca de la capacidad de integración en la Política Social de distintos tipos de respuestas a situaciones ligadas a la salud y el sexo.

Se solicita al panelista que conteste cual CREE que será su grado de desarrollo (de 1 -nada- a 9 -mucho) en los próximos quince años en la casilla OCURRIRÁ.

Y para las mismas acciones que se predicen señale en la casilla DESEO su grado de ACUERDO O CONFIANZA en su efectividad (de 1 -nada- a 9 -mucho):

IV. Muchos de los problemas planteados (envejecimiento, prestación de cuidados informales a personas dependientes, pero también las agresiones sexistas, etc.) requieren para su subsanación de la convergencia de políticas activas, cuidados sanitarios y servicios sociales. Exprese sus previsiones y sus preferencias sobre las estrategias que seguidamente se enuncian.				
Puntúe de 1 a 9				
IV.1.- Existirá una coordinación efectiva de servicios sanitarios y sociales (incluyendo en éstos tanto las instancias judiciales como asistencia psicológica y social) para dar respuesta a los problemas de violencia doméstica.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
IV.2.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las mujeres mayores solas necesitadas de asistencia SE CENTRARÁN DE MANERA ESPECIAL en instituciones colectivas de asilamiento.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
IV.3.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las mujeres mayores solas necesitadas de asistencia SE CENTRARÁN DE MANERA ESPECIAL en la provisión de cuidados domiciliarios (servicios de ayuda doméstica, "comida sobre ruedas", etc.).	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
IV.4.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las mujeres mayores solas necesitadas de asistencia SE CENTRARÁN DE MANERA ESPECIAL en el fortalecimiento de redes sociales de autoayuda.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
IV.5.- Se producirá una fragmentación cada vez mayor de la prestación de cuidados, compartimentándose los problemas entre diferentes profesionales o instancias (hospitalización domiciliaria, centros de media y larga estancia, intendentes domésticos, "longtermcaristas", "generolistas", etc.).	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
IV.6.- Se desarrollarán políticas más activas de prevención de embarazos no deseados de adolescentes, incluyendo la educación y consulta personalizada y sin necesidad de intermediarios o tutores.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
IV.7.- Se extenderá la presencia de grupos de apoyo multidisciplinarios para mujeres climáticas a partir de iniciativas sociales.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

V. EL PAPEL DE LAS MUJERES EN LA CONFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Las mujeres son las principales usuarias de los servicios de salud, y su presencia es mayoritaria en algunas profesiones sanitarias (enfermería) y en la atención informal no remunerada. Pese a esta “feminización” del sector sanitario, las mujeres frecuentemente ejercen un rol subordinado a sus colegas masculinos, al tiempo que tienen una capacidad de influencia manifiestamente menor en las decisiones clave para la conformación de los servicios de salud.

Se solicita al panelista que conteste cuál CREE que será su grado de desarrollo (de 1 -nada- a 9 -mucho) en los próximos quince años en la casilla OCURRIRÁ.

Y para las mismas acciones que se predicen señale en la casilla DESEO su grado de ACUERDO O CONFIANZA en su efectividad (de 1 -nada- a 9 -mucho):

Puntúe de 1 a 9				
V.1.- Pese a la feminización de algunas profesiones o especialidades y al incremento del número de mujeres que estudian profesiones relacionadas con la salud, las mujeres seguirán teniendo mayor invisibilidad y menor influencia que los hombres sobre la priorización y desarrollo de la investigación, el uso de recursos y la orientación y gobernabilidad de las organizaciones sanitarias.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
V.2.- Las mujeres accederán a los beneficios del desarrollo tecnológico – especialmente el asociado con su salud reproductiva y algunas intervenciones como la mastectomía o la histerectomía–, pero “a cambio” de perder capacidad de decisión informada y autónoma.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
V.3.- La mayor atención que se prestará a las preferencias y opiniones de los usuarios –fortalecimiento de la capacidad de decisión (“ <i>empowerment</i> de las pacientes”), información explícita y accesible sobre el comportamiento y resultados de los profesionales y las organizaciones asistenciales, autonomía,.etc.– contribuirá a una mayor permeabilidad del Sistema Sanitario a los intereses de las mujeres.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
V.4.- Algunos actores sanitarios –determinadas compañías farmacéuticas, proveedores de servicios cuyo público diana sean mujeres, etc.– buscarán establecer alianzas estratégicas con el sector femenino de los usuarios, contribuyendo a la creación de estados de opinión y a la actuación “lobbystica” para incorporar al Sistema Sanitario servicios y orientaciones de interés compartido.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
V.5.- El desarrollo de servicios para la atención de problemas con especificidades femeninas y la amplia proporción de mujeres de las nuevas cohortes profesionales llevarán a la “feminización” de algunas profesiones, pudiendo ser tan raro encontrar un ginecólogo varón como aun lo es encontrar una uróloga.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

V.6.- La incorporación efectiva de las perspectivas, valores, preocupaciones e intereses femeninos y la ruptura del “statu quo” sólo se producirá mediante la aplicación de sistemas de cuotas, acceso paritario a puestos de responsabilidad directiva y estrategias similares.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9
V.7.- La creciente incorporación de mujeres a puestos en el vértice de las organizaciones facilitará la progresiva incorporación de sus perspectivas, preocupaciones y preferencias en el sistema sanitario.	Deseo	1		9
	Ocurrirá	1		9

Anexo 2 Acceso a la base de datos del estudio

Puede solicitar la base de datos anonimizada con las respuestas individuales de los 364 panelistas a los 142 items del estudio, a la atención de la **Sra. Montserrat Juan i Puigbet**, mediante:

- fax (93 231 32 20)
- o por correo electrónico (fundacionsis.phesba@pharma.novartis.com)

Aportando la siguiente información:

Nombre:

Teléfono de contacto:

Email:

Profesión:

Institución, organismo o empresa:

Cargo:

En caso en que desee utilizar la base de datos para la realización de un proyecto, le agradeceríamos que nos indicase:

- Propósito del estudio.
- Supervisor del estudio o alguna referencia académica o profesional.
- Fuente de financiación del estudio.

Le agradecemos de antemano su interés y esperamos poder seguir ofreciéndole nuestra colaboración.

