

mujeres y Salud

Revista de comunicación interactiva

Nº2 · Barcelona · Mayo 1998

**28 DE MAYO: DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN POR LA SALUD DE LA MUJER
CELEBREMOS Y EXIJAMOS LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES**

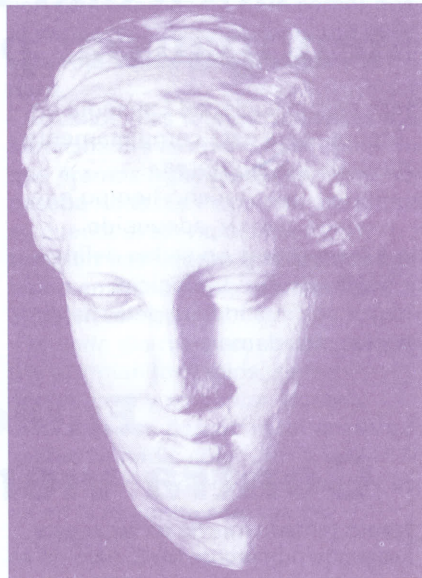
De plomo y plumas

Karen Messing y Ana María Seifert

Las mujeres tuvieron que luchar tanto para poder trabajar que, antes de atreverse a cuestionar sus condiciones de trabajo tuvieron que demostrar su capacidad y probar que podían hacerlo sin inconvenientes para sus maridos y durante los embarazos. Además, los empleos masculinos parecen más peligrosos y los riesgos de los empleos femeninos son más difíciles de identificar.

Los riesgos mentales, físicos y emotivos del trabajo femenino son invisibles bien porque "dada su naturaleza" se supone que no hay problemas, o porque el trabajo se hace a domicilio; o se considera una actividad subordinada al trabajo "real" de otros (limpieza), o el problema laboral se atribuye a la trabajadora (acoso sexual). Total, los riesgos son invisibles hasta para la misma trabajadora.

En el trabajo de las mujeres los problemas de salud laboral provienen de una acumulación de pequeñas cosas que, aisladas, parecen sin importancia pero, juntas, hacen la vida cotidiana muy difícil. Las investigaciones demuestran que las trabajadoras tienen condiciones de trabajo muy exigentes física, mental y emotivamente. Muchas son responsables de otras personas, o trabajan en posturas antinaturales, a ritmos elevados, conciliando familia y trabajo y se culpabilizándose por no poder organizar lo imposible. Las condiciones del trabajo de las mujeres sólo se pueden reconocer si se toman en consideración todos los factores



HIGEA, diosa griega de la salud.

m y s

Entrevista

Intoxicadas por pesticidas en su trabajo.

3

Tribuna Nacional

Maltrato a lo femenino, maltrato a la mujer

María Fuentes

6

Dossier2

Salud laboral para todas en el año 2.000
Si han cambiado las formas de trabajar, ¿Por qué no las políticas de salud laboral?

Lucía Artazcoz

implicados, como los horarios variables e imprevisibles, incompatibles con la familia, o los dolores premenstruales, que aumentan al levantar pesos o al trabajar a temperaturas variables, por no hablar del extraordinario impacto de las tareas repetitivas sobre la salud.

Los hombres están más expuestos a situaciones extremas, excepcionalmente, y las mujeres a una sobrecarga cotidiana, pero el trabajo de ellos parece "tan difícil" que ellas, "para compensar", "tienen" que trabajar más. Por lo tanto, los problemas de salud no los causa sólo el esfuerzo que hacemos sino también las percepciones estereotipadas sobre los dos sexos.

Cuesta mucho hacer reconocer que las mujeres tienen problemas de salud laboral: como si no se pudiera aceptar que una tonelada de plomo pesa lo mismo que una tonelada de plumas.

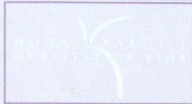
Hay que redefinir la salud ocupacional para incluir una visión más exacta del trabajo femenino, incluir la fisiología, la conciliación de lo profesional y doméstico y la exigencia de prevención en todos los empleos. Hay un instrumento para hacerlo: escuchar a las trabajadoras.

Karen Messing

es profesora de Ciencias Biológicas en la Universidad de Quebec y Directora de CINBIOSE (Centro para el estudio de las interacciones biológicas entre la salud y el medio ambiente). Ha investigado y publicado numerosos trabajos sobre salud laboral, en colaboración con Sindicatos y Universidad.

Ana María Seifert

es bióloga, investigadora del CIMBIOSE.



Edición:

Programa "Mujer, Salud y Calidad de Vida"

Directora: Leonor Taboada

Redacción: Montse Cervera, Margarita López

Consejo Editorial: Rosamaría Alberdi, Carme Alemany, Charo Altable, Victoria Alvarez, Vita Arrufat, Cristina Cámara, Consuelo Catalá, Concha Cifrián, Malén Cirerol, Mari Luz Esteban, Ana Freixas, María Fuentes, María Asunción

González de Echave, María José Hernández, María Huertas, Jimena Jiménez, Enrica Mata, Elvira Méndez, María Morón, Carmen Saez, Fina Sanz, Carme Valls Llobet.

Redacción, Administración, Suscripciones y Publicidad de MYS: c/ Paris, 150 08036 Barcelona

Tel y Fax: (34)93 322 65 54

e-mail: caps_pangea.org

MyS en Internet: www.nodo50.org/mujeresred/

Número de ejemplares: 2.000

Imprenta: Esment

Diseño: Ana Rodríguez Molinari

Depósito Legal: B-42842-997

Hablemos

Esperamos vuestros mensajes. Podéis enviarlos por correo, fax o correo electrónico, siempre que sean breves. ¿O no somos interactivas?

Una Urgencia: Síndrome de estrés post-traumático crónico por malos tratos.

Son las once de la noche, una mujer de 33 años sale a la calle con una criatura en brazos llorando y gritando que el marido la quiere matar y se dirige a casa de una vecina. Avisan a la Guardia Civil, el alcalde y otros vecinos van a la casa y encuentran al marido sentado en el sofá mirando la TV con los dos hijos mayores y todos dicen que allí no ha pasado nada. El marido es un alcohólico que da palizas a su mujer, pero siempre en privado. Los han desahuciado de la casa en que viven, la tienen que dejar en una semana y no tienen donde ir. La policía coge a la madre y a los seis niños y la llevan a dormir a una fonda. La mujer no puede dejar de llorar durante dos horas, consolada por la vecina...

A la mañana siguiente, no se atreve a confirmar la denuncia y vuelve desesperada a casa, más hundida, agresiva y confundida que nunca. Como si estuviera en un pozo con escaleras que no puede subir...

Mercè Fuentes.
Médica de Atención Primaria.

On Una gran mujer dirige la OMS

Por primera vez en la historia de Naciones Unidas, una mujer, Gro Harlem Brundtland, médica y ex Primera Ministra de Noruega, ha sido elegida para dirigir la Organización Mundial de la Salud, una de las cuatro agencias más importantes de la ONU. Dada su trayectoria feminista, su nombramiento es motivo de especial celebración



para las activistas de la salud de las mujeres en todo el mundo porque de ella podemos esperar la imprescindible incorporación de la mirada de género en todas las actuaciones y directrices de esta organización de influencia internacional.

Gro Harlem Brundtland

Off

Sociedad Española de Menopausia: para reír y llorar.

Para reír: la sociedad Española de Menopausia está completamente controlada por hombres.

Para llorar: hace mucho tiempo que ha quedado claro y convenido que a las mujeres no se las definirá por sus funciones biológicas, sino por sus cualidades personales, pero los mandamases

misóginos de la Sociedad de Menopausia se refieren a los objetos de sus desvelos como "las menopáusicas". ¿Qué habremos hecho para que no nos quieran dejar en paz ni después de dejar de ser "las reproductoras"? ¿Para cuándo Sociedades de Ginecología de y para mujeres?

Enredadas Contra viento y marea

Hemos tardado mucho en sacar este segundo número de MYS, pero no sé si pedir disculpas, o dinero, porque estábamos trabajando para pagar el primero y sufriendo por no poder volcar en papel y en Internet el esclarecedor material que genera constantemente la red de profesionales y activistas de la salud que las mujeres van tejiendo por España y el mundo, de la que MyS es arte y parte.

Qué más quisiéramos que poder poner un MYS en la calle cada mes, al alcance de todas, para seguir paso a paso los temas que nos preocupan, las políticas sanitarias, los avances, las verdades y las mentiras; para aclarar ideas, presentar alternativas, impulsar cambios y sobre todo, compartir los conocimientos de nuestras colaboradoras- sabias y solidarias profesionales y activistas comprometidas con la causa de mejorar la vida de las mujeres, de hacer visibles sus problemas, de buscar caminos nuevos, suaves, para mantener altas las ganas de vivir y las energías para hacerlo.

Hay un largo camino para poner las cosas en su sitio, para que la mirada de género se infiltre en la realidad dominante en el terreno de la salud, como en todo. Para que la biología deje de ser una carrera de obstáculos y amenazas. Pero tenemos lo más importante: ya hace muchos años que las mujeres se dedican a descubrir las mejores maneras de resolver sus problemas, y muchas de esas grandes expertas ya están con nosotras.

Estoy convencida de que la calidad del trabajo de las mujeres que colaboran en esta aventura de tener una revista sobre salud "nuestra", que nos salga del cuerpo y del alma, desde dentro, merece la más amplia difusión posible, cosa que no parecen compartir colegas periodistas que escriben lo que les cuentan esos señores tan poderosos que se mueven en este mundo al que llaman la "medicina de las mujeres", donde las mujeres profesionales no tienen ninguna relevancia y a las "clientas" las llaman menopáusicas.

Leonor Taboada

Entrevista *Susana Garrido y Gloria Vallverdú*

Susana Garrido y Gloria Vallverdú, Técnica de Laboratorio y Enfermera, son dos de las trabajadoras del laboratorio de microbiología de la Ciudad Sanitaria del Valle de Hebrón que fueron intoxicadas por fumigación del laboratorio (3 fumigaciones) en agosto de 1994. Durante 4 años ellas y otras ocho afectadas - aunque la intoxicación afectó a más de 316 personas- han buscado ayuda para sus síntomas encontrando incompreensión o una clara hostilidad ya que, antes de ser investigadas a fondo, fueron etiquetadas de neuróticas o histéricas. Ellas nos cuentan su largo calvario, su lucha para ser escuchadas, diagnosticadas y comprendidas hasta lograr visibilizar sus problemas y conseguir que su caso se considerase un accidente laboral, cuya última responsabilidad jurídica, y la consiguiente indemnización económica, se va a dirimir en los tribunales de justicia.

“Nos llamaron histéricas y neuróticas...”

Margarita López, Montse Cervera

¿Cómo y cuándo fue la intoxicación?

- El accidente fue en el verano del 94. Aparecieron hormigas y se hizo la primera fumigación el 8 de agosto. En principio no tuvimos ningún problema, pero las hormigas siguieron por ahí y el 22 de agosto se hizo otra fumigación en monocultivo, sólo en los sitios donde persistían las hormigas. Al día siguiente, el 23, aquello era irrespirable y al cabo de 10 minutos empezamos a sentirnos mal. A mí me picaban muchísimo los ojos y la nariz.

- A mí me entró una tos seca y un picor insoportable de garganta. Las ventanas estaban precintadas y no se podían abrir. Cuando las abrimos, con permiso de la jefa, vino uno de mantenimiento a decirnos que como se enterara el director...

¿Cómo actuaron en Medicina Preventiva?

-Al cabo de dos días fuimos a Medicina Preventiva porque ya no podíamos más. El aire seguía irrespirable porque, aunque al llegar abríamos las ventanas, al irnos las teníamos que volver a cerrar para que no nos echaran la bronca.

- En medicina preventiva nos atendió una doctora, le dijimos que habían fumigado y que nos encontrábamos mal. Y nos dijo que no podía ser, que los productos no eran tóxicos, que eran inocuos, que la casa de fumigación le había pasado unos papeles donde se explicaba todo.

- Nos dijo que lo que pasaba es que éramos muy **sensibles** y que ya nos podíamos ir para allá porque no pasaba nada.

- Aguantamos el viernes y a mí me tocó trabajar el sábado. Al entrar, el lunes, el olor ya no daba tanto el bofetón, pero al rato de estar allí te

ibas congestionando. Yo acabé totalmente afónica; había quedado con otra compañera para comer qué, al verme, me dijo que tenía toda la cara roja, sobre todo los ojos y la nariz.

- Aquellos días fuimos dos veces a Medicina Preventiva y nos repitieron que éramos **hipersensibles** y que no pasaba nada. La Patro nos mandó por su cuenta al servicio de alergias: también nos dijeron que éramos hipersensibles y que tomáramos antihistamínicos.

- Yo cada día me encontraba peor, se me dormían los labios, se me acorchaban y se ponían gordos.

- Durante ese tiempo ni un análisis de sangre ni nada; sólo una determinación de colinesterasa, y eso ya en la segunda semana de septiembre.

¿Cómo evolucionaron los síntomas?

- El miércoles yo ya tenía tan mal aspecto que la Patro me mandó para casa.

- El jueves vino el gerente de la empresa fumigadora, y nos dijo que éramos unas **hipersensibles**.

- La actitud del servicio de Medicina Preventiva siempre ha sido la misma, que no teníamos nada y que, en todo caso, lo que podríamos tener se podría achacar a cualquier cosa que tuviéramos antes.

- Tu te fuiste de vacaciones y a mí la Patro me mandó a casa cuatro días a ver si se me pasaba. Pero al volver la patada al entrar era aún más fuerte: no lo pude aguantar y me fui a hablar con el director del centro. Hizo cambiar el utillaje a la habitación de al lado y no volví a entrar ahí, pero la puerta estaba casi siempre abierta y yo ya empezaba a sentir pinchazos en los intestinos. También tenía



pesticidas

EL PAPEL DEL CAPS

En agosto de 1994 al menos 19 trabajadoras del servicio de Microbiología del Hospital del Valle Hebrón resultaron intoxicadas por pesticidas (insecticidas, piretroides y organofosforados).

Después de un largo período en el que no se reconoce la intoxicación por parte de los servicios médicos de empresa y otros servicios clínicos, ocho afectadas piden ayuda al CAPS-Centro de Programas y Análisis Sanitarios.

El CAPS constituye un grupo de trabajo que presenta su informe en diciembre de 1996, a la vez que gestiona el tratamiento médico (neuroológico y psicológico) de las afectadas.

Las afectadas llevan a juicio a la empresa fumigadora y al hospital. Aparece la noticia en los medios de comunicación. Hay entrevistas y programas de radio.

A finales de 1997 se conoce otro episodio de intoxicación por pesticidas de personal de una escuela de Badalona. El sindicato CCOO se ponen en contacto con el CAPS e Iniciativa per Catalunya- Els Verds (IC-EV) presenta una interpelación al Parlament de Catalunya.

El Conseller de sanidad de la Generalitat se entrevista con la responsable del tema en el CAPS (Carme Valls) y el Parlament de Catalunya a instancias del grupo IC-EV aprueba una moción que insta al Gobierno a regular el uso de plaguicidas.

El CAPS está negociando para poder estimular diversas iniciativas sobre el tema:

** Una base de datos sobre sustancias tóxicas en los productos de uso doméstico o ocasionales en empresas.*

** Una guía o protocolo de actuación en los servicios de urgencias en casos de sospecha de intoxicación por pesticidas.*

sensación de presión torácica y me dijeron que eso era síntoma de **ansiedad suspirosa**. Y yo notaba continuamente como un peso y bajadas de tensión y sensación de mareo; me tomaba la tensión y tenía 9 de máxima y, además, estornudando todo el rato, pero nadie me hacía ni caso.

¿Cuándo contactasteis con el grupo de Higiene y Salud Laboral?

- Al final hablé con la secretaria del médico de Salud Laboral y ella llamó a Seguridad e Higiene en el trabajo. El que habló con ella le dijo que si iba a la Junta de Personal tendría más fuerza que si sólo hacía una denuncia de accidente laboral, así que me fui a la Junta de Personal y me metí en el despacho de CCOO y les conté la película.

¿Empezaron, entonces, a controlaros?

- Me pusieron en recepción de muestras, para sacarme del laboratorio, pero yo cada día iba peor, hasta que el 19 de septiembre me levanté y tenía fiebre, fui a la médica de cabecera y le quise contar lo que pasaba pero me dijo que las cosas del trabajo no le interesaban, que fuera a la Mutua. En el Hospital no me hacían nada, pero tampoco me querían dar un parte para ir a la Mutua.

- A mi, en cuanto volví de vacaciones me empezó a picar la lengua. Fui a una boda el fin de semana y lo pasé fatal con las colonias de los invitados y las flores y tal.

- Volví a Medicina Preventiva porque tenía las fosas nasales quemadas, y le dije al médico :¿pero bueno, es que no va a apuntar nada en una ficha?. No escribieron nunca nada en la ficha hasta mucho después, retrospectivamente. Nos dieron una baja por **síntomas alérgicos**.

¿Qué es lo que más os afectaba de vuestra situación?

Lo más desesperante era que cada vez íbamos peor y los médicos del Hospital pasaban un montón. **Todos nos llamaban, con unas u otras palabras, histéricas**, incluso más de uno nos vino a decir que nuestro problema era estar **mal folladas**.

¿Hasta cuándo no les hacen alguna exploración de tipo neurológico?

- Nos presionaban para que nos incorporáramos al trabajo, en la Mutua nos querían dar el alta y no nos mandaban a hacernos ninguna prueba porque decían que al trabajar en un Hospital, nos las tenían que hacer allí. Sólo nos controló una doctora que no era neuróloga, porque el neurólogo no nos miraba ni a la

cara, pero dijo que no había nada.

Desde abril del 95 hasta Enero del 96 pasáis por largo peregrinaje entre los médicos de la Mutua y visitas a diversos hospitales. Pero ¿por qué creéis que empiezan a desaparecer las historias cuando se enteran que venís del hospital Valle Hebrón?

-Dijeron que iban a hacer un estudio medioambiental pero que no encontraban a nadie para hacerlo; pusieron los filtros para el aire para ver que era lo que había allí, pero desaparecieron.

- Finalmente el doctor ... me hizo un reconocimiento y me pidió varias pruebas y vi que apuntaba en la historia intoxicada por organofosforados y me hice una fotocopia de la historia. Pero en la siguiente consulta le llamaron de Medicina Preventiva y me abrió una historia nueva, diciendo que la anterior se había perdido, en la que apuntó cuadro hipersensible. Todo el tiempo han estado negando que se tratara de una intoxicación.

- Fuimos a San Pau y una médica nos reconoció bien, bien, pero cuando se enteró que trabajábamos en Vall Hebrón cambió el chip ..

- Y cuando el doctor ... (que era privado) me hizo las pruebas de fuerza, yo temblaba por todo y el decía que era que estaba muy nerviosa. Y sabía todo sin que le hubiéramos contado nada, era como si a todos los neurofisiólogos de cierto prestigio le hubieran pegado el toque.

- Al final nos fuimos a Navarra y el médico, que nos examinó muy bien, dijo que era una pena que hubiéramos tardado un año en hacernos esas pruebas porque electrográficamente era difícil apreciar nada "dado el tiempo transcurrido"...

A partir de aquí CCOO y la Dra. Neus Moreno convocaron una reunión con el investigador del CSIC Dr Rodriguez Farré que les prometió su ayuda y el Sindicato CCOO solicitó oficialmente al CAPS (Centro de Análisis y programas Sanitarios) que se creara una comisión para estudiar este grupo de afectadas, que constituyó el 29 de Enero de 1996 y cuya valoración final se presentó en Diciembre del mismo año.

Por medio del estudio neurofisiológico se objetivó una pérdida de memoria y problemas de velocidad en el procesamiento cognitivo y psicomotor, alteraciones del ciclo menstrual, aumento de fenómenos autoinmunes y anemia. El caso está pendiente de juicio.

Información

10 realidades en relación con el cáncer de mama en el mundo

1- La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) informa que el cáncer de mama es el cáncer femenino más común en los países industrializados y el segundo detrás del cáncer cervical en los países en desarrollo. La causas son todavía desconocidas

2- La mujer que muere de cáncer de mama tiene un promedio de cerca de 20 años menos de vida. Cada año solamente en los EE.UU. y Europa mueren unos dos millones de mujeres debido al cáncer de mama.

3- La incidencia del cáncer de mama está creciendo mundialmente. La encuesta más reciente del IARC descubrió que la incidencia del cáncer de mama se había incrementado un 26% desde 1980 a 1985. Estiman aproximadamente 719.000 nuevos casos y 308.000 muertes para 1985. IARC estima 1.2 millones de nuevos casos y 500.000 muertes de cáncer de mama en el mundo para el año 2.000.

4- Las estadísticas de cáncer de mama en los países industrializados o "desarrollados" son más altas en Norte América, en el norte de Europa, Australia y Nueva Zelanda.

5- En los países en desarrollo, las incidencias más altas en la estadísticas del cáncer de mama son en Sudamérica, el Caribe, el oeste de Asia y el norte de África.

6- El riesgo de padecer cáncer de mama es menos en el oeste de África y en el este de Asia. Pero estudios muestran cómo las mujeres pueden adquirir el riesgo de cáncer de mama del país al que han emigrado dentro de un margen tan pequeño como es una generación.

7- Sólo un 5% de cáncer de mama es hereditario. Y sobre el 80% de las mujeres diagnosticadas con la enfermedad serán las primeras en su familia en padecer cáncer de mama.

8- Las posibilidades de contraer cáncer de mama incrementan con la edad, pero aproximadamente un 70% ocurre en mujeres con factores de riesgo no identificables.

9- Mientras las estadísticas son todavía más altas en Norte América y en otros países desarrollados, el cáncer de mama está ahora incrementándose en los países en vías de desarrollo.

10- Estar debajo de exposiciones acumulativas a estrógenos y xenoestrógenos son los factores de riesgo más conocidos para el cáncer de mama, con la excepción de la radiación ionizante.

Cáncer de mama, xenostrogénos, leche materna

Carmen Valls Llobet
(Endocrinóloga)

El cáncer de mama está aumentando en mujeres de 50 años de los países industrializados. Una de cada 8 mujeres en EE.UU, frente a una de cada 13 mujeres en España. El origen genético del cáncer sólo se ha podido establecer en un 5% de los casos. Por ello se están investigando otras correlaciones que puedan explicar el incremento de la incidencia. El cáncer de mama depende de los estrógenos endógenos o ambientales. Por ello desde hace 10 años Marion Moses ha correlacionado los niveles de metabolitos de DDT circulantes y la incidencia de cáncer de mama con receptores de estrógenos positivos. Los pesticidas organoclorados se depositan en la célula grasa durante 25 años y pueden encontrarse niveles circulantes 14 años después de una exposición. Los resultados de algunos trabajos han sido contradictorios porque no se han correlacionado con la lactancia materna. Una vez una mujer está expuesta a pesticidas

organoclorados, la leche es el único vehículo "natural" de eliminación de los metabolitos tóxicos por su alto contenido en grasas. Por ello las mujeres que han dado de mamar estarán más protegidas para el cáncer de mama (y de hecho era un factor ya conocido) pero en cambio se desconoce el efecto que estos metabolitos ,retransmitidos a través de la leche ,puedan tener en el recién nacido.

Muchos productos industriales pesticidas derivados de plásticos, fármacos o hidrocarburos provenientes de los coches tienen la propiedad de imitar en las células a los estrógenos (ver cuadro adjunto).La acción en los receptores de las células diana (mama y útero) puede ser a corto y a largo plazo. A corto plazo provocando aumentos de la cantidad de menstruación y acortando los ciclos. A largo plazo incrementando la presencia de mastopatía fibroquistica y la incidencia de cáncer de mama.

En el Informe del Instituto Catalán de Oncología sobre Epidemiología y prevención del cáncer se señala: "A principios de los 90 se propuso la hipótesis de que los estrógenos ambientales podían estar relacionados con el cáncer de mama. Ésta hipótesis ha puesto en marcha nuevos estudios". Y recomienda que uno de los aspectos prioritarios para seguir con estos estudios "es la evaluación del potencial estrogénico de sustancias presentes en el ambiente tales como pesticidas, combustibles fármacos y plásticos". "En estas investigaciones será esencial identificar marcadores biológicos de las sustancias estrogénicas y de sus diferentes metabolitos así como de las posibles interacciones entre los estrógenos y los tejidos de los órganos diana. A pesar de que aún no disponemos de informaciones esenciales, algunos investigadores como DL Davis y HL Bradlow recomiendan la restricción de sustancias estrogénicas que no sean de momento esenciales ."

PESTICIDAS QUÍMICOS QUE ACTUAN COMO XENOESTRÓGENOS Y QUE ALTERAN LA FUNCIÓN ENDOCRINA.

Los pesticidas que se usan frecuentemente y que pueden actuar como xenostrogénos incluyen insecticidas, herbicidas y fungicidas.

COMPUESTOS ORGANOCLOARADOS:

Atrazina
Clordano
DDT
Endosulfán
Kepone
Metoxiclor
Algunos PCB
Bifenoles policlorinados
Herbicida
Termicida

Insecticida
Insecticida
De cebo en las trampas de hormigas y cucarachas
Insecticida
Componente del aislamiento eléctrico
De empleo generalizado
Prohibido en 1998
Prohibido en 1972,pero persiste en organismo.
De empleo generalizado
Prohibido en 1977
próximo al ddt
Se encuentra en viejos transformadores pero esta prohibido. y aguas residuales

PLÁSTICOS (Xenoestrógenos)

Phthalatos
Bisphenol A
Nonilfenol
alkylphenol
ethoxylates (apes)
(surfactants)
plásticos para envasar comida
Degradación policarbonato - resinas
Ablandador plásticos
agentes de limpieza, pintura agroquímicas,emulsión polymers,aceites lubricantes, textil y acabados metálicos
migra desde el env. a la com. (milk,cream, butter, cheese)
migra desde plastico cuando se calienta
migra del plastico a temperatura ambiente
Contaminación del agua (efectos en peces)

MEDICAMENTOS. DROGAS/XENOESTROGENS

Estrógenos sintéticos

Cimetidina HRT y contraceptivos orales	GAS	
Tratamiento úlcera	Hidrocarburos aromáticos	componentes petróleo
DES. Prohibido para embarazadas desde 1971 a largo plazo gynecomastia en hombres	Inhalación de gasolina o tubos de escape de los coches	

1.Moses. M. "Designer poisons, how to protect your health and house from toxic pesticides". 1995 Ed Pesticide Education Center. San Francisco. USA

MALTRATO A LO FEMENINO

La salud, hermana Cenicienta de la medicina

María Fuentes

Médica: Responsable del Programa Salud y Mujer del Centro Municipal de Promoción de la Salud de Jerez.

Se supone que en los años cincuenta se redefinió el concepto de salud y que esa nueva definición ha ido siendo integrada por las instituciones responsables, por las profesionales sanitarias, por la población. Incluso se supone que, en nuestro estado, eso ha llevado a la reforma sanitaria, y a la creación de los llamados Centros de Salud.

Por otro lado, hace unos años que empieza a recuperarse el término HIGIENE (de HIGEA- diosa griega de la salud y "derrocada" posteriormente por ESCULAPIO- dios de la medicina). Y junto con él, el de PROMOCIÓN DE SALUD, considerándose, ambos, los elementos de base para una buena política sanitaria. La antigua definición de salud (ausencia de enfermedad) implica una actitud pasiva, en la que la persona ("paciente"), casi no tiene más papel que el de desear que la enfermedad no le llegue, o a lo sumo, recurrir a los profesionales, en caso que le falte. Desde este punto de vista, la salud no puede aprenderse, ni conservarse, ni transmitirse o promocionarse de un modo activo. Ni siquiera parece que tenga nada que ver con nada palpable de lo cotidiano: actitudes, estilo de vida, hábitos... En la definición actual ("la salud es el bienestar físico psíquico y social") parece haber un concepto más global en el que la persona adquiere un papel más activo. De algún modo, implica diversos contenidos:

- 1.- la persona es un ser con diversas dimensiones
- 2.- Es preciso responsabilizarse activamente de la propia salud
- 3.- La salud de las personas tiene que ver con el modo en que viven, se relacionan, sienten
- 5.- Las estructuras sociales, el

modelo social de referencia, condicionan el bienestar de la población

6.- El bienestar es algo dinámico, cambiante y que por lo tanto puede aprenderse, transmitirse, promocionarse.

Si observamos en nuestro entorno, incluso más cerca, nuestra propia vida, vemos que nuestra actitud está generalmente más cercana del primer modelo, que del segundo. Y si tratamos de hacer un análisis mucho más detenido del segundo observamos que tras cada una de esas palabras existe un mundo por desbrozar y descubrir. Y que el significado de cada una de ellas pueda variar ampliamente de una persona a otra - en función de su género, sexo, clase social, nivel cultural y económico, ideología...

Hace algún tiempo di una charla sobre hábitos de salud a un grupo de población de nuestro municipio, económica y socialmente desfavorecido. Al preguntar a los asistentes qué entendían por una buena alimentación la respuesta fue inmediata y contundente; "comer, al menos, una vez al día". Evidentemente para esas personas el estado de bienestar no era comparable al de un grupo medio de población en el que la respuesta habitual suele ser: "alimentación variada", cuando menos. Pongamos un ejemplo. Cuando trabajo con un grupo de mujeres, observo algo obvio en nuestro medio: las causas más frecuentes de estrés y/o estados depresivos van ligadas, la mayor parte de las veces a conflictos familiares, relaciones afectivas, de pareja, vivencias de ama de casa. Cuando trabajo con hombres, se pone de manifiesto una realidad distinta: los motivos más frecuentes de estrés y estados depresivos entre ellos suelen ser de origen laboral (incluido el paro). A través de estos ejemplos, podemos sacar algunas conclusiones. Por un lado, el bienestar (= estar bien) es algo con un componente objetivo (ausencia de síntomas) y otro

componente subjetivo (sentirse bien, estar satisfecha, a gusto, comfortable, plena, contenta, feliz). Todas conocemos a estas alturas la repercusión directa que tiene el hecho de sentirse BIEN subjetivamente. Es la base de la medicina Psicosomática. Esto nos lleva a la segunda conclusión: la salud está condicionada por el sexo, o mejor por el género y/o rol social que se desarrolla. Depende pues de cómo una persona viva -de acuerdo o en desacuerdo- con lo establecido para su género por parte de su entorno social, el que viva en un estado de mayor o menor bienestar. La tercera conclusión se refiere a que el medio ambiente, al clima, al sistema económico, y por lo tanto el sistema ecológico establecido, condicionan el desarrollo del bienestar no sólo de forma indirecta - por los condicionamientos sociales y lo que ellos implican- sino de un modo directo sobre el estado físico. Por lo tanto:



MALTRATO A LA MUJER

1. La salud es un estado dinámico, objetivo y subjetivo, porque aunque se le dé más importancia al síntoma observable y mensurable, éste se establece desde cómo siente el/la persona, cómo se percibe a sí misma y su lugar en el mundo.
2. La salud depende del modo en que una persona percibe su mundo interior y el exterior y de cómo los interrelaciona.
3. La salud tiene género. Porque un hombre y una mujer observan y viven el mundo desde perspectivas muy dispares. Porque uno y otro son forzados a vivir de modos distintos. Porque lo femenino y lo masculino no ocupan el mismo lugar en nuestra sociedad. Porque nuestra psique, nuestros cuerpos y nuestro rol social son distintos. Porque el sistema sanitario y el mundo científico y academicista interpretan de modo distinto las alteraciones en hombres y en mujeres. Incluso, es más: medicaliza, patologiza y altera procesos fisiológicos, bajo el supuesto de "controlarlos" "prevenirlos", "curarlos", como la anticoncepción, la menstruación, la menopausia, el parto, la lactancia
4. La salud es también un reflejo de un estado social, que la amenaza o la rompe. La solidaridad la preserva o ayuda a recuperarla.
5. La salud "tiene ideología". Puede responder a una ideología mercantilista y de consumo (consumo de fármacos, alta tecnología, dependencia de las técnicas, servicios centralizados y masificados, en los que el/la usuaria es un productor/a- , consumismo que hay que poner a "funcionar" lo antes posible). O, por el contrario, pueden responder a una ideología integradora, que favorezca la autoayuda, la ayuda mutua, los recursos baratos, sencillos, accesibles, la educación para la salud, los servicios en pequeños centros, al alcance de los ciudadanos y ciudadanas; la desmedicalización.
6. La salud tiene que ver con la ecología. Porque no es posible vivir de un modo sano en un mundo enfermo. Porque para alimentarse de un modo sano, es preciso primero

¿POR QUÉ?

¿POR QUÉ, y en nombre de qué, se está explotando, expoliando, violando y destruyendo la naturaleza, el sistema ecológico, la tierra?

¿POR QUÉ, y en nombre de qué, se está interviniendo quirúrgica y médicamente y de modo sistemático todos los procesos fisiológicos de la mujer?

¿POR QUÉ, y en nombre de qué, es más importante la productividad, la rentabilidad, la eficacia, la economía de mercado, que las personas, la solidaridad, y el respeto a las necesidades individuales y colectivas?

¿POR QUÉ, si tanta importancia damos en nuestro medio a la maternidad, no existen más y mejores leyes que la apoyen y favorezcan, ni una organización social pensada para hacerla compatible con una vida laboral y de persona adulta?

¿POR QUÉ, los países ricos siguen cifrando el desarrollo en ser cada vez más ricos mientras millones de personas en el mundo mueren de hambre y las más pobres son mujeres?

¿POR QUÉ, al final del siglo veinte, de cada cuatro personas sin educación, cuatro son mujeres?

¿POR QUÉ, en el tercer mundo, la carga mayor de trabajo y explotación sigue siendo para las mujeres?

¿POR QUÉ, los abusos sexuales son infinitamente más frecuentes entre las niñas-mujeres, y sigue existiendo la trata de blancas, o sea, la esclavitud?

¿POR QUÉ, siguen castrando a cientos de miles de mujeres en el mundo?

¿Cómo, por qué y hasta cuando seguirán los hombres reprimiendo y maltratando todo que de femenino hay en ellos, y las mujeres siendo cómplices de ello?

cultivar de modo biológico. Y porque para respirar tiene que haber una atmósfera respirable

7. La salud es respeto. En estos días se habla de maltrato a las mujeres y cabría preguntarse cómo se maltrata o bien-trata en nuestro entorno, no sólo a las mujeres sino a LO FEMENINO, pues lo femenino abarca aspectos presentes tanto en los hombres como en las mujeres, forma parte del inconsciente colectivo: la tierra, las emociones, las relaciones de amor y ternura, la

capacidad de acogida, la creatividad, la intuición, la belleza, la vida en su expresión primera.

El maltrato a lo femenino es de origen ancestral, se remonta al inicio de una sociedad patriarcal y está extendido a todos los ámbitos de nuestra sociedad:

venimos de una historia basada en el menosprecio, abuso, explotación, negación y maltrato sistemático a lo femenino, a todo lo femenino. Y la mujer es la personificación por excelencia de lo femenino.

MyS pregunta:

¿ Qué papel deben jugar los grupos de Mujeres en las decisiones políticas tendentes a erradicar los malos tratos?

"Las mujeres de los distintos partidos políticos, más que nunca, hemos de coordinar esfuerzos para impulsar en todas las administraciones medidas de choque y programas de sensibilización, así como articular instrumentos de seguimiento. Es esencial potenciar el asociacionismo de mujeres como el mejor instrumento de presión ante los poderes públicos y de apoyo para las mujeres que sufren actos de violencia física o psíquica".

Amalia Gómez Gómez, Secretaria General de Asuntos Sociales- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

"Creo que la opinión de los grupos de mujeres es fundamental para la elaboración y aplicación de las políticas de igualdad entre mujeres y hombres. La experiencia que desarrollan estos grupos y su conocimiento de la realidad social deben constituir la base en la que se sustenten las medidas a poner en marcha para la erradicación de toda forma de violencia contra las mujeres".

Concepción Dancausa, Directora Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

"Los grupos de mujeres que por sus funciones tienen información y conocimiento cercano del problema,

tendrían que plantear las medidas políticas que consideren adecuadas para contrarrestarlo. De este modo y desde su ámbito, es de interés que colaboren en la puesta en práctica de dichas medidas.

Para Emakunde es realmente importante el papel que las asociaciones de mujeres desempeñan en la toma de decisiones sobre estas políticas, papel que se materializa tanto en la participación de los Planes de Acción Positiva como en el seguimiento de su ejecución a través de la Comisión Consultiva".

Itziar Fernandez Mendizabal, Secretaria General Instituto Vasco de la Mujer.(Emakunde).

UN PLAN CONCRETO PARA COMBATIR LOS MALOSTRATOS

(Consensuado por los grupos de mujeres y aprobado por unanimidad en el Parlamento Andaluz)

15 MEDIDA Y PRESUPUESTOS DEL PLAN ANDALUZ CONTRA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

- 1.- Campañas de rechazo social a la violencia contra las mujeres
- 2.- Elaboración de Estudios sobre la Violencia de Género
- 3.- Incremento de Ayudas a las Asociaciones y Colectivos de Mujeres para actuaciones contra la violencia de género
- 4.- Elaboración de un Manual de Estilo y Tratamiento de la violencia contra las mujeres en los Medios de Comunicación
- 5.- Prevenir la violencia de género, potenciando, en el ámbito educativo, comportamientos igualitarios y solidarios
- 6.- Puesta en marcha de programas de Reeducación de los Maltratadores y de grupos de terapia destinados a hombres con antecedentes de agresiones a mujeres, como complemento a las medidas penales.
- 7.- Elaboración de procedimiento de Coordinación entre los Ambitos sanitario, policial, social y judicial para la atención de las mujeres víctimas de violencia
- 8.- Diseño, realización e impartición de Módulos Formativos dirigidos a profesionales de los ámbitos sanitario, policial, social y judicial.
- 9.-Puesta en marcha del servicio de Defensa legal para mujeres víctimas de violencia en juicios de faltas o delitos.
- 10.- Creación de un Turno de Oficio específico para defensa de las mujeres víctimas de violencia en procesos de divorcio y de separación.
- 11.-Puesta en marcha de un servicio de Emergencia de 24 horas para mujeres víctimas de violencia
- 12.- Refuerzo de las Casa de Acogida y extensión de los Pisos Tutelados
- 13.- Puesta en marcha de una línea de Ayudas Económicas para mujeres
- 14.- Viviendas en Alquiler para mujeres a su salida de los Centros de Acogida
- 15.- Programa de Formación para el Empleo, con becas/salarios, para mujeres de los Centros de Acogida

	presupuesto 1998	presupuesto 1999	TOTALES
	20.000000	30.000000	50.000000
	13.000000	-----	13.000000
	150.000000	20.000000	350.000000
	4.000000	-----	4.000000
	10.000000	1.000000	11.000000
	5.000000	5.000000	10.000000
	-----	-----	-----
	23.000000	13.000000	36.000000
	52.000000	52.000000	104.000000
	10.000000	10.000000	20.000000
	242.000000	390.000000	632.000000
	376.000000	449.000000	825.000000
	25.000000	50.000000	75.000000
	-----	-----	-----
	50.000000	100.000000	150.000000
	980.000000	1300.000000	2.280.000000



SALUD LABORAL PARA TODAS EN EL AÑO 2000

Si han cambiado las formas de trabajar, ¿Por qué no las políticas de salud laboral?



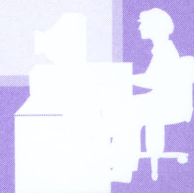
Lucía Artazcoz, Licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, trabaja como técnica de Salud Pública en el Centre de Salut Laboral del Ajuntament de Barcelona y colabora en el Programa Dona i Qualitat de Vida del CAPS. En la actualidad desarrolla su actividad laboral fundamentalmente en dos ámbitos: desigualdades de género e influencia del entorno psicosocial del trabajo sobre la salud.

Las diferencias de género en salud son paradójicas: las mujeres tienen peor estado de salud, incluso excluyendo los trastornos relacionados con la reproducción, pero viven más que los hombres. A lo largo de su vida las mujeres experimentan más enfermedades no mortales mientras los hombres desarrollan enfermedades mortales. Las diferencias de salud disminuyen en etapas avanzadas de la vida, cuando los hombres comienzan a sufrir enfermedades crónicas que conducen a la muerte como cáncer, enfisemas, cirrosis, enfermedades renales, coronarias o cerebrovasculares que son las reflejadas habitualmente en las estadísticas de salud. Los problemas que experimentan las mujeres pueden ser menores desde un punto de vista médico pero no lo son para las vidas cotidianas de las mujeres. Verbrugge habla del "iceberg de la morbilidad": la punta visible del iceberg es masculina pero la masa es femenina. Según Ross la división social de roles que coloca a las mujeres en situación de desventaja explicaría el peor estado de salud de las mujeres caracterizado por trastornos que no conducen a la muerte pero las afecta a lo largo de toda la vida, mientras los estilos de vida de los hombres serían responsables de las enfermedades que padecen en estadios avanzados de la vida y les llevan a la muerte.

Decía el Director Regional de la OMS Europa en 1986 que quedaba "un largo camino que recorrer antes de que todos los estados europeos miembros hayan hecho de la salud una preocupación básica de todos los sectores en desarrollo y creado ambientes sociales, económicos, naturales y físicos adecuados, que hagan que las condiciones de vida sana se conviertan en modo de vida asequible y organizado adecuadamente sus servicios sanitarios de tal forma que aseguren un apropiado nivel de atención para todos los que lo necesitan - atención humana, atención eficaz y uso preciso de los recursos de atención sanitaria". Parafraseamos el lema de la OMS "Salud para todos en el año 2000" para enfatizar la necesidad de recorrer ese largo camino hacia la salud también en el trabajo y de hacerlo contemplando las posibles vías diferentes que se dibujan en función del sexo de quien lo recorra.

Estudios sesgados

Hasta hace pocos años los estudios sobre la influencia del trabajo en la salud incluían exclusivamente hombres, tendencia que en la actualidad se ha sustituido por la de analizar poblaciones mixtas pero asumiendo que los riesgos laborales o los comportamientos relacionados con la salud afectan de la misma forma a ambos sexos y limitando el concepto de trabajo sólo al remunerado. Lo que se propone desde el análisis de género en salud laboral es estudiar el patrón diferencial de enfermar en razón de las diferencias biológicas y sociales de hombres y mujeres considerando no sólo el ambiente laboral, sino también el extralaboral, no sólo las consecuencias sobre la salud biológica sino también sobre la psicológica y social.





Riesgos tangibles e intangibles

En nuestro país el término salud laboral se entiende como sinónimo de la prevención de accidentes de trabajo o de las llamadas enfermedades profesionales, alteraciones de la esfera biológica de la salud, consecuencia de la exposición a riesgos "tangibles", físicos, químicos o biológicos. Pero se han producido en los últimos años cambios importantes en el mercado de trabajo que aconsejan una revisión de este concepto. Las mujeres nos hemos incorporado al mercado laboral al tiempo que va desapareciendo la tendencia a abandonarlo para encargarse del núcleo familiar. En la actualidad la tasa de actividad en la población femenina española es del 37% y alcanza el 64% en las de edades comprendidas entre los 20 y los 39 años y el 84% entre las que han cursado estudios superiores. España, además, y como otros países de nuestro entorno, se ha convertido en un país de servicios, de modo que según datos de la Encuesta de Población Activa del primer trimestre de 1997, poco más de la mitad de los hombres (52%) y casi todas las mujeres (80%) trabajaban en este sector: el comercio ocupaba al 20% de las mujeres, la sanidad al 12% y la educación al 11% (figura 1). Todas ellas son actividades en que el riesgo de accidentes o de enfermedades profesionales es bajo y sin embargo parece claro que estos trabajos también influyen sobre la salud y el bienestar.

El análisis de género en salud laboral propone estudiar el patrón diferencial de enfermar en razón de las diferencias biológicas y sociales de hombres y mujeres considerando no sólo el ambiente laboral, sino también el extralaboral, y no sólo las consecuencias sobre la salud biológica sino también sobre la psicológica y social.

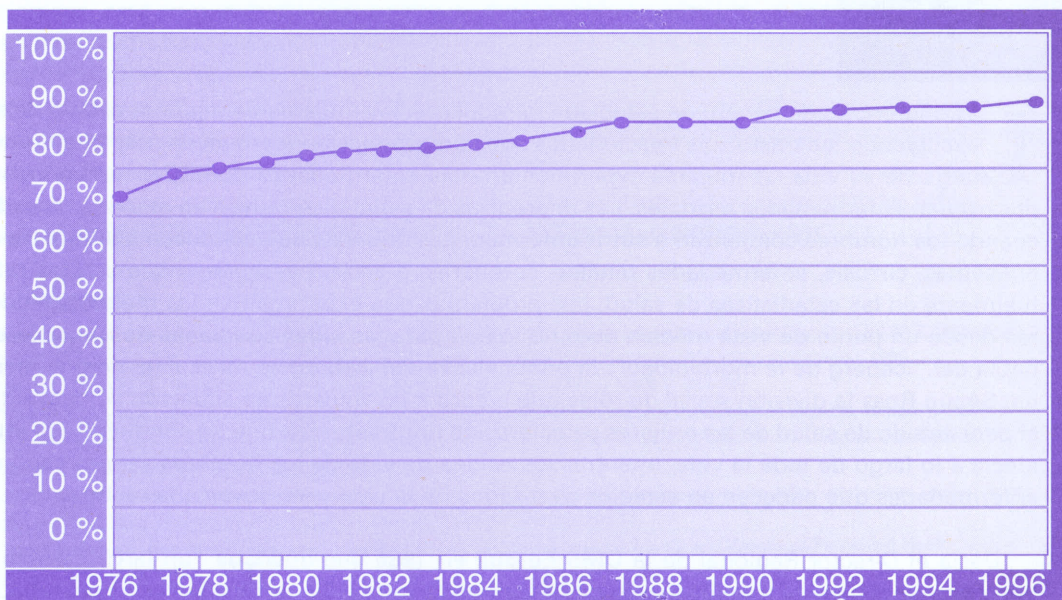


Figura 1. Evolución de la proporción de población ocupada en el sector servicios en España.

La sustitución del trabajo entendido como manipulación de cargas ha desembocado en más problemas de estrés.

Junto a la feminización y al predominio del sector servicios se han producido otros cambios que han modificado de forma sustancial el concepto de trabajo. La informatización de los procesos de producción ha conducido a una mayor eficiencia en el trabajo y una menor necesidad de fuerza física pero a costa de más sedentarismo, con el esfuerzo concentrado en las extremidades superiores y en el uso de un reducido grupo de músculos, lo que se ha traducido en un aumento espectacular de problemas musculoesqueléticos como el dolor de espalda o los trastornos producidos por trauma repetitivo como el síndrome del túnel carpiano. Además se ha sustituido el trabajo entendido como manipulación de cargas por el manejo de información, lo que ha desembocado en un incremento de los problemas de salud relacionados con el estrés. Junto a estos cambios en las formas de trabajar se han producido cambios sociodemográficos entre los que señalamos el mayor nivel de educación de la población ocupada que difícilmente aceptaría las formas de gestión jerarquizadas de antaño o modificaciones en las actitudes con respecto a la salud, más sensibilizada por la calidad de vida, lo que es coherente con la definición de salud de la OMS, en el sentido de bienestar físico, psicológico y social y, finalmente, un envejecimiento progresivo de la población trabajadora.

Nuevos tiempos, nuevos riesgos

La revisión del concepto actual de salud laboral a la que aludíamos debe tener en cuenta estos cambios de las últimas décadas, tanto a nivel laboral, como en la sociedad en general. Han de analizarse los nuevos riesgos que afrontan los trabajadores y trabajadoras, sus nuevas actitudes y las formas diferentes de enfermar debidas a las diferencias biológicas y sociales entre mujeres y hombres. Es importante en este último punto revisar también el discurso tradicional sobre la salud de la mujer trabajadora centrado casi exclusivamente en la salud reproductiva más preocupado por proteger la salud del feto que la de la madre y que en ocasiones ha facilitado situaciones de auténtica discriminación amparadas en la supuesta reducción de riesgos para el embarazo.



La Ley de Prevención de Riesgos Laborales

La reciente Ley de Prevención de Riesgos Laborales que establece la obligación de realizar una evaluación de riesgos en las empresas, es una buena oportunidad para el ejercicio de una nueva salud laboral que tenga en cuenta los puntos críticos que hemos comentado. Lamentablemente, el panorama español dominado por un abordaje muy tradicional tanto entre los profesionales - médicos de empresa, higienistas, técnicos de seguridad - como entre los diferentes agentes sociales, parece resistente a los cambios y anclado en una visión centrada en la seguridad e higiene cuando se refiere al análisis de los riesgos, y en la biología al considerar las consecuencias sobre la salud. Queda, aquí también, un largo camino por recorrer para llegar a esa nueva salud laboral adaptada a las nuevas formas de trabajar y a los cambios sociales de los últimos años, que realmente sea efectiva para reducir los riesgos reales que el trabajo supone hoy en día. Esta redefinición de la salud laboral implica tener en cuenta los siguientes puntos:

Es necesario redefinir el concepto obsoleto de salud laboral y reciclar a los profesionales.

La salud laboral real implica:

- **Mayor consideración de todos los factores que afectan la salud de las mujeres, no sólo los biológicos sino también los sociales, económicos, culturales, ambientales, familiares, ocupacionales y políticos.**
- **Mayor atención a todos los roles de las mujeres, más allá de la consideración tradicional de los papeles de madre y esposa.**
- **Más atención a los roles y responsabilidades de los hombres y a las desigualdades entre hombres y mujeres.**
- **Más implicación de los hombres en el cambio.**
- **Medidas para asegurar la voz de las mujeres en la identificación de problemas de salud, en la investigación, planificación, ejecución y monitorización de programas.**

Una discusión pendiente en salud laboral ¿Mejor trabajar fuera o quedarse en casa?

Aunque en ocasiones las desigualdades de género en salud se han atribuido a las diferencias biológicas entre ambos sexos, cada vez es mayor el interés por la influencia que sus diferentes roles sociales tiene sobre la salud. Quizás el papel de hombres y mujeres en relación al trabajo del hogar es una de las diferencias más notables en este sentido.

Uno de los cambios sociales más importantes en este siglo ha sido la incorporación de la mujer en el mercado laboral. En los últimos años se ha producido un aumento de las mujeres jóvenes entre la población activa acompañado de un descenso paralelo de las amas de casa, si bien esta última situación continúa siendo la de más de la tercera parte de españolas entre 16 y 65 años. En la figura 2 se observan las tasas de actividad de la población potencialmente activa en el área metropolitana de Barcelona.

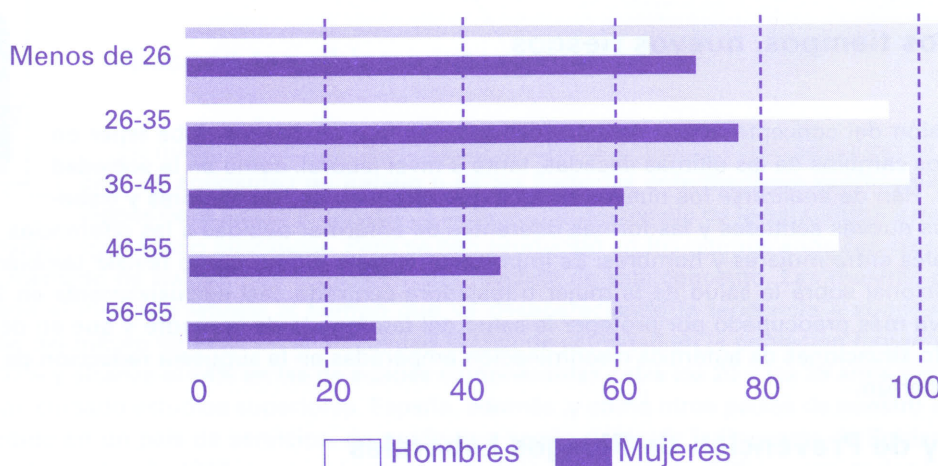


Figura 2. Tasas de actividad de la población potencialmente activa según la edad. Encuesta Metropolitana de Barcelona 1990.

La mayoría de los estudios coincide en señalar que las mujeres que trabajan fuera de casa presentan mejor estado de salud que las amas de casa.

A pesar de esta incorporación de las mujeres en el mercado laboral, no se ha producido una entrada paralela de los hombres en el trabajo doméstico. Según una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) mientras el 75% de las mujeres con un trabajo remunerado participaban en las tareas del hogar, sólo lo hacían el 7% de los hombres ocupados. Incluso entre las personas que participaban en el trabajo doméstico, la media de horas dedicadas era superior en mujeres con 3,12 horas de promedio semanal por 2,04 horas en hombres.

A pesar de la sobrecarga de trabajo en las mujeres con un trabajo remunerado, que continúan siendo las principales responsables de las tareas del hogar, la mayoría de los estudios coincide en señalar que las mujeres que trabajan fuera de casa presentan mejor estado de salud que las amas de casa lo que se atribuye al efecto beneficioso del desempeño de varios roles - trabajadora, esposa y madre - que ampliarían los recursos y compensaciones, incluyendo fuentes alternativas de autoestima, control y apoyo social. Algunos de los aspectos positivos que se han asociado al trabajo remunerado son los siguientes:

Aspectos Positivos del trabajo remunerado

- Autoestima y autoconfianza que se asocia con el llamado "locus de control interno", es decir, la confianza de una persona para cambiar su entorno a través de su actuación. La toma de decisiones en el trabajo proporcionaría un sentimiento de eficacia en la relación con el propio entorno.
- El empleo proporciona una red de apoyo social, un marco de referencia, a personas que de otra forma podrían quedar aisladas.
- El trabajo remunerado permite a las mujeres una mejor situación en las relaciones de poder en la pareja.
- Finalmente el trabajo puede ser en sí mismo una fuente de satisfacción. Hombres y mujeres insatisfechos con su trabajo tienen más probabilidades de considerar su salud como regular o mala.

Para entender la salud de hombres y mujeres deben considerarse las variables de género y clase.

En la figura 3 se observa la proporción de mujeres entrevistadas en la Encuesta de Salud de Catalunya de 1994 que declaraban mal estado de salud, según su situación laboral. En todos los grupos de edad el estado de salud de las mujeres ocupadas era mejor que el de las amas de casa.

Se ha criticado que el estudio de las desigualdades sociales en salud no tiene en cuenta las desigualdades de género. Sin embargo también es cierta la crítica inversa: a menudo los estudios sobre las desigualdades de género no han tenido en cuenta las diferencias entre mujeres de distintas clases sociales. Ambas variables, género y clase, deben ser consideradas para entender la salud de hombres y mujeres. En un estudio realizado con datos de la Encuesta de Salud de Barcelona de 1992, el 16% de las mujeres ocupadas y el 31% de las amas de casa declaraban mal estado de salud. La clase social fue un predictor importante de mal estado de salud, de modo que las mujeres trabajadoras de clase IV y V - las más bajas - tuvieron peor estado de salud que las amas de casa de clases I y II.

La doble jornada de la mujer ocupada

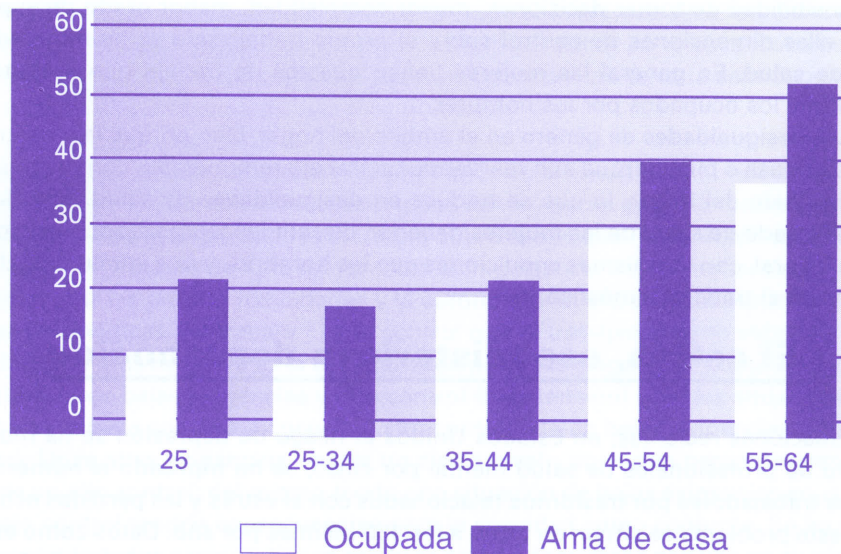


Figura 3. Proporción de mujeres con mal estado de salud según situación laboral. Encuesta de Salud de Catalunya, 1994.

Frente a la línea de los roles múltiples que explica el mejor estado de salud de las mujeres ocupadas en comparación con las amas de casa resaltando los aspectos positivos de la variedad de roles, se ha señalado el efecto negativo de la sobrecarga o del conflicto de roles. Un estudio reciente en población ocupada sueca muestra que tanto en hombres como en mujeres la carga de trabajo del hogar y la total aumentan al hacerlo el número de hijos, pero entre las trabajadoras además se incrementa la percepción de estrés en el trabajo, de conflicto de rol y disminuye la percepción de control sobre el trabajo doméstico. Se ha señalado en mujeres ocupadas con altas cargas de trabajo doméstico prevalencias de síntomas psiquiátricos similares a los de las amas de casa y superiores a las empleadas con menor carga de trabajo doméstico. Los trastornos de salud derivados del trabajo doméstico serían debidos al exceso de trabajo, a la dificultad de compatibilizar la vida familiar y el trabajo remunerado o incluso a las dificultades económicas que afectan más a las mujeres ya que habitualmente son ellas las responsables de gestionar la economía familiar, comprar, pagar las facturas o llevar a las criaturas a la consulta médica.

También en nuestro país se ha documentado un peor estado de salud en mujeres con altas cargas de trabajo en el hogar. En un estudio reciente realizado con datos procedentes de la Encuesta de Salud de Catalunya de 1994, el riesgo de mal estado de salud era más alto a medida que aumentaba el número de personas en el hogar. No se observó relación entre el número de personas en el hogar y el estado de salud en hombres, lo que tendría relación con su menor implicación en las tareas del hogar. En estudios realizados fuera de nuestro país se ha observado que también en hombres el riesgo de algunos trastornos de salud como la depresión se incrementa con el tiempo dedicado a las tareas domésticas.

Merece la pena señalar aquí también el papel de la clase social. Este indicador, cuando se mide a través de la ocupación, es una aproximación a las circunstancias estructurales y materiales del núcleo familiar y, en el caso de población ocupada, al entorno laboral. En relación al primer aspecto, las circunstancias materiales del núcleo familiar, las mujeres de clases sociales altas tienen un mayor poder adquisitivo lo que les permitiría contar con más recursos - personales y materiales - para llevar a cabo las tareas del hogar. En nuestro país se ha documentado que a medida que aumenta el nivel de estudios en las mujeres disminuye su participación en las tareas del hogar, de modo que, según la encuesta de población española antes mencionada, mientras la participación en las tareas del hogar entre las mujeres que sólo sabían leer y escribir era del 94%, en las que tenían estudios universitarios descendía al 69%. Sin embargo no se observó el hecho complementario en hombres, con una participación en el trabajo doméstico muy baja y similar en diferentes niveles de educación 3.

En relación al segundo aspecto relacionado con la clase ocupacional, el ambiente laboral, los trabajadores de clases altas, más cualificados, están menos expuestos a riesgos del entorno físico y psicosocial. Pero además las ocupaciones más cualificadas se caracterizan por un control medio supe-

El riesgo de mal estado de salud de una mujer es más alto a medida que aumenta el número de personas en el hogar.

En general las mujeres tienen puestos de trabajo que permiten ejercer un menor control que los ocupados por los hombres, y el control se asocia a buen estado de salud.



Las desigualdades de género en el ámbito del hogar, se traducen en desigualdades de salud.

rior, mayor posibilidad de tomar decisiones, mayor complejidad, menor grado de supervisión y de rutina, todas ellas dimensiones de control sobre el propio trabajo que se ha mostrado asociado a buen estado de salud. En general las mujeres tienen puestos de trabajo que permiten ejercer un menor control que los ocupados por los hombres.

En definitiva, desigualdades de género en el ámbito del hogar, bien porque las mujeres asumen el papel de amas de casa o bien porque aún realizando un trabajo remunerado, continúan siendo las responsables del trabajo del hogar, lo que se traduce en desigualdades de salud. Posibles estrategias para mejorar el estado de salud de las mujeres deberían discutir la incorporación decidida de la mujer en el mercado laboral, con las mismas condiciones que los hombres, y una igualmente decidida implicación de éstos en el trabajo doméstico.

El estrés, ese misterioso desconocido

Según estimaciones recientes, en Estados Unidos el riesgo de depresión se ha multiplicado por tres, el número de profesionales de salud mental por cinco, se ha triplicado el número de compensaciones a los trabajadores por trastornos relacionados con el estrés y las pérdidas económicas relacionadas con este problema se sitúan en torno a los 150 billones por año. Datos como estos y la atención de los medios de comunicación, ilustran la importancia creciente del estrés. Pero ¿qué es el estrés?

El término "estrés" se suele utilizar con diferentes acepciones: 1) como un factor ambiental externo a la persona - "mi trabajo es estresante" - 2) como una percepción de un factor ambiental - no es el ambiente objetivo sino la percepción que cada individuo tiene de él como amenazante o no -, 3) como una respuesta a un factor ambiental - "estoy muy estresada" o 4) como la relación entre las exigencias ambientales y la capacidad de una persona para afrontarlas. Quizás, como sugieren algunos autores, el estrés deber ser considerado como un "paraguas" que incluye todas las definiciones anteriores, como un proceso en el que factores del entorno psicosocial del trabajo llamados estresores, se asocian a un mayor riesgo de trastornos biológicos, psicológicos y sociales a corto y a largo plazo. Algunos de los trastornos de salud relacionados con el estrés son los siguientes:

A corto plazo:

1. **Fisiológicos:** Aumento de las catecolaminas
2. **Psicológicos:** Ansiedad, insatisfacción laboral
3. **Del comportamiento:**
 - Trabajo: Absentismo y disminución de la productividad
 - Comunidad: Disminución de la participación y de las relaciones sociales
 - Personales: Aumento del consumo de tabaco o alcohol.

A largo plazo

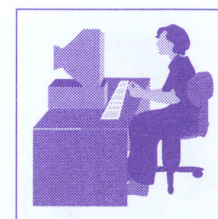
1. **Fisiológicos:** Enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, úlceras digestivas, dolor de espalda
2. **Psicológicos:** Depresión y trastornos mentales

Existe un debate entre las diversas disciplinas relacionadas con el estudio del estrés laboral sobre la contribución del individuo o de las condiciones ambientales en los trastornos relacionados con el estrés. Mientras unos, los menos, centran el análisis en el entorno de trabajo, otros lo hacen en el individuo y remarcan la importancia de las características individuales en la percepción, como estresantes o no, de determinadas condiciones y en la reacción individual ante determinados estímulos. Se trata de corregir los síntomas, no las causas, por lo que parece razonable pensar que las soluciones serán, en el mejor de los casos, temporales. Este enfoque se traduce en estrategias de prevención dirigidas al individuo - técnicas de relajación u otras terapias psicológicas - que parecen ofrecer menos dificultades que otras acciones dirigidas al cambio de las condiciones de vida y de trabajo.

Tensión Laboral

Sin negar la importancia de los factores individuales en la percepción y en la reacción ante situa-

El estrés es un proceso en el que factores del entorno psicosocial del trabajo llamados estresores, que se asocian a un mayor riesgo de trastornos biológicos, psicológicos y sociales a corto y a largo plazo.



ciones estresantes, existen razones que justifican un enfoque centrado en el entorno. Si las condiciones de trabajo que provocan estrés no fueran modificables - como no lo es la existencia de acontecimientos estresantes como la muerte de una persona querida -, no tendría sentido este tipo de abordaje. Pero hay suficiente evidencia de que esto no es así.

Uno de los modelos más utilizados en salud pública en el estudio de la relación entre el entorno psicosocial del trabajo y los trastornos relacionados con el estrés es el de tensión laboral de Robert Karasek. A diferencia de gran parte de la literatura sobre estrés que ha centrado su análisis en las exigencias del trabajo, el modelo de Karasek remarca la importancia del control entendido como la posibilidad de desarrollar las propias habilidades y la autonomía en el trabajo. Basado en el balance entre las exigencias psicológicas del trabajo* y el control que el trabajador tiene sobre él, el modelo predice que la situación más negativa es la caracterizada por altas exigencias y bajo control (alta tensión) y la más positiva la de bajas exigencias y alto control (baja tensión) con dos situaciones intermedias, la de los trabajos activos con alta exigencia y alto control y la de trabajos pasivos con bajas exigencias y bajo control (trabajos pasivos). Unas altas exigencias - hasta un cierto nivel - no serían negativas para la salud si se acompañan de un alto control; del mismo modo una situación de bajas exigencias en el trabajo, acompañada de bajo control tendría consecuencias para la sociedad como conjunto. Se ha observado que los individuos con trabajos pasivos, tienen también comportamientos pasivos en su vida extralaboral, con menor participación política y un ocio poco activo (figura 4).

Los individuos con trabajos pasivos tienen también comportamientos pasivos en su vida extralaboral, con menor participación política y un ocio poco activo.

		CONTROL	
		BAJO	ALTO
EXIGENCIAS	Altas	Alta tensión	Activos
	Bajas	Pasivos	Baja tensión

Figura 4. Modelo de tensión laboral propuesto por R. Karasek.

**Por exigencias psicológicas se entiende la cantidad de trabajo y no al hecho de realizar un trabajo intelectual*

Control horizontal, control vertical

El concepto de control de Karasek correspondería al control horizontal centrado en las tareas que realiza cada trabajador, pero más allá de este concepto está el de control vertical, relacionado con la posibilidad que el trabajador tiene de influir sobre la política de la unidad o departamento. Johnson y Hall añaden al modelo básico, una tercera dimensión, el apoyo social en el trabajo tanto de los que están por encima en la escala jerárquica como de los compañeros, que tendría un efecto protector.

El apoyo social en el trabajo, tanto de los que están por encima en la escala jerárquica como de los compañeros, que tendría un efecto protector.

Se han publicado numerosos estudios sobre la relación entre la tensión laboral y enfermedades cardiovasculares o factores de riesgo asociados y se ha utilizado también este modelo en el análisis de otros aspectos relacionados con el bienestar de los trabajadores, como la satisfacción laboral, el estrés mental o el tabaquismo. Aunque el modelo de tensión laboral ofrece un marco básico para situar los estresores laborales, deben considerarse también otros estresores situados tanto en el ámbito laboral - estabilidad, turnos o precariedad - como en el extralaboral - doble jornada de la mujer trabajadora o satisfacción con el tiempo libre.

Prevención del estrés en el medio laboral

Considerado el estrés como un proceso en el que unos estresores - factores del entorno psicosocial -, percibidos por el individuo, se asocian a riesgos sobre la salud, las estrategias de prevención pueden dirigirse tanto a los estresores, como al individuo reduciendo su vulnerabilidad a las amenazas del ambiente o tratando los problemas de salud que se derivan del entorno amenazante. Tradicionalmente se ha seguido este segundo abordaje colocando el énfasis en los recursos indivi-



Así como nadie se plantearía disminuir la incidencia de cánceres asociados a tóxicos laborales limitándose al tratamiento de la enfermedad sino eliminando los tóxicos ambientales, en el caso del estrés hay que modificar los factores del entorno psicosocial que suponen un riesgo para la salud.

Está comprobado que los estilos de gestión horizontales no sólo mejoran el bienestar de los trabajadores sino también la productividad de las empresas.

duales para afrontar el estrés - reflejado en la mayoría de los programas de prevención que buscan aumentar los recursos personales de adaptación - lo que ha limitado el avance en la identificación de los factores ambientales responsables del estrés. Sin embargo existe una razón obvia para rechazar la aproximación tradicional: la salud laboral busca identificar las exposiciones de riesgo para intervenir sobre ellas. Del mismo modo que nadie se plantearía como la principal estrategia para disminuir la incidencia de determinados cánceres asociados a tóxicos laborales el tratamiento de la enfermedad sino la eliminación de los tóxicos ambientales, en el caso del estrés ésta debe ser también la orientación básica: modificar los factores del entorno psicosocial que suponen un riesgo para la salud. Algunos puntos a tener en cuenta en esta reorganización del trabajo son los siguientes:

Cambios que las empresas deben hacer

- Aumentar la participación de los trabajadores en las decisiones que afectan a la unidad.
- Aumentar la autonomía de los trabajadores, de forma que puedan decidir la forma y el orden en que se realiza el trabajo.
- Diseñar las tareas de modo que confieran sentido, estímulo, sensación de plenitud y la oportunidad de hacer uso de las propias capacitaciones.
- Definir claramente los papeles y las responsabilidades en el trabajo.
- Crear oportunidades para la interacción social, incluidos el apoyo emocional e instrumental.

Aunque este planteamiento puede ser percibido como una amenaza al poder tradicional en las empresas, está comprobado que estilos de gestión horizontales se asocian no sólo a mejoras en el bienestar de los trabajadores sino también de la productividad de la empresa. Éste es uno de los atractivos del modelo expuesto, si bien no será fácil introducir estas propuestas en un país como el nuestro todavía anclado en formas de gestión muy jerarquizadas, celosas de sus parcelas de poder y temerosas de los cambios. No es fácil tampoco con unas tasas de paro altísimas que permiten al empresario "el lujo" de enfermar trabajadores que fácilmente pueden ser sustituidos por otros que, dada la situación del mercado laboral, aceptarán cualquier condición aunque amenace su salud. Y es que primero queremos sobrevivir y garantizada la supervivencia, buscamos vivir.

Referencias

- Verbrugge LM. The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. En: Ory MG, Warner HR eds. Gender, health and longevity: multidisciplinary perspectives. New York: Springer Publishing Company, 1990.
- Morse LH, Hinds LJ. Women and Ergonomics. *Occup Med State Art Rev* 1993; 8: 721-731.
- Ramos Torres R. Cronos dividido. Uso del tiempo y desigualdad entre hombres y mujeres en España. Bilbao: DIDOD, S.A., 1990.
- Rohlfes I, de Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1996; 108: 566-71.
- Lundberg U, Mardberg B, Frankenhaeuser M. The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level, and number of children. *Scand J Psychol* 1994; 35: 315-27.
- Ross CE, Bird CE. Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 161-178.
- Glass J, Fujimoto T. Housework, Paid Work, and Depression among Husbands and Wives. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 179-91.
- Rosenfield S. The Costs of Sharing: Wives' Employment and Husbands' Mental Health. *J Health Soc Behav* 1992; 33: 213-25.
- Marmot MG, Davey Smith G, Stansfield S. Health Inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991; 337: 1387-93.
- Kushnir T, Kasan R. Major sources of stress among women managers, clerical workers, and working single mothers: Demands vs. Resources. *Public Health Rev* 1993; 20:215-29.
- Karasek R, Theorell T. *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York, NY: Basic Books, 1990.
- Jonhson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988;78:1336-42.

Próximo Dossier

3

Vivir más, vivir mejor.
Coordina: Montse Cervera
Hacerse mayor en una sociedad hostil. El proceso de cambio en nuestros cuerpos y en nuestra vida. Opciones para gozar de una larga y saludable vida: ser activas y protagonistas de nuestra salud.

*mujeres
 más salud*

No más violencia contra las mujeres

Los hombres que suscribimos este manifiesto nos pronunciamos contra la violencia ejercida por hombres contra las mujeres.

Aunque esta violencia sea consustancial con el modelo tradicional en el que hemos sido educados, identificar los roles de género vigentes como causa última del problema no debe entenderse como disculpa o justificación, porque sabemos que tenemos la responsabilidad de cuestionarlos y modificarlos.

Las mujeres saben lo que es tener miedo a ser agredidas por hombres. Ante esto, todos los hombres debemos asumir que el problema nos implica y que no podemos limitarnos a manifestar nuestra solidaridad, sino que debemos tomar nuestras propias iniciativas y comprometernos de manera activa. Ahora, más que nunca, el silencio nos hace cómplices.

Por todo ello:

Exigimos a los poderes públicos que se arbitren urgentemente las medidas necesarias que garanticen la tutela efectiva de los derechos de las víctimas de esta violencia y el castigo de los culpables.

Exigimos que se cuestionen en la educación los conceptos tradicionales de masculinidad, tanto en los centros de enseñanza como en la familia, la calle, o los medios de comunicación, para evitar a toda costa que los modelos que originan la violencia se sigan reproduciendo.

Asumimos a nivel personal la responsabilidad de posicionarnos contra la violencia, denunciando las agresiones y llevando este debate a todos los ámbitos: social, familiar, laboral...de nuestra vida cotidiana.

Grupo de hombres de Sevilla; e mail: hombres@arrakis.es.

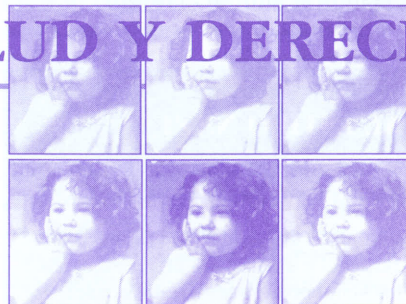
GENÉTICA, SALUD Y DERECHOS HUMANOS

La genética se considera una subespecialidad de la medicina, pero ahora algunos individuos que trabajan en el campo médico y de la biotecnología, ven la medicina como una subespecialidad de la genética. Debido a que esta dominación tiene una tendencia creciente en medicina y en investigación, los medios de comunicación informan diariamente del papel de nuestros genes en todo: desde la susceptibilidad a una enfermedad, hasta la orientación sexual, el comportamiento criminal e incluso en cosas como nuestra tendencia vital a ser optimistas o pesimistas. El antiguo debate entre "herencia y ambiente", se ha decantado claramente por la herencia.

El Colectivo del Libro de Boston sobre la Salud de la Mujer, se ha unido a otras voces que critican esta tendencia hacia la "genetización" de nuestra salud y nuestras vidas. Se le ha denominado también "genismo" o gen-manía", porque se han sobredimensionado tanto por parte de investigadores y de otras personas, que se encuentran explicaciones genéticas para situaciones médicas y sociales complejas. Pero la realidad es que los factores genéticos son responsables de una pequeña fracción de enfermedades.

La sobredimensión de los genes abre la puerta a la "culpabilización de la víctima": si la gente enferma, la responsabilidad no es de las industrias que envenenan nuestro ambiente o de las empresas por no invertir en eliminar los riesgos ocupacionales para la salud. En su lugar, la responsabilidad se traslada a la gente que enferma porque tiene unos "malos genes".

Debido a que las mujeres continúan llevando la mayor parte de la carga de las



decisiones de atención médica, y en general las responsabilidades del cuidado de personas, creemos que se merece una información, de alta calidad, no sesgada, sobre todo lo relacionado con la genética. Por otra parte, la mayoría de las pruebas genéticas más controvertidas, se relacionan con condiciones que tienen el mayor impacto en la mujer: las pruebas prenatales, el cáncer de mama y la enfermedad de Alzheimer.

· Creemos que no deberían pasar al gran público mucho de los trabajos de investigación y el marketing de las pruebas genéticas y las terapias genéticas antes de que se discutan interrogantes como los siguientes:

· ¿Que tipo de política asegurará mejor que nosotras seremos las dueñas y controlaremos el acceso a nuestro material genético e información?

· ¿Cómo podemos preservar mejor la confidencialidad de los archivos médicos generales, de tal manera que la información genética sólo se pueda conocer con consentimiento del individuo?

· ¿Cómo podemos prevenir que las pruebas genéticas sean comercializadas y utilizadas ampliamente antes de que su eficacia o la ética de su uso sea establecida?

· ¿Cómo las pruebas genéticas, terapias y "mejoras" afectarán nuestras actitudes

hacia la minusvalía, y nuestra tolerancia ante las diferencias y vulnerabilidad entre tod@s nosotr@s?.

· ¿Cómo podemos estar seguras de que el consejo genético no es sesgado y que ninguna prueba genética se hará sin consentimiento informado, así como de que se recibirá consejo antes y después de las pruebas?.

· ¿Que políticas públicas prevendrán mejor el mal uso de la información genética y que no tenga como consecuencia ningún tipo de discriminación genética en seguros, alojamiento, empleo, cuidado, atención médica y adopción?.

· ¿Cuál es el procedimiento más ético para obtener muestras genéticas (p. ej tejidos y sangre) y hacerlos disponibles para la investigación?. ¿Se puede asegurar participación informada y consentimiento informado? y si es así, ¿cómo?.

Estas cuestiones son derechos humanos y el debate sobre ellos nos debe implicar a tod@s, no sólo a científicos y especialistas médicos, sino también a políticos, grupos religiosos, activistas de los derechos de los discapacitados, científicos sociales, usuarios de la salud, tanto hombres como mujeres, así como trabajadoras de la salud pública. Al fin y al cabo somos mucho más que la suma de nuestros genes.

COLECTIVO DEL LIBRO DE BOSTON SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES NOVIEMBRE 1997

Nota: Una fuente excelente de información mas amplia sobre temas genéticos es " Consejos para una genética responsable", 5 Upland Rd Cambridge, MA 02140, que publica artículos de opinión, así como la revista Genewatch.

LA CLONACIÓN HUMANA: UN RETO PARA LA BIOÉTICA



La clonación de seres vivos no es un hecho nuevo ya que en 1952 ya se clonaron ranas en EEUU. Sin embargo la clonación de la primera oveja Dolly se ha convertido en un asunto magnificado por los medios de comunicación.

Su mismo creador, Harry Griffin, ha señalado que se desconocen en estos momentos los riesgos que supone extrapolar el experimento a seres humanos o incluso los mismos riesgos que puede presentar el animal clonado.

Por ahora no se pueden hacer experimentos con un solo animal. En palabras de Griffin: "Habrá que esperar varias generaciones para poder saber si existe acumulación de mutaciones genéticas, envejecimiento prematuro y mayor riesgo de cáncer".

Aunque técnicamente pueda parecer posible llegar a clonar seres humanos, los problemas éticos, de seguridad y el desconocimiento de los riesgos, ha hecho reaccionar a los políticos europeos que firmaron el 13 de enero de este año en París, un protocolo del Consejo de Europa que prohíbe la clonación de seres humanos. Los estados firmantes son Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Italia, Letonia.

Luxemburgo, Macedonia, Moldavia, Noruega, Portugal, Rumania, San Marino, Suecia y Turquía. Los estados firmantes deberán incluir en su legislación las sanciones previstas en caso de infracción de este texto.

Entre ellas existe la prohibición de ejercer como científicos y médicos que practiquen la clonación humana, la supresión de licencias a laboratorios clínicos y las sanciones penales.

Para conseguir una sola oveja Dolly, se precisaron 40 ovejas que produjeron los 400 óvulos necesarios de los cuales sólo 277 fueron reconstruidos (con material genético transferido de una célula de oveja adulta). Se obtuvieron solo 29 blastómeros (embriones en las primeras fases de evolución) de los que 13 fueron implantadas en madres portadoras. Varios de estos fetos no llegaron a término y otros murieron después de nacer. De 400 óvulos Dolly sobrevivió. Extrapolando estos resultados a la clonación humana, se precisarían más de 60 mujeres como cobayas para obtener un solo clon. Y nadie sabría el final de quien era el doble, hermana o hija, el nuevo ser que hipotéticamente se pudiera crear.

Quinacrina: STOP ESTERILIZACION AL ESTILO NAZI

Más de 100.000 mujeres de países del Tercer Mundo están siendo esterilizadas por medio de una medicación agresiva, llamada quinacrina.

Este medicamento había sido creado para el tratamiento del paludismo, administrado por vía oral, pero se rechazó su uso por su toxicidad y efectos adversos en el resto del organismo y hoy en día sólo se utiliza en medicina para tratar algunos casos de parásitos intestinales (la giardiasis).

Un "científico" chileno, el Dr. Jaime Zipper, inyectó, en los años 70, una solución de quinacrina en el útero de mujeres chilenas para provocar una inflamación y la consiguiente esclerosis del tejido uterino, y conseguir una esterilidad por vía inflamatoria. Aunque las primeras mujeres sufrieron graves peritonitis debido a que la solución se derramaba por la cavidad abdominal, con el apoyo de una organización estadounidense de control de población, la Family Health International (FHI), el citado médico desarrolló unas cápsulas de quinacrina que se disolvían diez minutos después de haber sido insertadas en el útero.

Aunque no hay estudio científico que valide su administración ni país que lo autorice, este fármaco esterilizante se está utilizando masivamente en la India, Bangladesh, Filipinas, Vietnam, Paquistán, Irán, Indonesia, China, Egipto, Croacia, Chile, Venezuela y Costa Rica por ser "un método de esterilización que no precisa anestesia, ni sala de operaciones, ni personal contratado". En India se ha demostrado que administran quinacrina a las mujeres haciéndoles creer que es un DIU.

Para la esterilización se insertan 7 cápsulas de 36 mg. de quinacrina cada una (un total de 252 mg.) en lo profundo del útero. Allí la quinacrina se disuelve y produce una inflamación del útero y de las trompas de Falopio, el tejido de las trompas se cauteriza y se produce una obstrucción.

Para una garantía total se repite la intervención al mes siguiente. Durante meses las mujeres sufren calambres, fiebre, dolor en el bajo vientre, prurito vulvar, secreciones vaginales purulentas y amarillentas, cambios en las menstruaciones y, en algunos casos, peritonitis.

Aunque la OMS ha pedido que se suspenda el uso de quinacrina por los riesgos conocidos y las sospechas de carcinogénesis, el método está siendo apoyado por un denominado Centro de Investigación sobre Población y Seguridad, montaje de Mumford y Kessel, dos médicos para quienes la fertilidad de las mujeres del Tercer Mundo amenaza la seguridad nacional de los Estados Unidos; ambos se dedican a distribuir cápsulas mediante una red informal de médicos, financiados por grupos americanos de ultraderecha y por el movimiento anti-inmigración de Estados Unidos.

El Norte esteriliza al Sur con metodología de campo de concentración nazi:
¿Hasta cuándo vamos a tolerarlo?



OTRA VEZ EL ABORTO CUESTIONADO

Consuelo Catalán

(presidenta de ACAI)

El día 2 de marzo 1998 se presentó la policía judicial y la secretaria del juzgado nº 2 de Albacete con una orden de registro en la clínica Iris, única clínica acreditada en la ciudad para la realización de IVES, llevándose dos historias clínicas. Al día siguiente se llevan todo (máquina de escribir, libro de citas)... y todas las historias clínicas (1443), así como al personal de clínica a quien la policía judicial tomó declaración.

Una actuación judicial de este tipo atenta de forma grave contra la intimidad y privacidad de las/los usuarias de una clínica legalmente autorizada para la práctica del aborto voluntario dentro de un abanico de prestaciones como centro de planificación (seguimiento embarazos, ginecología, vasectomías...). Los archivos de las historias clínicas son una responsabilidad muy importante dentro de las obligaciones de los centros sanitarios, y se deben custodiar de manera rigurosa garantizando la confidencialidad de los mismos en el marco del secreto profesional. Si esto es así a nivel general, en una prestación como la IVE, es fácil entender que las garantías para las usuarias sobre dicha custodia y confidencialidad cobran un valor importantísimo.

El camino recorrido en nuestro país en torno a esta prestación ha posibilitado que la demanda se haya canalizado hacia centros acreditados por la administración sanitaria, de manera que el aborto clandestino, con peligro para la salud de la mujer (infecciones, e incluso muerte) haya disminuido de manera significativa y esto tiene un gran valor en términos de salud pública. El aborto voluntario es una decisión compleja en que la mujer/la pareja se hayan inmersas en muchas contradicciones, y que necesitan de un trato exquisito, profesionalmente impecable... Actuaciones como las de Albacete, generan un retroceso, desconfianza y miedo... que hace que las mujeres busquen otras vías para resolver la prestación (vuelta al viaje al extranjero, aborteras clandestinas...)

La respuesta desde diversos sectores ciudadanos, políticos y sanitarios han sido inmediatas. La Federación para la Defensa de la Sanidad Pública, las parlamentarias de Castilla - La Mancha, y las asociaciones de mujeres, concejalas en pueblos etc.. han reclamado un cambio de legislación y mostrando su repulsa por el atentado a la intimidad de las mujeres que supone el incautamiento de las historias clínicas. Pero además, las titulares de las 81 historias clínicas que el juez se ha quedado, se han agrupado y planteado batalla jurídica por el atentado que supone que sus historiales hayan sido requisados.

Ante la gravedad de los hechos el mismo Defensor del Pueblo ha iniciado actuaciones de oficio y a instancias de quejas presentadas por usuarias y por la propia ACAI. Actualmente tenemos por delante juicios pendientes en Málaga, Castellón, La Coruña, Oviedo y alrededor de 200 diligencias abiertas en todo el país.

Es urgente la reforma legislativa ya, a la luz de 12 años de experiencia, de manera que de una vez por todas se despenalice la interrupción del embarazo realizada por decisión voluntaria de la mujer, haciéndola así ciudadana de pleno derecho; reforma que termine con la indefensión e inseguridad jurídica en que se encuentran tanto las mujeres como los profesionales sanitarios que las asisten. Integramos esta inseguridad e indefensión a causa de denuncias infundadas y posteriores actuaciones de investigación como una modalidad más de acoso y malos tratos hacia las mujeres, que tienen siempre sobre sus cabezas la denuncia por aborto, pasen los años que pasen, con la coacción y chantaje personal que conlleva en caso de desavenencias conyugales, modificación de custodia de menores y un largo e interminable etc.

(Al cierre de esta edición las actuaciones del juez fueron declaradas improcedentes, y los 34 acusad@s por aborto, en Málaga absueltos. La lucha continúa.)

TERAPIA HORMONAL "POSTMENOPAÚSICA" Y MORTALIDAD

Análisis de los resultados del estudio de las enfermeras

Este estudio empezó en 1976 en EEUU con 121.700 enfermeras. Cada dos años estas mujeres rellenan un cuestionario sobre su historia médica, factores de riesgo, menopausia y enfermedades padecidas. Es un estudio prospectivo, muy bien diseñado, aunque al analizarlo hay que tener en cuenta que las enfermeras no son representativas de la población general de mujeres, ya que son un colectivo con menores diferencias en el nivel socioeconómico y acceso a los servicios sanitarios que las existentes entre la población general de mujeres de EEUU. Se estudiaron las diferencias en mortalidad entre las enfermeras que recibían terapia hormonal "postmenopáusica" y las que no y los investigadores han encontrado que las mujeres que usan terapia hormonal tienen menor riesgo de muerte que las que nunca han tomado hormonas, siendo las más beneficiadas aquellas

mujeres con factores de riesgo coronario - como son las fumadoras, las que tienen colesterol alto, hipertensas, diabéticas y obesas - que las de bajo riesgo, aunque el aparente beneficio en términos de menor mortalidad disminuye con el uso a largo plazo de dicha terapia (después de 10 o más años) ya que se incrementa la mortalidad debida a cáncer de mama entre las usuarias de hormonas durante largo tiempo.

En el momento actual sabemos que muchas formas de disminuir el riesgo de enfermedad coronaria (dejar de fumar, llevar dietas pobres en grasas, hacer ejercicio físico, controlar las cifras de tensión arterial y el sobrepeso) pero muy pocas de disminuir el riesgo de desarrollar un cáncer de mama. En este estudio se demuestra que, como término medio, los beneficios en supervivencia sobrepasan a los riesgos, pero los riesgos y los beneficios varían dependiendo de los riesgos preexistentes en cada mujer.

La decisión de tomar o no terapia hormonal debe basarse, además, no sólo en los resultados sobre mortalidad, sino en sus efectos sobre la calidad de vida de las mujeres. Una evidencia mayor sobre la relación entre terapia hormonal y mortalidad aparecerá en la próxima década cuando finalice el estudio randomizado "Iniciativa para la salud de las mujeres". Por el momento, por tanto, sigue faltando la suficiente evidencia científica para recomendar la terapia hormonal sustitutiva para la generalidad de las mujeres postmenopáusicas.

Los resultados de este estudio de la Escuela de Salud Pública de Harvard y colaboradores, se han publicado en la prestigiosa revista "The New England Journal of Medicine" en su número del 19 de Junio de 1997.

Victoria Alvarez

**Máster en Salud Pública
Universidad de Harvard**

CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SALUD DE LAS MUJERES

Haciendo visible la desigualdad de oportunidades en asistencia sanitaria

La promoción de la salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un estado pleno de salud, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o de adaptarse al medio ambiente (definición de la Carta de Ottawa, 1986, aceptada luego por la OMS). La prevención, en tanto, significa establecer y llevar adelante el proceso de salud-enfermedad. Precisa definir cuáles son las enfermedades que se producen y los factores que las determinan y condicionan, y realizar acciones para contrarrestarlas y prevenirlas. Aun cuando no hay una definición precisa sobre calidad de atención, sí existen algunas aproximaciones.

Mari Ladí Lodoño indica que ésta implica que en los servicios de salud debe estar presente "un profundo respeto y un reconocimiento por los derechos de las personas en su acto voluntario de consultar los servicios". En el caso específico de las mujeres, calidad "estaría asociada con brindar suficientes elementos informativos para que la mujer pueda comprender, ampliar su visión del asunto por el cual consulta, y decidir por íntima convicción lo que valora como posible o mejor para ella" (Lodoño, 1991) Para María Isabel Matamala et al., en tanto, la "atención adecuada es aquella que, inscrita en el concepto de salud integral, resuelve el motivo de consulta tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana y la subjetividad de quien demanda, potenciando su autoestima, su autonomía, la percepción y ejercicio de su dignidad y derechos"

(Matamala, 1995)
Para desarrollar de forma práctica esta idea, el grupo de Isabel Matamala ha enunciado unos indicadores de calidad de atención y género que incluyen las siguientes categorías:

- Dignificación de las usuarias
- Consciencia y ejercicio de derechos en particular los derechos reproductivos y sexuales
- Competencia técnica
- Vínculo interpersonal
- Potenciación de comportamientos favorables

La calidad y profundidad del trabajo de las compañeras latinoamericanas hace necesario que le dediquemos las páginas centrales del Dossier en el próximo número de nuestra revista. C.V.

Prevención

Aprende a reconocer los Síntomas del infarto en las mujeres

Los síntomas del infarto no son iguales en las mujeres que en los hombres. Generalmente, conocemos los de los hombres y creemos que son iguales, pero hay algunos comunes y otros muy diferentes, siendo los de las mujeres más sutiles, más leves en apariencia y, por lo tanto, no reconocidos.

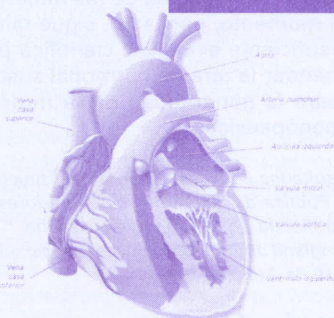
Según la Asociación Americana del Corazón, los síntomas comunes a los dos sexos y los exclusivos de las mujeres pueden ser los siguientes:

Síntomas comunes a hombres y mujeres

- . Sensación de opresión, ahogo, o dolor en el centro del pecho que dura unos cuantos minutos, o que se va y vuelve.
- . Dolor que se expande a los hombros, cuello o brazos
- . Malestar en el pecho con aturdimiento, desmayo, sudor, náusea o falta de aire.

Síntomas de infarto que suelen tener, y no reconocer, las mujeres

- . Dolor atípico en el pecho, estómago o abdomen.
- . Náusea o mareo
- . Falta de aliento y dificultad para respirar
- . Ansiedad inexplicable, debilidad o fatiga
- . Palpitaciones, sudor frío o palidez.



En muchos casos el problema puede no ser cardíaco. Pero, si lo es, fácilmente puede confundirse con otros malestares y desatenderlo. Una encuesta de Gallup del año pasado encontró que de 256 médicos internistas casi dos tercios no sabían que las mujeres pueden tener síntomas diferentes de un ataque cardíaco.

2º CONGRESO INTERNACIONAL: MUJER, TRABAJO, SALUD

Fecha: Septiembre, 1999
Lugar: Hotel Gloria. Río de Janeiro, Brasil

Objetivos:

- Dar visibilidad a la producción de conocimientos en el área de la salud de las mujeres y el trabajo, identificando los estudios recientes, las tendencias y los vacíos en las diferentes disciplinas relacionadas con el tema, y actualizar indicadores y metodologías.

- Impulsar la incorporación de la mirada de género en los estudios y en el cuidado de la salud de los trabajadores de ambos sexos, así como la multi y interdisciplinariedad entre la comunidad científica y los movimientos sociales

- Fomentar la comparación de la experiencia en el trabajo de las mujeres de diferentes regiones del planeta

- Difundir los planteamientos sobre Género, Trabajo y Salud, en Brasil y Latino América, como un todo.

- Definir estrategias de acción, recoger y actualizar las propuestas del Documento de Consenso del Congreso de Barcelona

Participantes: Esperamos reunir profesionales de ambos sexos procedentes de diversos campos: psicología, medicina, sociología, enfermería, ergonomía, toxicología, y otros, así como líderes sindicales y representantes de grupos feministas, para lograr un congreso con participación de todos los segmentos de la sociedad y una perspectiva plural.



Temas:

Salud, trabajo y subjetividad
 Trabajo doméstico y salud
 Efecto del medioambiente en la calidad de vida

Acción sindical: Trabajo, salud y género

Producción de conocimiento: Metodología, interdisciplinariedad y género

Aumento de la precariedad en las condiciones de trabajo, desempleo e impacto en salud

Trabajo, sexualidad y salud reproductiva

Salud y división sexual del trabajo

Género, trabajo y salud: Diferencias entre países de norte a sur

Violencia, trabajo y salud

El movimiento feminista, trabajo y salud

Vigilancia de la salud de las trabajadoras desde la perspectiva de género

Políticas públicas de salud laboral

Trabajo infantil, género y salud

Trabajo rural, género y salud

Trabajo, salud, y la lucha por los derechos de los ciudadanos

Inscripción: El precio de la inscripción es de 90\$ (unas 14.000 pts) hasta el 28 de febrero de 1999, y de 110\$ (unas 17.000 pts) hasta 15 días antes del evento, y desde esa fecha hasta la víspera del congreso será de 130\$ (unas 20.000 pts).

Estudiantes: 60\$, 80\$ y 100\$, respectivamente.

Comunicaciones: El plazo de admisión finaliza el 28 de febrero del 99. La fecha tope de aprobación es el 30 de abril 99

Vivir con salud haciendo visibles las diferencias"

(Ponencias del 1er Congreso Internacional "Mujeres, Trabajo, Salud") Instituto de la Mujer-Ministerio de Asuntos Sociales

Este libro es el resultado de las ponencias que se debatieron en el 1er. Congreso Internacional que sobre "Mujeres, Trabajo y Salud", organizado por el programa Dona, Salut y Qualitat de Vida del CAPS, que se celebró en Barcelona en abril de 1996. Los trabajos de ponentes y participantes en este Congreso han contribuido en gran manera a identificar las condiciones del entorno laboral que potencian el bienestar en la vida y en el trabajo de mujeres y hombres y las que, por el contrario, suponen un riesgo para la salud y, también, a hacer visibles las diferencias entre mujeres y hombres respecto a la salud y la enfermedad.

Los actuales conocimientos científicos puestos al día en el Congreso permiten observar que las mujeres manifiestan las consecuencias del estrés de forma visible, antes que los hombres, (que no lo suelen hacer hasta que tienen un infarto) con trastornos en su vida reproductiva: padecen trastornos en su ciclo menstrual, o tienen niños con bajo peso al nacer, por ejemplo.

También se demuestra que la toxicidad de los pesticidas o polucionantes medio-ambientales altera antes a las mujeres que a los hombres y persiste más en ellas dada su diferencia en el tejido graso. O evidencia que los actuales modelos de organización del trabajo se mantienen al margen de la reproducción, obligando a las mujeres a elegir entre el placer de la reproducción o la participación en la producción, o a compatibilizar largas jornadas domésticas y laborales.

Este libro, editado por el Instituto de la Mujer, puede conseguirse solicitándolo directamente, argumentando tu interés por él o la necesidad de su uso en una entidad a la que pertenezcas, ya que es de distribución gratuita, al:

Departamento de Publicaciones del Instituto de la Mujer, Condesa de Venadito 34, 28027 Madrid, Fax: 91 347 7995.

También puedes consultar las ponencias en la versión digital de Mujeres y Salud(MYS), www.nodo50.org/mujeresred/Salud/MYS

La sexualidad femenina de la niña a la mujer

Emilce Dio

A través de un detallado recorrido por la literatura psicoanalítica, la autora realiza un reordenamiento conceptual que conduce a una revisión del desarrollo psicosexual. Su investigación la lleva al reconocimiento de una experiencia y un significado sexual para las mujeres muy diferente del descrito por Freud. En este libro se presentan las bases para una reformulación de la teoría psicoanalítica clásica de la feminidad y la sexualidad femenina a partir de la incorporación del paradigma de la intersubjetividad y del papel del otro en la constitución de la subjetividad infantil sitúa el concepto de género como uno de los ejes principales en la organización diferencial de la sexualidad humana. Se revisan una serie de datos clínicos, de estudios longitudinales y de observaciones que han permanecido ignoradas y que ponen de relieve ansiedades, temores y creencias específicas de la niña y distintas de las del varón. Se otorga especial atención al influjo de la mirada sexualizante sobre su cuerpo, a los temores ante el padre-varón-adulto y a los fenómenos de seducción y erotización que la niña despliega para encubrir y falsificar tales experiencias; a los trastornos en la organización de su narcisismo, todo lo cual se vincula con los clásicos malestares femeninos: histeria, depresión y somatizaciones.

mas de mujeres. Entre ellos destacan la edición bilingüe, en francés y castellano, de la conferencia que sobre La prostitución femenina en la Europa de hoy impartiera Wassyla Tamzali, abogada argelina y Directora del Programa de las Mujeres del Mediterráneo en la UNESCO.

"I tossi Ambientali e Lavorativi e la Riproduzione Umana: metodologia, Epidemiologia, Tossicologia e prevenzione".

Figa-Talamanca, Irene.
Piccin Ed. Padova, 1994. 250 pag.

El volumen ofrece una información precisa y científica sobre el papel de los agentes ambientales y ocupacionales en la reproducción de hombres y mujeres. Al mismo tiempo los datos son presentados de manera accesible tanto para especialistas como para no especialistas.

De hecho el volumen presenta una visión de conjunto sobre el problema, integrando tres enfoques disciplinarios diferentes: la fisiopatología de la reproducción humana, la toxicología medioambiental y la epidemiología. Una síntesis de los enfoques fundamentales para una comprensión de los resultados de la investigación en los conocimientos de salud pública, por ejemplo la prevención.

Los temas tratados incluyen patologías reproductivas asociadas con la exposición medioambiental (infertilidad de hombres y mujeres, abortos espontáneos, prematuridad, nacimientos con problemas, tumores infantiles) así como los agentes y factores que pueden tener alguna responsabilidad en estas patologías: agentes físicos y químicos, factores ergonómicos, factores sociales y psicológicos, estilos de vida, especialmente en el ambiente de trabajo.

La discusión de estos problemas es una necesidad que procede de las realidades contemporáneas, la progresiva industrialización y quimicalización del entorno que afecta cada

vez más a los países económicamente menos desarrollados del mundo. La persistencia de algunas patologías reproductivas a pesar de los avances médicos (véase por ejemplo el porcentaje de abortos espontáneos y de nacimientos prematuros) y el incremento de otros (por ejemplo la infertilidad y los cánceres infantiles). La introducción de las mujeres en profesiones que antes estaban reservadas solo a los hombres, sin la debida evaluación de los efectos específicos de género de algunos riesgos ocupacionales.

Recomendado para:

El análisis y las conclusiones de este libro son válidas tanto desde la perspectiva científica y práctica como desde un punto de vista ético, como guía para los proveedores de salud, especialmente ginecólogas/os y obstetras así como para los expertos en medicina ocupacional en su papel de prevención.

Materiales de trabajo

Maternalismo y Maternidad: Las trampas del género

Anuario de Hojas de Warmi Nº 8



HOJAS DE WARMI

El Seminario Interdisciplinar Mujeres y Sociedad (SIMS) de la Universidad de Barcelona, con Lola Luna al frente, sigue produciendo material indispensable para profundizar en los temas que más nos interesan. En el número 8, se reproducen los trabajos presentados en la III Cruïlla del Género, ofreciendo perspectivas teóricas y casuísticas desarrolladas por investigadoras americanas y españolas. Junto al trabajo de Lola Luna, en este apasionante Dossier sobre Maternalismo y maternidad hay contribuciones de Victoria Sau, Concha Fagoaga, Bárbara Ozieblo, Gloria de los Ríos, Lucila Díaz Rönnner, Joselyn Guerrero, Selma James y Margarita Pisano.



La prostitución femenina en la Europa de hoy.

La Dirección General de la Mujer de Madrid sigue con

su interesante línea de publicaciones de Jornadas y Conferencias sobre te-



En movimiento GRUPO AGATA

Asociación de Mujeres afectadas por el Cáncer de mama

Desfile de modelos.

"Si vives esta situación acércate y participa con nosotras".
"No te sientas sola, colabora con nosotras"



El Grupo Àgata nace en 1995 a partir de cuatro mujeres que acababan de ser operadas de cáncer de mama y que al salir del hospital se plantearon ¿y ahora qué?.

Empezaron a reunirse, a buscar información y, como en Catalunya no existía ninguna asociación de este tipo ,decidieron agruparse para no sentirse solas (ni ellas ni sus familiares) y compartir la experiencia.

De esta experiencia personal y la iniciativa y fuerza de unas mujeres, reunidas primero en la habitación de una casa, ha ido naciendo una asociación que ha buscado recursos, contactos ,reconocimiento, subvenciones y ha conseguido un local.

Ya llevan tres años de andadura, alrededor de 200 socias y han conectado con las asociaciones de todo el Estado que son bastantes, Euzkadi, Andalucía, Valencia..., con las que realizan un encuentro cada dos años- el próximo será en el 1999 en Sevilla.

Estas actividades van relacionadas en especial con el propio cuerpo, con los cambios experimentados tras la operación, "un cuerpo en el que hay que reconocerse de nuevo, hay que quererlo y estar a gusto con

el a pesar de todas las presiones que nos llevan a esconderlo, a pensar que sin pecho ya no soy tan mujer como antes: ese es un primer paso importante para ganar autoestima y poder abordar este reto ante nosotras mismas y ante la sociedad : el trabajo, la familia, la pareja...pero

hay que empezar por una misma", dicen.

Consol nos explica que les gustaría hacer muchas más cosas, pero que la mayoría trabaja, lleva una familia y les falta tiempo: sin embargo, sus actividades son múltiples y variadas organizan charlas, grupos de trabajo, apoyo psicológico y todo tipo de actividades ."Para contribuir a la información, soporte y rehabilitación de quienes vivimos esta situación".

Las charlas informativas tocan temas que van desde "la ropa interior" a "las relaciones sexuales post-operatorias" .Tienen en cuenta el cuerpo y el estado físico, la necesidad de información y formación, las relaciones interpersonales, el equilibrio psicológico y, por supuesto, no desaprovechan ninguna ocasión para celebrar fiestas.

Para conectar con ellas podeis ir o escribir a la calle Virtut, 5 entr. 08012 Barcelona. tel: 4159394. Y, para las internautas, mandres@pie.xtec.es y nos recomiendan la página de AMAMA, la Asociación de Granada.

Montse Cervera

m.s

E-mails/Internet

Nosotras (MyS) en Internet:

La era de la información es una bendición para el movimiento de salud de las mujeres .El intercambio inmediato de información y opiniones, y el acceso a los trabajos que nos interesan ,son elementos de valor incalculable para multiplicar los resultados de lo que mejor sabemos : investigar y compartir .

Por eso te recomendamos que visites MYS en Internet, en la web de Mujeres en Red, (un punto de encuentro del feminismo español con el del mundo) donde también encontrarás mucha información sobre violencia doméstica y desde donde podrás acceder a interesantes páginas españolas sobre salud de las mujeres como la de Belladona (Enlaces) o que tratan el tema, como la de Anna Solana(Personales).

MyS:

www.nodo50.org/mujeresred/Salud/MYS
e-mails: caps@pangea.org

Juntas frente al cáncer de mama

Los grupos de afectadas por el cáncer de mama de España, que son muy activos, tienen una página de referencia, la de AMAMA, la Asociación de Granada donde puedes encontrar todas las direcciones españolas y mucha información.

AMAMA: www.redestb.es/amama

Ejercicios de Kegel:

Muchas sugerencias y mucha discusión sobre los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico con los que el prestigioso cirujano del L.A County Hospital empezó en 1948 revolucionando los tratamientos de la incontinencia urinaria , creando una alternativa a la cirugía, y acabó descubriendo una posibilidad de mejorar la respuesta sexual de las mujeres. Lo cierto es que funcionan con poco esfuerzo...y cierta constancia www.incontinet.com/articles/

Mujeres contra la violencia

En Castellón se ha creado una plataforma de mujeres contra la violencia que invita a manifestarse pública y regularmente contra la violencia familiar, congregándose frente a sus ayuntamientos los primeros lunes de cada mes, y no sólo cuando haya ocurrido una tragedia.
e.mail: dona@guest.uji.es

Hombres contra la violencia

En Sevilla ,en Castellón, en Bélgica, Nicaragua o USA hay grupos de hombres trabajando para cambiar el modelo masculino denunciando, junto a las mujeres, la violencia de género y explorando la paternidad con un discurso pro feminista: interesantísimo!.

www.hombres.arakis.es

Medicalización excesiva

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria denuncia que gran parte de las recomendaciones preventivas que se transmiten a la población se centran en exceso en la realización de pruebas médicas molestas, costosas y de eficacia dudosa para l@s pacientes y que sólo se benefician determinados grupos de profesionales sanitarios e industriales que se lucran con ella.

Ell@s, para prevenir, optan por acercarse a las personas para conocer sus riesgos y darles los consejos adecuados para cambiar hábitos y actitudes. ¿Suena lógico, no?

Fármacos que matan

Un estudio realizado en 31 hospitales franceses revela que 18.000 personas mueren al año por mal uso de medicamentos. En España l@s expert@s están hartos de advertirnos sobre el peligro de abusar de antibióticos porque pueden provocar una resistencia al medicamento en casos en los que son vitales para superar una enfermedad. Antibióticos, los justos.

Fracturas sociales

La sociedad no está preparada para la longevidad que "padecemos". Muchos de los accidentes domésticos que acaban en postración o muerte de las personas mayores son producto de sus condiciones de vida, más que de sus condiciones físicas. Mucha bulla se hace de la necesidad de evitar la osteoporosis con pruebas diagnósticas y tratamientos "preventivos" caros y dudosos para combatir la amenaza de fracturas en la tercera edad, y poca o ninguna sobre las causas sociales y económicas que contribuyen a las caídas de las personas mayores. El Ministerio de Sanidad y Consumo acaba de otorgar una Beca de Investigación a dos enfermeras y una asistente Social, Anna Rodríguez, Angels Toribio y Montserrat Riba, quienes, partiendo de la realidad de que dos de cada tres accidentes mortales ocurren en el hogar, estudiaron las condiciones de 330 domicilios de personas mayores de 65 años en el barrio del Raval de Barcelona y constataron que muchas caídas y accidentes pueden evitarse mejorando las condiciones de vida de las personas mayores: carencia de ascensores, escaleras en malas condiciones, (faltas de luz y barandillas), baldosas flojas o humedad en el baño y falta de sencillas informaciones, como que las alfombras contribuyen a los tropezones o que las quemaduras al

cocinar se evitan con el uso de manoplas adecuadas. La atención a domicilio permite detectar las deficiencias para facilitar las actuaciones conjuntas de las áreas de Servicios Sociales o Urbanismo de los Ayuntamientos. Para mantener la salud, más que de medicamentos, hay que atiborrarse de bienestar social.

Epidemia de cesáreas

En España, como en otros países industrializados, se disparan los partos por cesárea en las madres primerizas, especialmente en la medicina privada, lo cual lleva a la práctica rutinaria de cesáreas en los siguientes embarazos por aquella falsa creencia de que "un parto por cesárea, siempre por cesárea". Aunque estudios concluyentes demuestran que el parto vaginal es más seguro que la repetición de una cesárea para la mayoría de las mujeres, en USA los ginecólogos han empezado a exigir a las embarazadas que firmen un documento responsabilizándose de los riesgos del parto vaginal sin informar en absoluto de los de la cesárea, que son mucho mayores para la mujer. "The Clarion", publicación de ICAN, (International Cesarean Awareness Network), Vol. 12. Nº2

Jueces y jueces

La mujer, casada, con hijos pequeños, estaba de baja por lumbago. La empresa envió un detective para espiarla, y el detective la pilló in fraganti: no estaba en la cama medio muerta; estaba tendiendo ropa en la terraza!. La empresa, raudamente, la despidió. Pero un juez de Mallorca, Antonio Oliver, hizo readmitir a la trabajadora porque "en la sociedad actual, una mujer no puede darse de baja de la atención de su familia". Para que luego nos quejemos de los jueces.

Ácido fólico y Vitamina B6

Los folatos (ácido fólico) y la Vitamina B6 se asocian a una disminución del riesgo de enfermedad coronaria entre mujeres. La relación entre los altos niveles de homocisteína en las personas con enfermedad grave de coronarias y qué niveles se pueden reducir con la ingesta de folatos y vitamina B6 se investiga en el estudio realizado entre 80.000 mujeres del Nurse Health Study (el famoso estudio de las enfermeras, otra vez), cuyos resultados fueron publicados en JAMA el 4 de febrero de 1998. Durante 14 años de seguimiento hubo 658 casos de infarto de miocardio sin muerte y 281 con muerte. Cuando se

ajustó el riesgo relativo a la edad se encontró que el riesgo aumentaba o disminuía cada 200 microgramos de folato de más o de menos y cada 2g de B6. Los autores recomiendan al menos 400 microgramos de folatos y 3g de B6 al día.

Nacen más niñas

Devra Lee Davis ha dirigido un estudio publicado en JAMA, analizando los nacimientos de niños y niñas en varios países industrializados y han puesto en cifras algo que ya notábamos a ojo: nacen más niñas que niños. Los embriones masculinos son más sensibles que los femeninos a los cambios medioambientales y su gestación se interrumpe con más frecuencia. Esta tendencia se atribuye a la estrogenización del medioambiente que va feminizando todo lo que encuentra a su paso; a agentes químicos, como los pesticidas, que interfieren en las hormonas reproductivas. La relación con el medioambiente parte del accidente que hubo en la planta química de Seveso en 1976, a raíz del que nacieron muchas más niñas que niños en la zona. En Europa, donde se utilizan más de 800 pesticidas aunque sólo hay entre 150 y 200 aprobados, el libre mercado lleva pesticidas permitidos en unos países a otros donde están prohibidos a través de frutas, vegetales y agua de las bebidas, que afectan especialmente a l@s niños. La Comisión de la UE, estudia directivas que limiten los niveles de residuos de pesticidas en esos productos y en el tratamiento de plantas.

El sexo y el olfato

En 1972 la investigadora de la Universidad de Chicago Martha McClintock detectó una sincronización del ciclo menstrual en mujeres que viven juntas, superior a la que cabría esperar por azar. Se atribuyó este fenómeno a causas psicológicas aunque también se aludió a las feromonas, señales químicas no conscientemente percibidas como olores. Después de numerosos experimentos con animales y con mujeres, Mc Clintock y Kattleen Stern han conseguido demostrar la existencia de feromonas en humanas, y, por lo tanto, que el potencial para la comunicación química implicada en las funciones sexuales se ha mantenido a través de la evolución. (A ver si el conocimiento nos sirve para librarnos de atracciones sexuales perniciosas y males de amores perfumados.) L.T.