

MORBILIDAD INVISIBLE Y COOPERACION

Carmen Valls-Llobet

Directora del Programa "Mujer, Salud y Calidad de Vida" del CAPS

SALUD Y GÉNERO

Entendemos por salud una concepción integral que incluye de manera interrelacional: "los aspectos somáticos, la función social, la identidad sexual, las vivencias internas y emociones y las condiciones materiales y ambientales del entorno" (Zarco, 1991)

La salud de la mujer durante años no se ha visto como una salud integral en el sentido amplio y éste ha sido el primer problema de género en el abordaje de la salud de la mujer, obviando las diferencias intrínsecas que existían entre los dos sexos y reduciéndolas a su función reproductiva: embarazo, anticoncepción, planificación familiar y en los últimos diez años la menopausia. Curiosamente los trastornos de la menstruación han continuado invisibles para la investigación científica, también se han desarrollado en los últimos años unidades específicas de programas de atención a la mujer que obstaculizan la introducción de una mirada de género desde la atención integral a las personas de ambos sexos que deberían iniciarse en la atención primaria.

Si miramos el mundo en su globalidad el riesgo de mortalidad precoz más elevado en este momento en el mundo es la muerte por complicaciones durante el embarazo, o el parto o el aborto.

RIESGO A LO LARGO DE LA VIDA: INFORME DE PAI de 2001

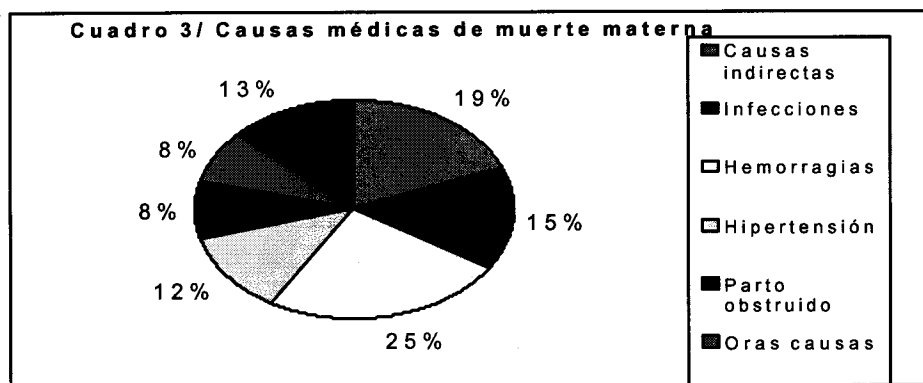
Probabilidades de que una mujer muera por complicaciones durante el embarazo, el parto o el aborto en condiciones de riesgo a lo largo de su vida.

Etiopía	1 en 7	África	1 en 15
India	1 en 57	Asia	1 en 105
Brasil	1 en 128	América Latina el Caribe	1 en 150
Estados Unidos de América	1 en 3.418	Europa	1 en 1.895
Italia	1 en 6.261	América del Norte	1 en 3.750
España	1 en 9.058		
Países desarrollados	1 en 2.125		
Países en desarrollo	1 en 65		
El mundo	1 en 70		

El riesgo de muerte por causas maternas es más elevado en África, que va seguida de Asia, América Latina y el Caribe. Es más bajo en Norteamérica y Europa.

Podemos hablar por lo tanto de 500.000 defunciones anuales derivadas de la maternidad y que una de cada 48 mujeres muere durante el embarazo y el parto. Es bueno recordar la frase de una madre de la República Unida de Tanzania dirigida a sus otros hijos cuando empezaban los dolores de parto: "me voy al mar a recoger un nuevo niño pero el viaje es largo y peligroso y tal vez no regrese". Una de cada 48 mujeres no regresa.

¿Cuál es la causa de esta mortalidad materna en el mundo?



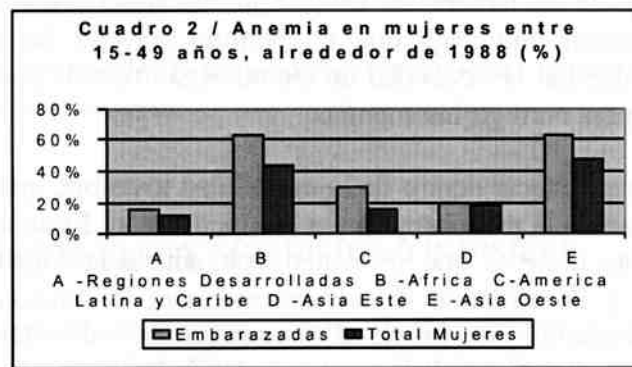
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe del año 1997, las causas directas de muerte materna incluyen el embarazo ectópico, el tromboembolismo, y otras causas relacionadas con la anestesia. También las infecciones, la eclampsia, el parto obstruido o el aborto en condiciones de riesgo son factores de causa directa de mortalidad.

Entre las causas indirectas que son el 20% de las causas de mortalidad materna se incluirían las anemias, la malaria y la enfermedad cardiaca, y el 25% que son hemorragias graves están muy relacionadas con la situación de anemia en la que muchas veces llegan estas mujeres al momento del parto. Precisamente la OMS en relación con el riesgo reproductivo ha elaborado un índice en el que se incluyen 9 indicadores. El índice de riesgo reproductivo cuando es mayor de 60, es muy alto; alto, de 45 a 69; moderado, de 30 a 44; bajo, de 15 a 29; y muy bajo, menor de 14. Se construye con los siguientes indicadores:

- *Nacimiento anual por 100 mujeres de 15-19 años de edad
- *Mujeres que utilizan métodos anticonceptivos (%)
- *Políticas de aborto (si existen o no)
- *Prevalencia de anemia entre las embarazadas
- *Mujeres que reciben atención prenatal (%)
- *Nacimientos atendidos por personal cualificado (%)
- *Nivel VIH/SIDA en las mujeres
- *Promedio de nacimientos por mujer
- *Muertes maternas por 100.000 nacidos vivos

Queremos señalar el indicador de prevalencia de anemias entre las embarazadas porque es un indicador de un riesgo invisible, ya que la anemia si no se busca de una manera concreta es difícil de evaluar. Sin embargo, mucho del personal sanitario que realiza cooperación en África ha desarrollado técnicas muy fáciles con el hematocrito realizado sólo con la punción de los dedos de la mano (M.Valls, Mozambique) que permiten evaluar las anemias que presenta la población y también las mujeres embarazadas.

En el año 1988 la Organización Mundial de la Salud, ha señalado que existe una prevalencia de más de un 60% de mujeres anémicas entre las embarazadas, y de un 40% de la población total de mujeres en África y en el oeste de Asia; señalando también que en América latina y El Caribe, el 30% de mujeres que llegan al embarazo lo hacen con anemia y el total de mujeres es un 15%.



presencia de sintomatología relacionada con la anemia, pero también con la deficiencia de hierro, evaluando si la sintomatología clínica, la ansiedad, la calidad de vida relacionada con la salud, se asociaban con la deficiencia de almacenamiento de hierro corporal, niveles de hemoglobina y recuento de hematíes. Precisamente ha podido demostrar que muchos de los síntomas que se relacionaban habitualmente con la anemia son producidos precisamente por la deficiencia de reservas de hierro, evaluados con un indicador bioquímico denominado ferritina. Estos síntomas son: el cansancio, la irritabilidad, la dificultad de atención, la dificultad de aprendizaje, la intolerancia al esfuerzo, la intolerancia al frío, el dolor de cabeza de tipo frontal, el aumento de infecciones en garganta, nariz y oídos, el aumento de acné, la caída de pelo y las alteraciones en las uñas, que se abren en capas.

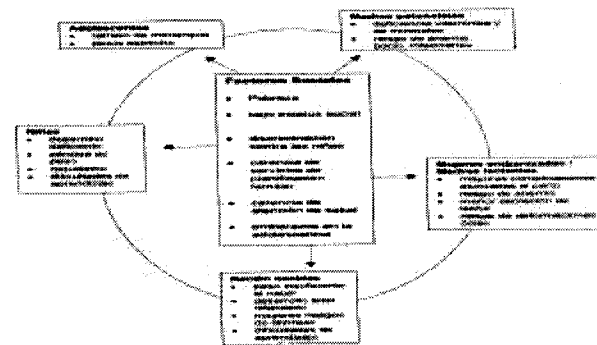
Concluíamos, por lo tanto, que la patología clínica relacionada con la anemia también se presentaba en las mujeres que sólo mostraban deficiencias de hierro. Además, los trabajos de Hunt, 1991 demostraron que la presencia de ferritina modulaba los receptores de las neuronas que captan dopamina y Gaba (que imita el efecto de los sedantes en el cerebro) en los núcleos del tálamo y del hipotálamo del cerebro, señalando que existía una relación entre la deficiencia de ferritina y alteraciones de estos neurotransmisores. En el trabajo que hemos realizado, se ha comprobado que hay una correlación directa entre la deficiencia de ferritina y el aumento de puntuación del test de ansiedad de Hamilton de tipo sobre todo somático, y en cambio no existe relación directa entre las deficiencias de ferritina y hemoglobina. Cuando a una mujer le falta hierro en sus reservas, acaba desarrollando una anemia, pero puede ser que sin desarrollar todavía la anemia el déficit de glóbulos rojos, exista una deficiencia de hemoglobina. Esto pondría de manifiesto, y no se ha podido comprobar todavía, que en los países en vías de desarrollo, prácticamente el 100% de mujeres pueden presentar una deficiencia de las reservas de hierro, con el consiguiente cansancio y pérdida de capacidad de atención y de aprendizaje que conlleva esta situación.

De hecho, con las mujeres de Chiapas se había demostrado las dificultades de aprendizaje relacionadas con los problemas de nutrición y de anemia. También hemos comprobado que hay una correlación entre el perfil de calidad de vida de Nottingham y el déficit de reservas de hierro, correlacionándolo de forma estadísticamente significativa con el déficit de energía, con alteraciones emocionales y con alteraciones del sueño. En conclusión, los niveles bajos de ferritina, por debajo de 30 nanogramos por ml. se correlacionan positivamente con la presencia de astenias, síntomas psicósomáticos, menor nivel de calidad de vida y niveles altos de ansiedad, incluso en mujeres sin anemia. Los niveles de hemoglobina sérica no se correlacionan con la deficiencia de almacenamiento de hierro corporal. Esta sería una patología invisible, difícil de resolver sólo con la nutrición, ya que la absorción de hierro a partir de los

diferentes alimentos es muy baja y en cambio se absorbe a partir de la carne más magra de la carne o del hígado de ternera, en cambio la absorción a partir de las lentejas o alubias es una absorción muy baja que no permite corregir las anemias. Esto ha planteado al Banco Mundial la necesidad de incluir algún tipo de pastilla que contenga hierro y ácido fólico para corregir las anemias.

También es importante destacar dentro de la morbilidad invisible, que las bajas ingestas de calcio pueden inducir a la preeclampsia y a la hipertensión. Estas dos complicaciones son más bajas en las mujeres que presentan una adecuada ingesta de calcio. Las deficiencias de zinc y de vitamina A también modulan la función inmunológica en animales de experimentación y en humanos; los suplementos de vitamina A que se han administrado a mujeres del Nepal reducen la mortalidad materna en un 40% y los de betacaroteno en un 50%. Los suplementos tienen un efecto protector, no sólo contra las infecciones sino también contra las hemorragias, sino también contra los partos prolongados y obstruidos. Una prueba a pequeña escala con suplementos de zinc ha indicado que puede ayudar a proteger contra el parto prolongado y la hemorragia excesiva. Tenemos, por lo tanto, un círculo vicioso en la desnutrición que puede conducir a un empeoramiento de las causas indirectas de muerte materna, que serían las hemorragias y las relacionadas con infecciones que pueden debilitar el cuerpo de las mujeres en el momento de entrar en el parto.

Cuadro 1. El círculo vicioso de la desnutrición



LOS RIESGOS PARA LA SALUD:

Los riesgos invisibles para la salud de las mujeres dependen de las condiciones de vida y de trabajo. Aunque hemos analizado anteriormente que la primera morbilidad invisible a estudiar para evitar la mortalidad materna en el parto es la relacionada con las anemias y ferropenias y las carencias de nutrición, existen muchos otros problemas que condicionan de una forma invisible la morbilidad que presentan las mujeres y las consecuencias sobre su salud física y mental.

El modelo de mujer y salud desarrollado por el CAPS a partir del modelo de Mary Ann Frankenhauser y Ulf Lundberg (1990) muestra que existen unos riesgos en relación a las demandas externas de trabajo, las condiciones laborales, la discriminación, la doble jornada y la pobreza, que inciden en un cuerpo con una genética, una fisiología, una endocrinología y una psicología diferentes a las del hombre, con una psicología diferencial: baja autoestima y alta valoración, y con un déficit de factores atenuantes sociales de corresponsabilidad, que producen unas consecuencias determinadas con un predominio de síntomas de ansiedad, de presión, de problemas músculo-esqueléticos,

trastornos menstruales o cefaleas, cansancio, insomnio, son las principales sintomatologías que se presentan en la consulta médica.

Todo ello nos ha hecho señalar la necesidad de reflexionar sobre los diferentes riesgos de enfermar en hombres mujeres.

MORBILIDAD DIFERENCIAL Y MORBILIDAD INVISIBLE

A lo largo de la vida de las mujeres existen muchos trastornos que son mucho más predominantes en el sexo femenino que en el masculino y que se relacionarían precisamente con sus diferencias, con la menstruación y con el estrés que produce también trastornos de la menstruación o con su tendencia a presentar más enfermedades endocrinológicas y autoinmunes. Por consiguiente, la morbilidad predominante en mujeres de 14 a 45 años serían las anemias y ferropenias; los trastornos de la menstruación, tanto por exceso como por defecto; las hiperprolactinemias, trastornos por exceso de prolactina hipofisaria relacionada también con las carencias de hierro; los trastornos de la función tiroidea, como el hipertiroidismo, las tiroiditis autoinmunes, el hipotiroidismo clínico y subclínico; y las enfermedades autoinmunes que también pueden ser inducidas por los anticonceptivos hormonales y por los estrógenos. Estas enfermedades autoinmunes se presentan en una correlación muy alta entre mujeres en relación a los hombres; la tiroiditis por ejemplo, la presentan 50 mujeres por un hombre, el lupus eritematoso el 90% de mujeres por un hombre que la presente, y esto lo vemos en el predominio femenino de las enfermedades autoinmunes en el cuadro que se adjunta:

TIROIDITIS DIFUSA LINFOCITICA	
Con Bocio	
(Hashimoto)	
Comienzo edad adulta	25-50:1Doniach, Kalin
Comienzo juvenil	4-7 :1Doniach, Steihan
Sin Bocio	
Mixedema	6:1 Kahn
Asintomática	8:1 Doniach
HIPERTIROIDISMO (Graves – Basedow)	10:1 Tunbridge(Whickham survey)
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	9:1 Inman, Dubois
ARTRITIS REUMATOIDE	2-4:1 Christian
SINDROME DE SJÖGREN	9:1 Whaley
ESCLERODERMIA	3-4:1 Rodnau
MIASTENIA GRAVIS	2:1 Schwab
DIABETES MELLITUS AUTOINMUNE	5:1 Chapel

Pero en esta etapa existe también una morbilidad invisible relacionada con los trastornos de la menstruación como serían las carencias metabólicas de hierro desde el nacimiento de déficit de zinc y de calcio, las anemias y ferropenias que serían de 12 a un 75% de la población; las metrorragias 50% de la población femenina, la amenorrea o oligomenorrea de un 15 a un 20% de la población femenina, endometriosis un 5% y el síndrome premenstrual severo de un 15 a un 35% de la menstruación. De hecho la menstruación puede servir como un indicador de la situación de estrés cuando el ciclo es irregular la duración del ciclo es menor de 25 días o mayor de 40, la duración de la menstruación más de 5 días, la intensidad de las pérdidas menstruales mayor de 100 cm³ y existe presencia de coágulos o de dolor en el momento de la menstruación; y también la morbilidad prevalente entre mujeres mayores de 45 años serían precisamente el

cáncer de mama, de cérvix y de endometrio; la cardiopatía isquémica; la diabetes clínica y subclínica; el cáncer de colon y el de pulmón; la deficiencia de formación ósea por déficit subclínico de vitamina D; la hipertensión y las dislipemias. La morbilidad invisible en esta etapa de la vida de las mujeres estaría relacionada sobre todo con el hipotiroidismo clínico y subclínico con una prevalencia de 15 a 20% de mujeres frente a un 2% de hombres, el hipertiroidismo de un 2% de mujeres frente a 0,1 % de hombres en población, la angina inestable que se presenta de forma más predominante en el sexo femenino, el déficit subclínico de vitamina D con un 30% de la población femenina y un 15% de la masculina, y el hiperparatiroidismo secundario al déficit de vitamina D que se presenta en un 20% de la población femenina y un 5% de la población masculina. También como déficit subclínico relacionado con la masa ósea hay que señalar que todos los déficit de fase luteínica o los tipos menstruales anovulatorios durante la fase de vida reproductiva, condicionan problemas músculo-esqueléticos por el hecho de que la progesterona es anabolizante y ayuda a formar huesos, todos los déficit de progesterona conducirán a una mala formación ósea y también condicionan problemas de salud mental por el exceso de neurotransmisores estimulantes que produce el exceso de estrógenos.

PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL MEDIOAMBIENTE Y LA UTILIZACIÓN DE PESTICIDAS EN EL TRABAJO AGRÍCOLA Y COMO USO DOMÉSTICO.

Las condiciones medioambientales contribuyen en gran medida a las enfermedades contagiosas que cada año causan entre 20 a un 25% de las muertes en todo el mundo. Las enfermedades más estrechamente relacionadas con las condiciones medioambientales —enfermedades infecciosas y parasitarias e infecciones y otras enfermedades de las vías respiratorias— ponen en peligro las perspectivas de desarrollo, particularmente en países pobres y entre los pobres de cualquier país, el agua contaminada y el concomitante saneamiento deficiente se cobran cada año las vidas de más de 12 millones de personas y la contaminación del aire causa cada año casi tres millones más de defunciones. En los países de África al sur del Sahara, el paludismo es la causa de un 10% del total de las defunciones, como muy bien ha señalado el Dr. Gascón en la conferencia anterior.

Según se ha calculado, “aproximadamente un 40% de las infecciones agudas de las vías respiratorias, un 90% de las enfermedades diarreicas, un 50% de los trastornos respiratorios crónicos y un 90% de los casos de paludismo podrían evitarse mediante simples modificaciones del medio ambiente”. (UNFPA 2001)¹

Contaminación ambiental y riesgos para la salud.

La contaminación del aire puede afectar mortalmente a unas 3 millones de personas anuales y un 90% de estas defunciones en los países en vías de desarrollo pueden afectar por diversos contaminantes: como el anhídrido sulfuroso (resultante de la combustión de petróleo y carbón con alto contenido en azufre; las partículas en suspensión producidas por fuegos en el hogar o plantas industriales y motores diesel; el anhídrido carbónico y el anhídrido de nitrógeno procedente de los vehículos a motor que queman petróleo; o también los hidrocarburos procedentes de la combustión de gasolina; el ozono debido a los efectos de la luz solar sobre la niebla tóxica generada

¹ “Informe del estado de la población mundial 2001, de la UNFPA (Unión Fondos de Poblaciones para las Naciones Unidas.)

por las emisiones de los vehículos, y el plomo atmosférico procedente de la quema de petróleo o carbón con contenido de plomo; o las dioxinas producidas por incineradoras que queman sin seguir las rigurosas medidas de seguridad que recomiendan actualmente las autoridades mundiales en salud. La contaminación del aire dentro de las viviendas también es peligroso porque el hollín resultante de la combustión de madera, estiércol, o los residuos de cultivos y carbón para cocer alimentos o para calentar las casas puede afectar a más de 2.500 millones de personas en su mayoría mujeres y niñas, y cobra cada año unas 2,2 millones de vidas, más del 98% en los países en vías de desarrollo.

También los metales pesados se incorporan al medioambiente debido a las fundiciones de metal y otras actividades industriales, a la eliminación en condiciones de riesgo de residuos industriales y a la utilización de plomo en tuberías de agua y el petróleo. Los metales más peligrosos cuando se concentran a niveles superiores o a los naturales y pueden afectar a la salud humana son: el plomo, el mercurio, el cadmio, el arsénico, el cobre, el zinc, y el cromo. Todos ellos tienen efectos diversos porque pueden producir cáncer, daños genéticos y daños en el sistema nervioso y en los huesos humanos.

La salud reproductiva y el medio ambiente

Los factores medioambientales pueden tener efectos directos en la salud reproductiva de los individuos y debido sobre todo a que la mayoría de productos químicos medioambientales acostumbra a ser disruptores hormonales o disruptores endocrinos que alteran profundamente el ciclo menstrual en las mujeres y alteran por lo tanto los parámetros de salud reproductiva. Entre los productos que se supone que pueden producir alteración endocrina, llamados disruptores endocrinos hay al menos casi 84 pesticidas y plaguicidas que entre ellos el DDT, el lindano, el vinclozólín, la dieldrina, la atracina, algunos piretroides y el malation que pueden producir alteraciones en el sistema nervioso central, en el sistema respiratorio, en el sistema endocrino, sobre todo en la mujer, afectan a la hormona de crecimiento y pueden también afectar a largo plazo la mitocondria produciendo alteraciones de cansancio, capacidad de concentración...

Ftalatos – sustancias plastificadoras que forman parte del policloruro de vinilo (PVC) utilizado en bolsas plásticas y equipo para inyecciones endovenosas, así como en jabones, rociadores del cabello, esmalte para las uñas y cosméticos.

Bifenilos policlorados (PCB) - utilizados anteriormente en el equipo para electricidad y aún subsistentes en cuencas hídricas contaminadas, rellenos de tierras y otros sitios de vertimiento de residuos.

Dioxinas – producidas durante la incineración de residuos y mediante procesos industriales, como la fabricación de papel.

La investigación acerca de los efectos de esos productos químicos ubicuos no es concluyente, pero cada vez hay mayores pruebas que vinculan los perturbadores endocrinos con diversos problemas, entre ellos: infertilidad femenina; aborto espontáneo, disminución del espermograma; cáncer de testículo y de próstata; y otros trastornos del aparato reproductor como hipospadias (malformaciones del pene), criptorquidia (falta de descenso de testículos) y pubertad precoz de las niñas; endometriosis y cáncer de mama, de ovario y de útero. Los niños que estuvieron expuestos a esas sustancias durante la gestación tienen mayores probabilidades de padecer problemas de desarrollo y dificultades de aprendizaje o cognitivas.

Todo esto constituyen causas a la morbilidad invisible que afectan, sobretudo al sexo femenino, dado que la cantidad de células grasas que tiene el cuerpo de la mujer es un 15 o 20% más que el cuerpo del hombre.

MORBILIDAD DIFERENCIAL = MORBILIDAD INVISIBLE

El hecho de que exista una prevalencia diferente entre mujeres y hombres entre algunas enfermedades, como el hecho del efecto diferente de los impactos y contaminación medioambiental entre los dos sexos, no eran conocidos por la medicina hasta la última década

MORBILIDAD DIFERENCIAL

- * Relacionada con la **violencia de género**
- * Relacionada con la **biología** (Trastornos Menstruales). Enfermedades Autoinmunes.
- * Relacionada con las **condiciones de trabajo, el Estrés y la doble jornada.**

MAS VULNERABILIDAD A:

-Tóxicos ambientales:

Pesticidas, disolventes, vida media y acumulación 15% a 20% más elevada entre mujeres.

-Enfermedades crónicas:

Artritis, Artrosis, Anemias, Deficiencias crónicas de hierro.

- Enfermedades Endocrinas:

Tiroides: Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Tiroiditis

Diabetes, Enfermedades de las suprarrenales

- Osteopenia (Deficiencia precoz de Vit. D y Hiperparatiroidismo).

- En relacion al cancer hormono-dependiente (Cáncer de Mama, Endometrio, Ovario)

- Habitos No Saludables tienen efectos diferentes.

Doble efecto del alcohol

El tabaco provoca osteoporosis

La ignorancia de las diferencias y el hecho de que se precisen a veces técnicas analíticas para determinar la existencia de una morbilidad invisible hace muy difícil que la cooperación en salud, pueda tener en cuenta el abordaje diagnóstico y terapéutico, y la prevención de lo que denominamos morbilidad diferencial.

La organización del sistema sanitario y su efecto sobre la salud.

La forma en que se organiza el sistema sanitario y la calidad de los servicios sanitarios tienen también una gran importancia para evitar la yatrogenia que puede producir el mismo sistema. El hecho de incidir en poblaciones donde los derechos humanos han sido conculcados, y donde existen índices altos de analfabetismo y pobreza, hace más difícil todavía la comunicación necesaria en el acto médico. Y el respeto a las decisiones de los pacientes y el empoderamiento de las mujeres necesario también en los países desarrollados, que hace llamar la atención sobre los indicadores que deberían marcar la calidad de los servicios de atención sanitaria, que han sido perfectamente analizados por M^a Isabel Matamala²:

INDICADORES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCION SANITARIA

² Maria Isabel Matamala. "Salud de la mujer, calidad de atención y género". Ed. Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social, Chile 1996

- **Dignificación**, orientada a observar si la atención contribuye o no a la valoración, autoestima, empoderamiento y autodeterminación de las mujeres...
- **Conciencia y ejercicio de derechos**, en la que se valoran las formas concretas en que el proceso de atención hace efectivos o niega estas expresiones de desarrollo humano y de bienestar...
- **Competencia técnica**, que aprecia si la atención resuelve las demandas y necesidades de las mujeres usuarias en forma integral.
- **Vínculo interpersonal**, que observa la relación de empatía, de solidaridad y de poder que se establece entre usuarias y prestadoras/es...
- **Potenciación de comportamientos favorables**, busca a través del seguimiento, identificar los cambios favorables que se han operado en la usuaria y en su entorno.

Creemos que debemos adoptar una perspectiva de género en la formulación y aplicación de políticas sociosanitarias, tal como se acordó en la Conferencia Mundial de Pekín + 5: “ ... *“Debe adoptarse una perspectiva de género en todos los procesos de formulación y aplicación de políticas y en la prestación de servicios, en particular de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia”*”

Planteamos para el futuro los ejes que a mi modo de ver, se deben introducir y reflexionar para hacer una cooperación en salud con perspectiva de género, que ataque la raíz de los problemas de salud diferencial y que contribuya a cambiar el tradicional abordaje dirigido a la mujer considerada inferior y sumisa, por un abordaje que no sobrecargue más a las mujeres y las libere de su papel de únicas cuidadoras, las haga ciudadanas de pleno derecho, y las libere de las ataduras patriarcales que han contribuido a su discriminación.

La perspectiva de género en salud y cooperación debe tener en cuenta como planteaba la FNUAP:

1. La salud sexual y reproductiva NO ES ASUNTO SÓLO DE MUJERES
 - Se debe implicar hombres, sociedad y familias
 - Se ha de realizar un abordaje dinámico de conocimientos
 - Se deben romper los vínculos de poder en la prestación servicios/usuarios/as
 - Se debe estimular la adopción de decisiones en las relaciones sexuales/asertividad

2. Las instituciones y los gobiernos instituciones y gobiernos deben escuchar a los ciudadanos y ciudadanas en el diseño de sus políticas y en la ejecución de sus programas
 - Estimular prácticas equitativas e inclusivas de mujeres.
 - No excluir mujeres en la consulta y el diseño de políticas.

3. Se han de trabajar las raíces de la discriminación:
 - Pobreza de medios y de información
 - Dependencia de la mirada del hombre. Imposibilidad de tomar decisiones
 - Autoestima disminuida por factores sociales y culturales
 - Formulación de deseos propios. No a la resignación

Bibliografía

- Population Action International. Informe PAI (2001): Mundos diferentes. Salud y riesgos sexuales y reproductivos. www.populationaction.org
- Cifras de Mortalidad materna. OMS 1997
- Cifras de Anemias. OMS 1988
- Carme Valls Llobet. Las anemias ¿un problema de salud invisible?. *Nous Camins*. 1999; 20: 6-8
- Frankenhausen y Lendherg. "Women, Work, and Health. Stress and Opportunities". Ed. Plenum Press. New York 1991
- Carme Valls Llobet. "Mujeres y Hombres: Salud y Diferencias". Ed. Folio. Barcelona 1994
- Informe del El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2001
- Isabel Matamala: "Salud de la mujer, calidad de atención y género". Ed. Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social, Chile 1996.