



Universidad  
de Alcalá

**LA SALUD PÚBLICA DE LA MUJER,  
VIOLENCIA DE GÉNERO  
E INMIGRACIÓN FEMENINA:  
Estudio comparativo entre España y  
Francia y glosario especializado**

**Máster Universitario en Comunicación Intercultural,  
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos**

**Presentado por:  
D<sup>a</sup> MARÍA CAROLINA MADRID VINGELLI**

**Dirigido por:  
Dra. ANA ISABEL LABRA CENITAGOYA**

**Alcalá de Henares, a 1 de junio de 2015**

*A mi madre,  
quien me dio la vida y siempre ha creído en mí*

*A Nora Ávila,  
quien ha sabido siempre cómo aconsejarme*

*A mi profesora y tutora Ana I. Labra,  
por ser paciente y saber guiarme en este trabajo*

*Y a todas las mujeres allí afuera,  
las que están luchando una batalla silenciosa y las que no  
y las que siguen adelante como ícono femenino en este mundo*

*Gracias.*

## Índice

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	7
<b>Capítulo I: Marco teórico</b> .....	9
1.1    La sanidad de la mujer en España .....	9
1.1.1    El sistema sanitario español .....	9
1.1.2    La atención sanitaria de la mujer en España: Programas y Plan Integral de la Atención a la Mujer.....	11
1.1.3    Atención sanitaria en el área de violencia de género de España.....	13
1.1.4    La mujer inmigrante en España.....	15
1.2    La sanidad de la mujer en Francia.....	18
1.2.1    El sistema sanitario francés .....	18
1.2.2    La atención sanitaria de la mujer en Francia: DREES, Programas y <i>Planning Familial</i> 20	
1.2.3    Atención sanitaria en el área de la violencia de género en Francia.....	23
1.2.4    La mujer inmigrante en Francia .....	28
1.3    Tipologías de texto y enfoques de terminología: orientaciones teóricas para el análisis y la elaboración de glosarios .....	31
1.3.1    Tipologías de texto: textos especializados y situaciones comunicativas .....	31
1.3.2    Enfoques de terminología.....	34
1.3.3    Tipos de trabajos terminográficos .....	37
<b>Capítulo II: Marco metodológico</b> .....	39
2.1    Metodología para la elaboración de un trabajo terminológico.....	39
2.2    Objetivo general y objetivos específicos.....	40
2.3    Fuentes de información e investigación documentales .....	41
2.4    Fichas terminológicas: las categorías de datos.....	43
<b>Capítulo III: Análisis y resultados</b> .....	47
3.1    Análisis y comparación de la atención de la salud pública a la mujer en España y Francia47	
3.1.1    Los sistemas sanitarios de España y Francia.....	47
3.1.2    La atención sanitaria pública a la mujer en España y Francia.....	48
3.1.3    La atención sanitaria en el área de violencia de género de España y Francia ....	50
3.1.4    Las mujeres inmigrantes en España y Francia .....	51
3.2    Análisis de los corpóra y las tipologías de texto .....	53
3.3    El trabajo terminográfico: análisis, problemas y resultados.....	54
3.3.1    El sistema de conceptos o <i>árbol de campo</i> .....	55
•    Salud pública de la mujer.....	56
➤    Áreas y sub-áreas del ámbito de atención sanitaria pública a la mujer: .....	56

➤	*Sub-áreas y sub-áreas específicas del área de ginecología y obstetricia: .....	57
➤	Áreas del ámbito de violencia de género:.....	58
➤	Sub-áreas y sub-áreas específicas del ámbito de violencia de género:.....	58
➤	Áreas, sub-áreas y sub-áreas específicas del ámbito de ciencias sociales:.....	59
3.3.2	La recopilación de términos .....	60
3.3.3	Las fichas terminológicas.....	61
	Ejemplo 1 .....	63
	Ejemplo 2 .....	64
	Ejemplo 3 .....	65
	Ejemplo 4 .....	66
	Ejemplo 5 .....	68
	Ejemplo 6 .....	69
	Ejemplo 7 .....	70
	Ejemplo 8 .....	72
	Ejemplo 9 .....	74
	Ejemplo 11 .....	76
	Ejemplo 12 .....	78
<b>Conclusiones</b>	.....	<b>80</b>
<b>Bibliografía</b>	.....	<b>82</b>
	Citas bibliográficas.....	82
	Referencias bibliográficas del glosario .....	86
<b>Anexos</b>	.....	<b>96</b>
	Anexo 1: Glosario .....	96
	Anexo 2: Consultas personales .....	96
	Anexo 3: Modelos de fichas terminológicas .....	100

## **RESUMEN**

La atención sanitaria a nivel mundial siempre ha sido asunto de interés para los servicios públicos ya que cubre un área esencial para el ser humano: la salud. Más allá de las necesidades sanitarias básicas, se puede encontrar que la diversidad en este campo es muy amplia. El hecho de que la mujer necesite un enfoque y atención especializados no resulta una sorpresa. En dicho enfoque convergen la atención sanitaria en áreas específicas como la ginecología y la obstetricia o la atención a la violencia de género, presente también en la vida de las mujeres inmigrantes. Sin embargo, no existe aún la presencia de vocabulario especializado al respecto, lo que hace necesario un trabajo terminológico al respecto.

El objetivo principal de esta investigación es analizar el tipo de enfoque que se le da a la atención sanitaria de la mujer en los sistemas sanitarios de España y Francia y qué ámbitos de estudio abarca dicho campo (en este caso, la atención sanitaria profesional y especializada, la violencia de género y la inmigración femenina). Se trata, pues, de un estudio comparativo que pretende contrastar ambas realidades de la atención sanitaria de dichos países con un objetivo específico: elaborar a partir de estos resultados una propuesta de glosario francés-español especializado en la salud pública de la mujer para el uso de traductores, intérpretes, profesionales sanitarios y cualquier especialista interesado en el tema.

En efecto, el trabajo de búsqueda bibliográfica llevado a cabo para elaborar este marco teórico puso de manifiesto la ausencia en ambos países de estudios enfocados específicamente en la salud de la mujer, en los que no solo se abarcara temas de violencia de género sino también de la salud femenina personal en general y su relación con el área de la inmigración. Asimismo, se constató la necesidad de un glosario monolingüe con equivalencias en francés sobre esta área al haberse constatado su inexistencia en el mundo de la terminología especializada.

Para poder alcanzar este objetivo final, han debido de seguirse previamente una serie de pasos que quedan reflejados en los diferentes capítulos de este trabajo de investigación. En primer lugar, un marco teórico en el que se recogen las informaciones más relevantes sobre el sistema sanitario, la atención sanitaria especializada en la mujer, la atención sanitaria a la mujer víctima violencia de género, estudios sobre la mujer inmigrante y su relación con el uso de la salud pública en España y Francia, así como las teorías de análisis de tipologías de texto y de enfoques de terminología. Los resultados muestran el tipo de estudio que cada país ha llevado a cabo enfocado en la atención sanitaria de la mujer y qué tipo de términos se pudieron recabar de los documentos.

## **PALABRAS CLAVE**

Atención sanitaria, dificultades terminológicas, elaboración de materiales y recursos, estudios comparativos, estudios de género, interculturalidad, lenguaje especializado, salud de la mujer, sistemas sanitarios, terminología, TISP y género

## **RÉSUMÉ**

Au niveau global, les soins de santé ont toujours été un sujet d'intérêt pour les services publics car ils s'occupent d'un domaine essentiel pour l'être humain : la santé. Au delà des besoins sanitaires de base, on peut retrouver que la diversité dans ce domaine est très large. Le fait que la femme exige une approche et des soins spécifiques ne doit pas surprendre. Dans cette approche se rejoint les soins de santé dans des domaines spécifiques comme la gynécologie et obstétrique, ou l'attention à la violence au sein du couple, présentes aussi dans la vie des femmes migrantes. Cependant, il n'existe pas encore un vocabulaire spécialisé dans ce domaine, ce qui rend nécessaire un travail terminologique à cet égard.

L'objectif principal de ce travail est d'analyser le type d'approche aux soins de la femme existant dans les systèmes de santé d'Espagne et de France et quels domaines spécifiques recouvre ce cadre (les soins de santé professionnels, la violence au sein du couple, l'immigration féminine). Au même temps, il s'agit donc d'une étude comparative qui a pour but de mettre en parallèle les deux réalités, proposant à partir des résultats obtenus un glossaire spécialisé dans la santé publique de la femme en français-espagnol à l'usage de traducteurs, interprètes, professionnels de santé, et tout autre spécialiste intéressé par le sujet.

En effet, le travail de recherche bibliographique réalisé pour l'élaboration du cadre théorique a démontré l'absence d'études consacrées spécifiquement à la santé de la femme dans les deux pays, s'occupant non seulement de la violence au sein du couple mais aussi de la santé de la femme en général et sa relation avec le domaine de l'immigration. De même, on a constaté la nécessité d'un glossaire monolingue avec des équivalences en français sur ce domaine après avoir confirmé son inexistence dans le monde de la terminologie spécialisée.

Ce processus a impliqué une série d'étapes qui ont été matérialisées dans les différents chapitres de ce travail. D'une part, le cadre théorique, qui présente les informations les plus importantes du système de santé, les soins de santé spécifiques de la femme, les soins de santé à la femme victime de la violence au sein du couple, les études sur la femme migrante dans les systèmes de santé publics en Espagne et en France, et d'autre part des théories sur la typologie des textes et sur la terminologie. Les résultats mettent à l'évidence le type d'étude sur les soins de santé aux femmes réalisées par chacun des deux pays, ainsi que la typologie des termes repérés dans ces documents.

### **MOTS CLÉS**

Élaboration de matériaux et ressources, difficultés terminologiques, études comparatives, études de genre, interculturalité, langue de spécialité, santé de la femme, soins de santé, systèmes de santé, terminologie, TISP et genre

## Introducción

Desde la antigüedad, el cuidado de la salud ha sido de gran importancia para la humanidad. Hasta el día de hoy no se ha conocido cultura, tribu o sociedad que no haya poseído al menos un personaje con el rol de curandero o sanador. En civilizaciones como la egipcia, llena de conocimientos sobre la higiene personal y fórmulas farmacéuticas, así como la griega y romana que se interesaban por las dietas alimenticias y el ejercicio físico, se puede ver que la salud siempre significó un factor fundamental para el desarrollo social. Aunque no sea de gran mención en ningún otro campo, de todos modos, el papel desempeñado por las mujeres también tuvo su relevancia en el área de salud. En aquellas civilizaciones en las que la religión consideraba a las deidades femeninas como las más potentes, puesto que se desenvolvían en una sociedad matriarcal, el rol de la mujer dentro del cuidado de la salud era de gran significancia para el pueblo.

Women could never function as autonomous or independent healers –or without the supervision of a recognized male authority- unless the culture held a religious view that the primary deity was feminine, or had a strongly androgynous or bisexual nature. The instances, in which women were recognized as the primary healers, were taken from prehistory, from cultures that honoured the Mother Earth or the Great Goddess. Women in more recent traditions who functioned as sanctioned healers within the orthodox framework were anomalies, rare exceptions to the dominant male order. (Achterberg, 1991: 65)

Puede decirse entonces, que la mujer era el epicentro de todo estudio de la sanidad, pues no solo se recurría a ella como personaje mediador para la curación de los males, sino que también desempeñaba papeles importantes de partera, comadrona y obstetra, así como en otras áreas de la medicina no relacionadas con el parto, como por ejemplo extirpando tumores o realizando operaciones (Iglesias Aparicio, 2003).

Si bien a lo largo del tiempo las sociedades mutaron y se instauró la presencia de religiones y culturas patriarcales, el interés de la sanidad tanto en el hombre como en la mujer no dejó de ser un aspecto importante de la convivencia en comunidad. Hoy en día, gracias a los grandes avances de la tecnología y la medicina, el interés de parte de la ciencia y las comunidades a contribuir al desarrollo de la medicina especializada está cada vez más presente. Efectivamente, un ejemplo real de este particular apoyo al desarrollo de la medicina es el de la Unión Europea en el área de salud pública, puesto que tiene como objetivo asistir y fomentar cualquier investigación que contribuya a la protección contra las enfermedades, plagas y afecciones de los ciudadanos europeos, así como mejorar su salud en la mayor medida (TUE, 1992: art. 168).

En particular se encuentra la atención pública a la mujer, que con el paso del tiempo ha ido tomando cada vez más relevancia, no solo en el área sanitaria, sino también en el área social. Si bien dentro de la Unión Europea todo sistema sanitario debe responder a las necesidades de salud pública del ciudadano europeo, no siempre el enfoque que se le da al mismo coincide entre cada nación. Por esta misma razón, la atención pública que se ofrece a la mujer en España puede ser, por ejemplo, muy distinta de la atención que se le otorga dentro del sistema sanitario de Francia.

Otro punto de gran importancia, aunque no parezca estar relacionado con el tema, es el desarrollo lingüístico en Europa de las áreas dedicadas a la mujer. Como es sabido, todo documento informativo, folleto, plan integral o estudio que se realiza en un campo

especializado conlleva de una forma u otra al uso de vocabulario específico que en muchas ocasiones no se encuentra especificado en el objeto de estudio. Es común encontrar documentos oficiales que, aun siendo de divulgación pública, muy frecuentemente no incluyen un glosario terminológico del léxico empleado en dicho trabajo. Esto generalmente significa un problema de investigación para cualquier especialista, sea profesional sanitario o traductor, y que en este caso en específico interesa en el área de traducción especializada.

Por lo tanto, se pretende presentar la propuesta de un glosario de especialidad en la salud pública de la mujer tanto en español como en francés a partir de documentación especializada en el área de atención de la sanidad pública femenina en ambas lenguas. El enfoque será tanto en el sistema sanitario de España como en el de Francia, estableciendo así una comparación entre las diferencias y similitudes y la importancia que le dan ambos países a este sector, así como se tomará en cuenta la presencia de vocabulario terminológico especializado en las fuentes que pueda ser de utilidad a cualquier tipo de usuario, ya sea profesional de la salud o traductor especializado como cualquier interesado en dicho campo de estudio.



## **Capítulo I**

### **Marco teórico**

El marco teórico, como bien lo delimita su nombre, debe cumplir con una serie de fundamentos teóricos que asienten las bases del campo de estudio especializado sobre el cual se está realizando la investigación. Dado que el presente trabajo se enfoca en el ámbito sanitario público y tiene interés por la salud pública de la mujer con base en la recopilación de términos y la posterior realización de un glosario terminológico, es imprescindible conocer las teorías, postulados y documentación que regirán las bases fundamentales para el análisis y resultado del producto final. De esta manera, en los capítulos a continuación pertenecientes a este marco se presentarán esquemáticamente la situación del servicio de sanidad pública de España y Francia, la atención sanitaria especializada en la salud de la mujer en ambos países y su relevancia, los enfoques que se le dan al área de violencia de género y su relación con la mujer migrante. De igual modo, se analizarán las tipologías textuales de los textos especializados en el área ya mencionada para detectar sus distintas clasificaciones, así como se presentarán las teorías básicas de terminología para la creación de glosarios especializados en este campo determinado.

#### **1.1 La sanidad de la mujer en España**

##### **1.1.1 El sistema sanitario español**

En primer lugar, antes de hablar de sanidad y de la atención pública de este sector, es necesario saber la definición exacta del término. Según el diccionario de la Real Academia Española, en su tercera acepción, la sanidad es un “conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio” (DRAE, 2001). Por ende, todo aquello que esté destinado al cuidado de la salud y a la preservación de la misma tendrá que ver con los servicios de sanidad que el gobierno de una nación provea. Claro está, no todas las naciones proporcionan el mismo tipo de servicio en cuanto al sector de salud, si bien al final existe un fin común dentro de los mismos. Dentro de la Unión Europea, cada Estado miembro posee su propia jurisdicción y organización en cuanto a sus servicios públicos, pero todos mantienen el propósito de garantizarlos a sus ciudadanos, sin diferencia o discriminación alguna.

Para poder apreciar detalladamente la organización de la salud en España y el enfoque que se le da a la atención femenina en la salud pública española, es imprescindible entender en primer lugar el funcionamiento del sistema sanitario en España. La institución pública del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad le corresponde por obligación “la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2014). Acorde al decreto, dicha institución está dividida en los tres sectores presentes en su nombre, para proveer ayuda a los servicios públicos sanitario, social y de igualdad, sector este último relacionado con cuestiones de igualdad entre hombres y mujeres, como la violencia de género.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema sanitario consiste en un "conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines" (OMS, 1978). Todo sistema sanitario sigue entonces un determinado tipo de modelo donde existen tres tipos fundamentales:

- el modelo empresarial, donde se toma en cuenta la salud como un bien de consumo y con costes personales elevados;
- el modelo de servicios sociales, tutelado por los poderes públicos y destinado solo a quienes cotizan y sus familiares, distinguido como el Modelo de Bismark;
- y por último el modelo de sistema nacional de salud, que es tutelado por el Estado y financiado a través de impuestos y aportaciones de servicios sociales, de tipo universal e igualitario pero con defectos en cuanto a su burocracia y conocido también como el Modelo de Beveridge (Dierssen Sotos, 2010).

Hasta el año 1958, la salud pública en España era dispareja. Distintas redes asistenciales se desenvolvían en esta área y no había coherencia con el trabajo que cada una de ellas desempeñaba. Existía, por un lado, la asistencia sanitaria de la seguridad social que estaba destinada al trabajador que cotizaba y era por tanto beneficiario, así como había salud pública controlada por el Estado y corporaciones, los hospitales provinciales de las diputaciones, hospitales clínicos adscritos al Ministerio de Educación y la administración institucional de la sanidad nacional. Fue a partir de la Constitución que finalmente todas estas redes se integraron en una sola y formaron el Sistema Nacional de Salud.

Dicho sistema seguía el formato de modelo de seguridad social, donde los poderes públicos son los responsables de tutelar y organizar la salud pública a través de medidas preventivas y los servicios que sean necesarios dentro del mismo, con derechos y deberes que aplican según la ley. Desde el año 1986 se fijó que el conjunto de servicios de salud y las administraciones se descentralizaran pero que mantuvieran una coordinación entre ellos, además de conservar la universalidad y equidad de acceso al mismo, integrados en los centros e instalaciones de ayuntamientos, diputaciones y demás de la Comunidad Autónoma responsable (Ley General de Sanidad 14/1986).

Este Sistema Nacional de Salud se constituye entonces en dos atenciones específicas, que serían la Atención primaria y la Atención especializada. La primera se ocupa de todas las áreas de atención básica a las que el ciudadano pueda recurrir por voluntad propia, pero sin el deber de atender las necesidades especializadas. Dichas consultas se realizan principalmente en los centros de salud y disponen todos de equipos integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, así como también trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. A este nivel se le atribuyen también los servicios de promoción de salud y prevención de enfermedad.

La función de la segunda, es decir la Atención especializada, consiste en tratar aquellos casos sanitarios que no están al alcance de la Atención primaria o que no entran dentro de sus competencias. Se lleva a cabo en centros de especialidades y hospitales, ya sea de modo ambulatorio o por régimen de ingreso, y después se redirige el paciente al médico de cabecera, que será quien siga su evolución. De esta manera se dividen los dos puntos más importantes de la atención sanitaria, pues mientras que en la atención básica se ocupan de los problemas de la salud más frecuentes e intentan encontrar una solución técnica, en la segunda cuenta con medios diagnósticos de mayor complejidad (MSSSI, 2012).

A pesar de que este modelo sanitario español tiene ya más de cincuenta años, la atención sanitaria dirigida específicamente hacia la mujer tardó un poco en aparecer. No es sino hasta el 1998 cuando finalmente se decide implementar un plan integral que atienda las necesidades específicas de la mujer en España, naciendo así el Plan Integral de Atención a la Mujer de parte del Instituto Nacional de Salud.

### **1.1.2 La atención sanitaria de la mujer en España: Programas y Plan Integral de la Atención a la Mujer**

De la mano de la subdirección de coordinación administrativa del Instituto Nacional de Salud (INSALUD), se propuso en Madrid en 1998 un plan integral que abarcara todas las necesidades y aspectos básicos de la mujer tanto en la atención primaria como en la especializada, con particular enfoque en ésta última. Si bien el sistema sanitario público incluye lo indispensable, con el tiempo la necesidad de que la atención se especializara aun más fue cada vez más inminente. Ya que la mujer, a diferencia del hombre, pasa por distintas etapas biológicas en un intervalo de años menor que el hombre, dejarla de lado no era algo posible: ya no eran solo los temas de embarazo, parto y puerperio los que se prestaban a la preocupación, sino también de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, la atención de ginecológica y obstétrica, así como las distintas enfermedades y patologías. Por esta razón, empieza a existir la necesidad de enfocar la atención de la salud en los aspectos de prevención y de promoción, así como atención curativa y rehabilitadora de problemas de salud detectados.

Para lograr este cometido, era necesario fomentar acciones que condujesen a programas destinados a la atención femenina, a través de los recursos ya existentes pero al mismo tiempo con la mejora de las estructuras e implementación de nuevas acciones que hasta el momento no hubieran sido completamente desarrolladas. Este plan debía, en primer lugar, continuar con las acciones válidas que se estuvieran realizando hasta el momento y que fueran enfocadas a la mujer, y al mismo tiempo reforzarlas y ampliarlas de manera que se integraran en un solo plan en su beneficio.

Así, se empezaron a implementar las bases del plan con el contenido que lo integraría, el cual se enfocó en primer lugar hacia las acciones relacionadas con la prevención del cáncer ginecológico, la atención al embarazo, información de métodos anticonceptivos, la atención de la mujer en el climaterio y la promoción de la salud. Para poder gestionar tal plan, se proponía designar un Responsable Provincial –como coordinador del área de salud de su propio ámbito–, un Coordinador de Atención primaria y un Coordinador de Atención especializada, encargados de la dirección técnica del plan, así como un Comité Técnico que analizase los resultados de las evaluaciones anuales y propuestas de modificaciones (INSALUD, 1998).

Este plan adopta la forma de un esquema donde se analiza la situación actual de un proceso o enfermedad específico de las mujeres localizado en España: en el mismo se detallan la atención que INSALUD presta a tal aspecto, los objetivos, el análisis de la población diana presente en la base de datos de la tarjeta sanitaria individual, las actuaciones, la organización y gestión, los costes y la evaluación. De este modo, cada aspecto o área mencionado anteriormente sigue un estudio específico en donde se investiga sobre la situación y los porcentajes de la mujer involucradas en tal asunto y la atención que se le da a cada uno.

De acuerdo al plan, el área más importante a tratar es el de la prevención del cáncer de mama. Según lo que se constata para la época, la participación de la mujer en el examen de mamografía era realmente baja a pesar de que, de realizarlo regularmente, la prevención de un

posible cáncer de mama era elevada. Al momento, las mujeres que más podían beneficiarse eran aquellas de edades comprendidas entre 50 y 64 años. Por lo general, las mujeres no acudían a este examen ya fuera porque no poseían el nivel de estudios o nivel socioeconómico para realizarlo. Sin embargo, influía igualmente el estado civil y también la actitud hacia su propio estado de salud y la desinformación al respecto, ya que en muchas ocasiones la mujer no sabía cómo enfrentarse a tal examen, muy probablemente dado a que su médico de cabecera no le hubiera instruido suficientemente al respecto. Siendo este un punto crucial, la atención primaria siempre ha jugado una pieza importante en este tipo de programas y el objetivo del plan era alcanzar darle el peso necesario a tal formación.

Asimismo, en ocasiones en el plan se menciona la desorganización del personal entre INSALUD y las Comunidades Autónomas, puesto que lleva a variaciones en el desarrollo de los programas, lo cual puede afectar directamente a las mujeres en cuanto a sospecha de patologías y generación de angustia. Para evitar tales disonancias, se recalca la importancia de instruir lo suficiente a los profesionales para que puedan informar de manera clara y concisa a las mujeres, sin que cause un efecto dramático en las mismas y genere interés en ellas por realizarse los exámenes, así como notar los beneficios que pueden recabar de ellos.

Es aquí donde el sistema sanitario español entra en función, ya que al momento de realizar una exploración de, por ejemplo, una mamografía, en caso de haber riesgo de cáncer de mama se debe confirmar primero con atención especializada y después redirigir los resultados al médico de cabecera, pues es fundamental que éste siga de cerca la paciente desde el inicio.

En síntesis, para que este programa fuera efectivo, era importante que se enfocara en que la calidad de las actividades que se realizaban siempre estuviera bajo control, pues era necesario que los profesionales tuviesen previamente un entrenamiento adecuado para poder hacer buenas lecturas y detectar un buen cumplimiento de los estándares mínimos propuestos por las sociedades científicas, así como saber tratar a la mujer dentro de la atención sanitaria. Por lo mismo, se comenta en el plan propuestas de crear criterios mínimos y recomendaciones para fomentar el desarrollo de estos programas de la UE.

Ahora bien, ¿qué ha sucedido en este ámbito desde 1998 hasta el día de hoy? Durante la investigación para este trabajo, se ha podido constatar que dicho plan integral ha logrado instaurarse en todas las Comunidades Autónomas de España, cada una con sus propios criterios y atenciones especializados en unos sectores más que en otros, basados primordialmente en estadísticas enfocados en la región. Un ejemplo podemos ver en la Comunidad del Gobierno de La Rioja, en su *Plan Integral de la Mujer 2011-2014*, donde su atención primaria se enfoca en las enfermedades crónicas y las relacionadas con el estilo de vida. Por ejemplo, se destaca en el estudio que si bien la mujer siempre ha prevalecido con una esperanza de vida más alta que la del hombre, por lo general ésta vive una calidad de vida mucho peor. De hecho, la percepción de salud en los hombres españoles tiende a ser mucho mejor que la de las mujeres (con una diferencia de más de 10%), haciendo de ellas más vulnerables a sufrir enfermedades relacionadas con estilos de vida. Además, en el Plan Integral recalcan la importancia de la distinción de las etapas biológicas de la mujer: durante la adolescencia, es importante que se mantenga una educación sin sexismo para asegurar unos valores educativos que eviten problemas de salud como la delgadez extrema y distorsión de la percepción del físico, así como es primordial que mejoren las actuaciones en torno a la detección de maltrato y violencia sexual, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Seguidamente, se habla de la importancia de la atención sanitaria en la mujer durante la etapa del climaterio. Según los datos de INSALUD y del Plan Integral de la Mujer del Gobierno de la Rioja, en España y en La Rioja respectivamente, el porcentaje de mujeres en

esta etapa es muy alto, por lo que se exige un especial énfasis en los malestares que puedan afectar a la mujer en esta edad, además de proporcionar siempre una promoción, prevención y diagnóstico precoz de los problemas de salud que puedan afectar. En especial, se habla de cánceres, trastornos mentales y enfermedades crónicas, que muchas veces dependen del estilo de vida que lleven. Asimismo, se pronuncian particularmente por las mujeres en situaciones más desfavorecidas, como serían las inmigrantes, prostitutas, discapacitadas, víctimas de violencia de género o cualquier mujer que se encuentre excluida socialmente.

No es solo cuestión de INSALUD y los planes integrales de cada Comunidad Autónoma los que aportan a la atención femenina en el sector sanitario. En España existe actualmente el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad –desde el año 1988 cuando éste tenía el nombre de Ministerio de Asuntos Sociales– cuyo fin es “impulsar la igualdad de mujeres y hombres en todos los ámbitos de la sociedad, a través de programas eficientemente ejecutados, servicios de calidad y la cooperación de terceros” (Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2014) y fomentar el desarrollo de la mujer emprendedora tanto en áreas de trabajo como en la realidad social española. Para ello, divide los estudios en áreas temáticas de interés, entre las cuales se puede encontrar el área de salud, donde se ocupan de promover programas específicos de salud en beneficio de la mujer:

El Instituto de la Mujer, a través de su Programa de Salud y Servicios Sociales pretende contribuir a la adopción, en las políticas y programas de salud y en la atención sanitaria, de una perspectiva biopsicosocial y de género que permita abordar los modelos y representaciones sociales sobre el hecho de ser mujer u hombre, las relaciones asimétricas entre ambos sexos, los factores que influyen en la subjetividad y que dificultan a las mujeres el poder hacer efectivo el derecho a gozar del máximo estado de bienestar posible, bien porque no cuentan con recursos personales suficientes, o bien porque sus necesidades y demandas específicas quedan invisibilizadas o no son priorizadas. (Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2014)

De esta manera, los programas con los que contribuye el Instituto de la Mujer se basan principalmente en distintas áreas de salud: intervención psicológica con respecto al cáncer de mama, atención biopsicosocial al malestar de las mujeres (para contribuir con la atención hacia síndromes de mujer desde una perspectiva distinta), programas de transmisión del VIH en las mujeres, de embarazos, ITS y sida en adolescentes, programas para mujeres en riesgo de exclusión (ya sean farmacodependientes o reclusas en centros penitenciarios, para aportar al desarrollo personal), programas de atención biopsicosocial para las mujeres inmigrantes y promoción de la participación de las mujeres en las áreas de salud, de modo que puedan proponer siempre una mirada de género sobre los distintos factores que caracterizan el estudio de salud de la mujer.

Además de estos programas y planes de atención general, particular atención recibe el área de violencia de género en los planos de atención sanitaria hacia la mujer. Dado que en España los casos de este tipo se han ido presentando desafortunadamente con alta frecuencia, ha sido imprescindible otorgar mayor cuidado a este sector.

### **1.1.3 Atención sanitaria en el área de violencia de género de España**

En primer lugar, para poder proceder al estudio de la documentación e información presente en España sobre los temas de violencia de género y su prestación en el área de la

atención sanitaria, es necesario saber en particular que por la definición de “violencia de género” o “violencia ejercida contra la mujer” se entiende que es:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Resolución de la Asamblea General 48/104 de las Naciones Unidas, 1993).

Actualmente, para combatir la problemática de violencia hacia la mujer se han promovido muchísimos programas de tipo divulgativo enfocados en torno a este tema. En cuanto a la educación básica, se han propuesto planes que atiendan esta situación de raíz para evitar que se fomente una cultura sexista, empero el mayor interés se deposita obviamente en los casos reales de violencia de género; para ello, el Gobierno del Reino de España promueve en distintos sectores el apoyo en cuanto a la resolución de problemáticas de desigualdad y agresiones a la mujer, tanto desde el área judicial a través de leyes que resguardan la integridad de la mujer como víctima, como desde el área sanitaria y la atención pública necesaria.

En España existen distintos documentos y protocolos comunes propuestos para abarcar la atención hacia la víctima de este tipo de violencia en el área de salud. Ejemplo de ello se presenta en un ejemplar de Documentos Técnicos de Salud Pública propuesto por el Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, titulado *La violencia contra las mujeres considerado como problema de salud pública – Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas* y publicado en el 2003. De parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se presenta igualmente un protocolo un poco más reciente titulado *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género, 2012*. En ambos textos se presta especial atención en la formación de los profesionales de la salud sobre cómo tratar a las mujeres víctimas de violencia doméstica y qué actuaciones llevar a cabo.

Para empezar, se explican los factores que han causado la presencia de tales casos de violencia en la sociedad y sus distintos tipos (violencia física, psicológica y emocional). Asimismo, se recalcan las condiciones y situaciones en las que en muchas ocasiones viven y se encuentran las mujeres víctimas, mostrando que en la mayoría de los casos provienen de estratos sociales bajos o de otros países, pero que también se encuentran presentes en mujeres de niveles socioeconómicos más altos: muy frecuentemente son en estos últimos casos donde hay menos denuncia de maltratos, por miedo a la repercusión en su círculo social.

Dadas las causas y situaciones de violencia de género que se puedan presentar en la sociedad, en tales documentos se proponen distintos métodos para atacar esta problemática desde su raíz y formas de detectarla a tiempo. Primero que nada, se sugiere empezar por realizar preguntas habitualmente a la paciente sobre si pueda ser objeto de maltrato doméstico; para detectar si la paciente pueda encontrarse en tal estado, ya sea que lo niegue o no, se recomienda al profesional tomar en cuenta cualquier síntoma inespecífico, lesiones traumáticas, afecciones genitourinarias, embarazos no deseados o presencia de VIH que puedan indicar de alguna manera una situación irregular en la mujer.

Se habla de mayores casos de riesgos cuando la mujer haya sido víctima de maltrato y quede embarazada, puesto que, contrariamente a lo que se cree, es donde la mujer corre mayor peligro, ya que el agresor puede continuar en el mismo círculo de maltrato sin tomar en cuenta las condiciones de salud de la mujer y el feto. Por esta razón se instruye y se recomienda al profesional que ponga más atención a tales síntomas y que esté siempre al tanto

de la evolución de la situación de la mujer. Asimismo, en los casos de efectos sobre la salud mental, se observan rasgos de trastornos por estrés postraumático y depresión, que también valen como síntomas.

Sin embargo, el inconveniente en cuanto a las actuaciones de parte del personal sanitario reside en que durante la formación universitaria, los problemas de violencia de género nunca son tratados a fondo (MSSSI, 2012): los profesionales tienden a tener dificultades para identificar víctimas y eso significa un obstáculo mayor para la identificación y el cribado de mujeres víctimas de violencia. Por esta razón, es necesaria la incorporación de este tema en los planes de formación de profesionales sanitarios lo antes posible. Para ello, se propone enseñar al profesional de salud a identificar a la víctima a través de la búsqueda de elementos que aporten a la detección tanto durante la entrevista como durante la exploración médica por medio de procesos específicos (sospecha, identificación, información, evaluación y plan de seguridad). El momento crucial en el cual realizar la detección sistemática es durante las consultas de Atención primaria en áreas de atención materno-infantil, urgencias, ginecología, traumatología y salud mental.

Una vez detectado el problema mediante todos estos mecanismos y realizado el diagnóstico, es menester atender a la mujer de forma integral, incluyendo atención psiquiátrica ambulatoria y llevando a cabo todos los procesos de coordinación con los recursos propiciados por la Comunidad Autónoma. Para los miembros profesionales se recomienda establecer una red de apoyo entre ellos para poder atacar la problemática en conjunto y según los mismos criterios. Seguidamente, el equipo de Atención primaria deberá organizar la atención de la paciente para asegurar su continuación y seguimiento.

Con el fin de que realizar tales actuaciones fuera posible, en el documento del Protocolo Común anteriormente mencionado se comprueba que a partir de la necesidad de actuar en contra de la violencia de género se han ido formando distintas guías de actuación, protocolos y programas de formación con el fin de capacitar a los profesionales que se encarguen de este caso, así como programas interinstitucionales que regulen y coordinen todas las actuaciones de todos los sectores que se encuentren implicados.

Más allá de estos protocolos y programas de atención hacia la sanidad de la mujer y la cuestión de violencia de género, existen otras preocupaciones relacionadas con ella igualmente presentes en la realidad de España: la mujer inmigrante. Desde hace un buen tiempo ha ido incrementando su presencia en el territorio español, y por supuesto, el interés en cuanto a su estado de salud no ha significado menos.

#### **1.1.4 La mujer inmigrante en España**

Desde principios de 2001 hasta el día de hoy, la inmigración de la mujer en España ha ido en considerable aumento, llegando hasta un 417% de la población migrante en los últimos 10 años (Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2014). Distintos estudios demuestran que, en su mayoría, las mujeres inmigrantes no sobrepasan por poco a los hombres inmigrantes y que prevalecen más las razones económicas que de estudio o personales al momento de inmigrar en el país. Uno de estos estudios, realizado en el año 2007 de la mano de la Asociación Española de Ciencia Regional y titulado *Situación y evolución de la mujer inmigrante en España: una visión global*, confirma que por lo general la mujer inmigrante proviene de países como Rumanía, Ecuador y Marruecos. Éstas se establecen en el país con fines de desenvolverse en el ámbito laboral, lo cual aumenta la población activa en lugar de la inactiva, destinada sobre todo a las de edad avanzada. El cuadro de mujeres inmigrantes y sus nacionalidades se dispersa a lo largo de las Comunidades Autónomas, como

por ejemplo se ve en las mujeres de nacionalidad rumanas, establecidas principalmente en Cataluña y la Comunidad Valenciana, (y viceversa para las ecuatorianas), mientras que el segundo puesto lo ocupan las marroquíes en Andalucía.

En cuanto a la tasa de natalidad, se pone en primer lugar a las mujeres extranjeras de origen latinoamericano (con Colombia a la cabeza), seguidas por africanas y europeas. Estas mujeres en su mayoría contraen matrimonio con hombres de nacionalidad española o de su misma nacionalidad. De hecho, para la fecha la mayoría de los matrimonios de los hombres españoles se realizaban con mujeres de nacionalidad europea o americana, llegando así a la cantidad total del 90%, mientras que en caso contrario no siempre los hombres extracomunitarios se desposan con mujeres de nacionalidad española. En un principio esto significa específicamente para la mujer una oportunidad para desenvolverse en el ámbito laboral y social de manera legal al adquirir la residencia en un país comunitario, mientras que a largo plazo se puede optar por gozar de todos los derechos ciudadanos al solicitar la nacionalidad española. De esta forma, la mujer puede integrarse y adaptarse a la sociedad anfitriona en plenitud.

A lo largo del tiempo, para desenvolverse en el campo laboral las mujeres extranjeras han aplicado distintas solicitudes de trabajo. Las mujeres rumanas son las que encabezan la cantidad de solicitudes para más del 50%, siendo las marroquíes menos del 15%. Si bien hay mayor cantidad de mujeres marroquíes y chinas empadronadas en España, gran parte de las solicitudes de trabajo se la llevan las mujeres latinoamericanas: son las primeras las que se hallan en una situación desfavorecida con respecto al hombre, por lo que sus oficios se mantienen al margen de un trabajo con contrato laboral. El área en la que mayormente abarcan las solicitudes se centra en el sector del hogar, seguido por el sector de hostelería pero con menor demanda. En estos dos sectores entran mujeres extranjeras de todo tipo, pues ocurre a menudo que apliquen tanto mujeres no cualificadas como cualificadas, independientemente de su grado de cualificación.

Asimismo, en particular se menciona la necesidad de la mujer inmigrante de entender y aprender el español. Cuando ésta no proviene de un país hispanohablante, ocurre que la discriminación y rechazo son más visibles, por lo que son más vulnerables a ser denigradas y explotadas por los empleadores. Dadas las circunstancias en las que llegan al país, muchas veces se ven forzadas a buscar trabajo en lo que puedan como prioridad antes que realizar cursos de español o de formación profesional.

En lo que se refiere a la obtención de permisos de residencia, las mujeres de Marruecos son las que más poseen una tarjeta de residencia, a la cabeza de las ecuatorianas, colombianas y rumanas en ese orden; sin embargo este número se invierte en cuanto a la cantidad total de las mismas, es decir que hay mayor cantidad de colombianas, seguidas por las de Ecuador, de Rumanía y Marruecos que se encuentran por debajo de la media nacional.

Para analizar la inmigración de mujeres extranjeras, se divide éste en residencia de régimen general o de régimen comunitario. El régimen comunitario se enfoca solo en las mujeres provenientes de países del resto de Europa, mientras que el régimen general abarca las mujeres extracomunitarias. Para las mujeres en el régimen general, significan menos del 50%, a excepción de las mujeres iberoamericanas que se ubican por encima del mismo. Asimismo, el régimen general representa la mayor cantidad de las mujeres extranjeras con residencia en España, a pesar de que de todas las nacionalidades, las mujeres son muchas más que los hombres cuando se trata de régimen comunitario. Una vez adquirida la residencia, la mujer extranjera (de régimen general o comunitario) por lo general accede a pedir la nacionalidad española dado los aportes y beneficios que representa, llevando así el índice de concesiones de nacionalidad a extranjeros principalmente a mujeres que a hombres.



Ya desde un punto de vista más profundizado en cuanto al aspecto social, existe otro estudio sobre la mujer inmigrante que toca aspectos más específicos del proceso de adaptación al nuevo país, como lo es el de *Las mujeres inmigrantes: realidades, estereotipos y perspectivas educativas* de María Dolores Pérez Grande, publicado en 2008. Se toman en cuenta las distintas caras de la realidad a la que deben enfrentarse las mujeres al momento de llegar a un nuevo país: expectativas, dificultades, intereses, etc. Según el mismo, la principal razón de emigración, por ser económica, se basa en la necesidad de aportar dinero a su familia en el país de origen, puesto que tiende a ser más fácil emigrar para la mujer que para el resto. Por ende, la mujer al inmigrar tiende a bajar su calidad de vida y a buscar trabajos que le agilicen el proceso con los documentos para residir legalmente, lo que en muchas ocasiones se presta a explotación y condiciones precarias en el desarrollo de la labor.

Dadas estas circunstancias, muchas mujeres se encuentran en una situación donde se sienten ancladas, solas, sin posibilidades de salir en un futuro próximo y además lejos de su país y conocidos. Clínicamente empiezan a padecer lo que se conoce como *síndrome de Ulises*, con síntomas como depresión, tristeza, ansiedad y llanto. Partiendo de este punto, se menciona en un apartado que mayormente todas las mujeres inmigrantes acceden al servicio de sanidad pública mucho más que los hombres inmigrantes y que por lo general no tienen problemas para ello, excepto en casos donde se han visto discriminadas de parte del personal que las ha atendido.

Un caso específico donde la atención pública juega un rol importante es cuando la mujer que ha emigrado lo ha hecho después de su marido: en muchas ocasiones las mujeres emigran no por opción y decisión propia, sino al contrario porque se sienten obligadas a ir donde su marido o pareja se encuentre y que no deben dejarlo solo. Suele ocurrir que esta situación se desenvuelve en una relación de poder enferma que muy probablemente ya existía anteriormente y que se afianza en el país meta, tanto que termina en situaciones de descontento:

En ocasiones la relación se resiente después de un tiempo de separación y de haber vivido tiempos y culturas diferentes. En otras, puede agravarse una relación de dominación que ya estaba presente en el país de origen. El varón puede temer la autonomía e independencia de su compañera en consonancia con las nuevas pautas culturales y tratar de controlarla a toda costa derivando incluso en una relación de maltrato de género. (Pérez Grande, 2008)

El choque cultural más impactante para una situación de inmigración de la mujer se refleja sobre todo cuando provienen de culturas donde la desigualdad de género es mucho mayor que en el país anfitrión. El hombre tiende a sentirse amenazado por la diferencia cultural al respecto y termina por intentar dominar y acudir al maltrato psicológico o físico para reafirmar su autoridad. Un problema latente, a parte de la falta de recursos propios y de apoyos externos, es el de las dificultades lingüísticas, ya que esto impide que la mujer acuda a servicios de ayuda por no tener la información adecuada ni la capacidad de comunicar sus problemas con alguien que comprenda su idioma. Por esta razón, Pérez Grande afirma que una de las principales preocupaciones que deberían tratarse en la salud pública debería ser la atención sanitaria a la mujer inmigrante, puesto que es imprescindible para la misma que se le otorgue atención especial al encontrarse en una situación mucho más desfavorable.

Esto, hoy en día, representa no obstante un obstáculo para las inmigrantes de otros países, tanto comunitarios como extracomunitarios. Después de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16 en 2012 de la reforma sanitaria, algunos preceptos de la atención sanitaria han afectado la capacidad de los inmigrantes de beneficiarse de él. Si bien el derecho a la protección de la salud pública ha de mantenerse universal, dentro de esta reforma se ha tenido

que reestructurar aquellos servicios que son indispensables y los que no. El principio de universalidad ha sido modificado y ahora el acceso al servicio sanitario va vinculado a las cotizaciones de la seguridad social, aun cuando la factura sanitaria continua siendo pagada a través del dinero ingresado por los tributos y no por las cotizaciones de los ciudadanos. Por lo tanto, aquellos inmigrantes en situación irregular quedan limitados a los servicios de sanidad solo para los casos de urgencia por alguna enfermedad grave o un accidente, así como las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto, y los menores de edad. Hoy en día, si la persona en situación irregular desea ser atendido en otros aspectos, debe abonar una cantidad fija de 60 euros mensuales, lo cual suele ser inviable para el extranjero que carece de tales ingresos, como lo es en la mayoría de los casos.

El problema surge cuando el Estado dispone que cada Comunidad Autónoma aplique la ley según le sea más conveniente. Ante este respecto, el abogado experto en extranjería e inmigración Vicente Marín (2014) aclara que dada esta premisa las Comunidades han tomado distintas posiciones y acciones en cuanto al servicio otorgado a los extranjeros residentes en su territorio, siendo Andalucía la Comunidad Autónoma con un mayor acceso de todas las personas con independencia de su situación administrativa en España, mientras que el País Vasco y Cataluña reconocen el acceso de todas las personas con independencia de su situación administrativa siempre y cuando haya un período de empadronamiento previo en la comunidad. En el caso de la Comunidad de Madrid, se dictaron ciertas normas para la atención sanitaria en los casos específicos de personas que estuvieran en la condición de enfermedades crónicas. Por ende, esta nueva reforma ubica al extranjero y a la extranjera en una situación de precariedad y dificultad relacionada con su salud e integridad física. Visto que cada Comunidad Autónoma prevé su propia aplicación de la ley y que la dicotomía legislativa lleva a una alta desinformación, se entiende entonces que la situación de la atención sanitaria hacia la mujer inmigrante no posee mayor relevancia en el ámbito sanitario español.

Es así cómo se muestran según todos estos distintos estudios, los varios aspectos en los que se enfoca la importancia de la mujer en las áreas de atención pública, en específico la de atención sanitaria española. Además de ello, el rol de la comunicación de la mujer en esta área es imprescindible, así como la necesidad de parte del personal de conocer todo el vocabulario especializado en el sector que le haya sido asignado.

## **1.2 La sanidad de la mujer en Francia**

### **1.2.1 El sistema sanitario francés**

En el año 2000, según un reportaje de la Organización Mundial para la Salud, el sistema sanitario de Francia fue considerado como uno de los mejores del mundo y dentro del primer rango de los países miembros de la organización. Su rendimiento público se demostró como el más satisfactorio entre las personas en cuanto a su financiación y funcionamiento general: esto se debe a que el sistema de salud se concentra en la planificación y organización de la oferta de asistencia sanitaria enfocada en cubrir equitativamente todo el territorio nacional y promover una interacción eficiente entre los distintos actores sociales, es decir, los públicos y los privados.

El sistema de salud francés se basa en una estructura descentralizada entre regiones, departamentos y entes locales regidos por el Estado, es decir, sigue el modelo común entre algunos países de Europa llamado modelo de Bismark. La función de éste último es encargarse de la oferta de asistencia sanitaria, la política general de salud pública, la

educación de los actores de salud, la acreditación de servicios y la orientación de los organismos de asistencia y prevención. Dado el amplio campo que abarca la salud pública, el Estado instauró distintas agencias públicas para continuar promoviendo el buen funcionamiento de los varios sectores de la sanidad bajo su delegación –llamadas “Agencias francesas de seguridad sanitaria”, o ARS por sus siglas en francés–, así como institutos de prevención y educación para la salud (Grupo de Interés Público, Salud y Protección Social Internacional GIPSPSI, 2014).

Ya que en Francia es imprescindible que todos los individuos se encuentren asegurados para poder ser protegidos de cualquier riesgo social, surge como necesidad y obligación la afiliación al seguro de enfermedad. El mismo es gestionado indirectamente por el Estado a través de los actores sociales (públicos y privados) que forman parte de la protección social, rama indispensable de la Seguridad Social. Prácticamente toda la población está cubierta por el seguro de enfermedad, ya sea de modo profesional (como asegurado) o familiar (como derechohabiente). Su financiación se basa en lo recaudado por los impuestos de los ciudadanos cotizantes, los seguros de salud complementarios, el copago de los pacientes y según el régimen al que pertenezcan: existen por lo tanto el régimen general –cuya cobertura alcanza a los asalariados no agrícolas y a los funcionarios– y el régimen especial, el cual cubre al resto de la población: autónomos, estudiantes, agricultores, jubilados, religiosos y desempleados. Obligatoriamente, los cargos de las prestaciones son siempre compartidos entre la empresa (cuota empresarial) y el trabajador (cuota salarial).

En cuanto al copago, el paciente asume un 20% ó 30% de los gastos atribuidos y depende también de la prestación recibida; quedan exentos las mujeres embarazadas, los individuos con enfermedades crónicas, minusválidos y aquellos de bajo nivel de ingresos. Sin embargo, en ciertas ocasiones el seguro de enfermedad no abarca todas las enfermedades, por lo que los beneficiarios tienden a tener un servicio de seguridad adicional, que es el seguro complementario. Cuando al paciente no se le reembolsa esta cuota extra, se le entrega el llamado *ticket modérateur*, que es la parte del gasto que debe cubrir y con el que el seguro complementario se encarga de aportar la diferencia o cubrir por completo. Con el tiempo fueron dividiéndose en tres tipos de seguros complementarios: las mutuas, las compañías de seguro privadas que fungen de empresa privada, y los organismos de previsión.

Adicionalmente, existe un sistema de Cobertura Universal de la Enfermedad (CMU) que se ocupa de asistir a las personas de muy bajos recursos que no puedan beneficiarse del seguro de enfermedad dentro de las pautas exigidas por la Seguridad Social. Estas son las personas que carecen o han agotado tal derecho y aquellos cuyos ingresos son tan bajos que no pueden acceder a un seguro complementario de salud (CMUC).

Por su parte, el doctor C. Sagnes-Raffy en su artículo *Organisation générale du système de santé en France* del 2010 complementa esta información con las características generales de la organización del sistema sanitario francés. En él, recalca que el cuidado de la salud consiste en tomar en cuenta distintos tipos de actuaciones, donde prevalecen los diagnósticos, prescripciones e intervenciones compuestos por cuidados directos e indirectos. De este modo, intenta conseguir tres importantes objetivos, que son el reducir lo más posible los riesgos sanitarios, garantizar la mejor calidad de cuidados (en cuanto a su eficacia médica) y asegurar siempre igualdad en todos los aspectos de la salud. Para asegurar que todas estas premisas se cumplan, es necesario que los establecimientos públicos destinados a este servicio, así como su organización y desarrollo, se encuentren en buen estado y sigan las normas centrales a nivel tanto departamental como regional (Sagnes-Raffy, 2010:12).

Por establecimientos, el sistema sanitario francés entiende distintos tipos de centros de salud que se dividen entre hospitales públicos y clínicas privadas. Cuando es en calidad de servicio público ofrecen asistencia tanto general como especializada, aunque en su mayoría la

especializada es tratada en clínicas privadas. Es finalmente en las áreas de especialidad donde el enfoque hacia la atención sanitaria a la mujer cobra mayor relevancia.

### **1.2.2 La atención sanitaria de la mujer en Francia: DREES, Programas y *Planning Familial***

Para poder hablar de la situación sanitaria de la mujer y su atención y asistencia en Francia, se ha de tomar en cuenta un criterio muy importante: la comparación entre los hombres y las mujeres en temas de sanidad. A través de ella, se pueden identificar los problemas específicos de cada sexo, donde por una parte se rige por los factores biológicos, mientras que por otra los factores sociales juegan un rol importante. Un problema común se presenta cuando hay tendencia a reagrupar estos comportamientos femeninos y masculinos y a tratarlos homogéneamente dentro del área de salud, teniendo como consecuencia una disparidad y desigualdad en la sociedad y afectando la visión de la atención sanitaria de la mujer. Es por ello que al analizar la situación de la atención sanitaria a la mujer dentro del sistema francés se debe considerar el punto de referencia del que se parte y después desglosar y orientar la información hacia el interés femenino. En este caso se presentarán los datos aportados por la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en el año 2013 en su último dossier de análisis *La santé des femmes en France*.

Dentro del informe realizado por la DREES, se toman en cuenta las distintas áreas de estudio que se centran en la mujer. Si bien por lo general la mujer se encuentra en desventaja en ciertas áreas de la vida social, al menos en el área sanitaria se puede decir que corre mejor suerte. La esperanza de vida, en comparación con la del hombre, suele ser más alta aun cuando las condiciones no siempre son las mejores. En la mayoría de las ocasiones, las mujeres en Francia gozan de longevidad –una de las más altas del mundo– y sin mucho riesgo de ser afectadas por enfermedades crónicas (llamadas ALD por sus siglas en francés) pero permanecen en vida con más incapacidades y en muchos casos en aislamiento. Al fin y al cabo, si bien los hombres tienen menor esperanza de vida que las mujeres, el promedio de hospitalización de corta permanencia termina siendo el mismo tanto para hombres como para mujeres debido a los problemas de salud que se presentan en las mujeres de edad avanzada.

El comportamiento femenino en relación a su salud suele ser más favorable en las mujeres en Francia que en los hombres. Gracias a la diferenciación social de esta temática según el sexo, la mujer ha podido prestar más atención y sensibilizarse en cuanto a su propio estado de salud y su prevención. Por ejemplo, en cuanto al consumo de tabaco y alcohol, ellas se encuentran por debajo del promedio de los hombres que suelen consumir estos productos (tres veces menos que los hombres en cuanto al alcohol y 7% menos en cuanto al tabaco), y también hacen mayor caso a su alimentación aunque se encuentren más insatisfechas con su imagen corporal. A lo largo de sus vidas, las mujeres en Francia suelen ser las que mayormente recurren a médicos generales para hacer seguimiento relacionado con la contracepción, el embarazo y la menopausia, así como para recurrir a métodos de prevención de embarazo. Además, consumen más medicamentos que no solo se relacionan con temas hormonales o contraceptivos, sino más bien de tipo terapéutico.

El estudio de análisis de la DREES prosigue con la percepción de la salud de parte de la mujer, pues juega un papel muy importante en la atención sanitaria femenina. Esto se debe no solo a la experiencia que pueda vivir cada mujer en Francia dentro del ámbito laboral, sino también dependiendo de las características y contexto social en los que se desarrolle, puesto que ello influirá en su interpretación de los síntomas. Esto es aplicable a todos los ámbitos de la vida social, tales como la depresión, la exposición a factores psicosociales –como falta de

apoyo social o tensión en el trabajo–, y condiciones terribles de trabajo, que sin embargo declaran más que los hombres.

Por otro lado, la situación de la reproducción femenina planteada en el informe nos muestra otra cara de la sanidad de la mujer en Francia: la fecundidad en la mujer se mantiene a pesar de que con los años la reproducción ha sido más tardía. Hoy en día el promedio es de 35 años en adelante, debido a causas económicas y las dificultades para concebir. Por esta razón, es uno de los países donde se recurre cada vez más a técnicas médicas externas como tratamientos para la infertilidad, lo que ha llevado a un aumento de nacimientos múltiples en los últimos años. De igual modo, las mujeres de Francia se encuentran particularmente involucradas con el uso de métodos anticonceptivos reversibles. Desde la aprobación de la ley de Neuwirth en 1967, ha ido en aumento el uso de métodos contraceptivos, tales como la píldora –que es el más popular–, el dispositivo intrauterino, los preservativos masculinos, implantes, parches, anillos y hasta inyecciones. No obstante, el recurso a la interrupción voluntaria de embarazo se encuentra entre los más elevados en Europa: por lo general, las mujeres que recurren a esta técnica tienden a ser muy jóvenes debido a la falta de información y sobre todo a la falta de reconocimiento de la sexualidad en las jóvenes de parte de las instituciones educativas y sociales.

Seguidamente, en el estudio se hace referencia a la mujer en el período de la menopausia, donde se presentan problemas como osteoporosis o incontinencia urinaria. Ocurre igualmente que la mujer durante esta etapa de su vida suele encontrarse sola y en aislamiento, debido tal vez a haber enviudado pronto y no haber vuelto a buscar pareja, caso contrario al de los hombres. Algunas mujeres perciben que con la menopausia llega el fin de la feminidad, incluyendo la seducción y la juventud.

Se habla igualmente de la desigualdad de estado de salud entre las mismas mujeres. En este caso el grupo social al que pertenecen juega un rol primordial, dado que por lo general la mujer de un alto rango social suele tener más esperanza de vida (tres años) que la obrera común, aun cuando esta vive más que el hombre; otro aspecto donde se presenta la diferencia social es en el sobrepeso, pues en las mujeres de bajos recursos se suele tener menos cuidado peso corporal, mientras que aquellas con mayores recursos y estudios avanzados tienen tendencia a padecer de cáncer de seno. La mayor diferencia está en que estas últimas también pueden evitar la expansión del cáncer debido a que tienen acceso a cuidados especializados privados a los que las de menos recursos no pueden optar. Se muestra también que las mujeres tienen tendencia a sufrir enfermedades prolongadas de cáncer de colon, diabetes y cardiovasculares, así como presentan afecciones relativas a salud mental en forma de ligeras depresiones, estados crónicos o trastornos severos con tendencia a suicidio.

Además de los estudios y análisis de estadísticas de la DREES especializados en el ámbito femenino, en Francia existen distintos organismos que se ocupan de la atención sanitaria de la mujer. Uno de ellos es el de *Planning Familial*, organización no gubernamental de orientación feminista cuyo objetivo es desarrollar acciones para el fin público y el desarrollo social en pro de la mujer y la igualdad de género. Además, afirman que:

Il agit auprès des pouvoirs publics pour faire reconnaître le droit de chacune, chacun, à vivre sa sexualité, quelle que soit son orientation sexuelle et pour que les droits sexuels soient respectés. Il agit pour le droit à l'information et l'accès à la contraception pour toutes et tous, et tout particulièrement pour le droit des femmes à la maîtrise de leur fécondité. La contraception et l'avortement sont les moyens indispensables aux femmes pour la libre disposition de leur corps et le libre choix de leur maternité, condition de leur autonomie. Le Planning Familial lutte pour que ces droits fondamentaux ne soient pas entamés par des pouvoirs masculins et sexistes. (Planning Familial, 2013)

Esta organización vela por el interés de educar desde niveles más básicos como las escuelas, institutos, y colegios en cuanto a temas de cuidado sexual y para ofrecer asesoramiento a todo aquel que lo necesite. Otro propósito es sensibilizar al personal médico, trabajadores sociales, educadores y especialistas para que obtengan las herramientas necesarias para tratar cualquier problema o duda que se pueda presentar en los jóvenes y también en los más adultos.

Los temas principales a tratar son aquellos que involucran la sanidad de la mujer no solo a nivel sexual, sino también en cuanto a la lucha contra la violencia de género y la consideración de la problemática que presentan el sida y otras enfermedades en las mujeres. Para ello, el *Planning Familial* se encuentra asociado a otros organismos no gubernamentales que también velan por varios aspectos de la sanidad (Observatoire du Droit à la santé des étrangers, Conseil National du Sida, la OMS), así como distintos programas y asociaciones para la salud sexual de los estudiantes y la igualdad en temas de género. Otro objetivo del *Planning Familial* es defender las estructuras adecuadas a las necesidades de las personas en cuanto a la salud sexual, recordando que un modelo general no puede responder a las exigencias de todos por igual. Por eso, se encargan de desarrollar acciones dentro del área de la salud sexual y los riesgos que la sexualidad puede representar, así como el impacto de los comportamientos sexistas y la violencia hacia la mujer en situaciones de vulnerabilidad.

Para poder adentrarse más específicamente en las propuestas y acciones de este organismo, se han tomado en cuenta los apartados que presenta el dossier del *Planning Familial* del año 2013, que es el más reciente puesto en línea. En él se pueden apreciar más detalladamente los distintos aspectos en los que se centra esta asociación en cuanto a la salud sexual femenina. Un ejemplo es el aborto, del cual constatan que aún hoy en día es difícil tratar ya que aún sigue siendo un acto estigmatizado por la sociedad en lugar de intentar incluir a las mujeres y jóvenes que hayan tenido que recurrir a este proceso. En cuanto a la contracepción, denuncian el hecho de que el acceso al uso de píldoras y otros anticonceptivos no esté al alcance de todos. El objetivo es lograr que la información al respecto llegue hasta las más jóvenes y que se mantenga el anonimato en cuanto a su uso, ya que también las adolescentes pueden necesitar recurrir a tales métodos anticonceptivos. Se detalla a la par que se debería incluir más variedad de contraceptivos de acceso gratuito y reembolsable, además de involucrar a las mujeres no solo a nivel local sino territorial, tomando en cuenta todo tipo de grupo etno-social. Es por ello que el *Planning Familial* se encarga de crear propuestas para que el acceso sea gratuito e igualitario, financiándose de distintas organizaciones e institutos, además de reforzar el compromiso de otras asociaciones y las cooperaciones interprofesionales en el área al otorgar a estas asociaciones miembros las herramientas necesarias para difundir tales prácticas.

Con respecto a la epidemia del sida entre las mujeres, en el dossier del *Planning Familial* se manifiesta la estrecha relación entre la lucha por los derechos de las mujeres y la lucha contra esta enfermedad, ya que en contexto las constantes situaciones de desigualdad entre los sexos conllevan una toma de riesgos que puede causar el contagio. Por ello proponen enfocar la atención sobre esta epidemia basándose no solo en el problema que implica para la salud del individuo, sino también en la cuestión de género. Otro objetivo a este respecto es el de dar voz a las mujeres seropositivas al crear las condiciones adecuadas para que puedan tomar la palabra a través de reuniones y grupos de personas con problemas similares, así como impulsar y coordinar proyectos, trabajar con las mujeres con VIH, formar y sensibilizar a los profesionales sobre la enfermedad y estar atentos a no ignorarlas en las áreas de investigación y prevención. A este propósito, el *Planning Familial* se encuentra presente en distintas jornadas y conferencias tales como el Coloquio *La Santé des femmes en questions* donde se tratan las dificultades que la mujer afectada percibe tanto social como

económicamente. Otro ejemplo es el Consejo Nacional del Sida donde se apela a la consideración de los derechos de las mujeres en cuestión de sexualidad y especificidad de género dentro de las investigaciones y los tratamientos.

Además de propiciar información, representar y defender los derechos e intereses de la mujer y su salud sexual tanto en Francia como en el mundo, el *Planning Familial* se encarga de una sección muy importante para tal aporte: la formación. Al ser organismo de formación, tiene como interés realizar actividades donde se pueda informar, aconsejar y consultar en materias de sexualidad a cualquier miembro de la organización para que sepa cómo tratar y llevar a cabo la instrucción fuera del organismo. Para ello se realizan continuamente encuentros nacionales, comisiones de trabajo y educación tanto para sus miembros como en formaciones externas y reuniones para informar sobre la contracepción, la interrupción voluntaria del embarazo, la reducción de riesgos sexuales y la prevención de comportamientos sexistas y violentos ejercidos en las mujeres.

Además de los tópicos sexuales, también existe un tema de alta importancia al cual se le presta una atención más especializada: la violencia de género. Esto no representa una problemática solo para el organismo del *Planning Familial* sino que es de interés para muchas otras instituciones como en específico el Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des MASSDF (equivalente al MSSSI en España), cuyos departamentos especializados en la mujer se encargan de atender de manera específica los derechos y necesidades femeninas. En él, no solo se toman en cuenta los aspectos sociales relacionados con la igualdad profesional y de derechos, paridad de derecho al voto, educación y lucha contra los estereotipos, sino que también se enfoca en el área de sanidad relacionada con los derechos del cuerpo de la mujer y la lucha contra la violencia de género. Para tratar este tema en concreto, en el contexto de este trabajo se procedió al análisis de distintos estudios relacionados con la violencia de género en Francia que serán presentados a continuación.

### **1.2.3 Atención sanitaria en el área de la violencia de género en Francia**

Violencia de género, violencia doméstica, violencia de pareja, acoso sexual: estos temas han ido tomando cada vez mayor interés en el seno de la sociedad francesa a lo largo de muchos años hasta la actualidad. Numerosos estudios han sido llevados a cabo para destacar la gravedad de estos casos tanto a nivel nacional como a nivel mundial, ya que desafortunadamente es una realidad presente en todos los países del mundo. La comunidad francesa se ha ocupado a lo largo del tiempo de representar la relevancia de este tópico tan delicado tanto dentro de la sociedad como a nivel de estudio y atención social a través de instituciones, asociaciones, organismos y hasta ministerios que aporten a la lucha contra la violencia de género.

Un ejemplo de estos estudios dedicados a la violencia contra la mujer se puede ver en un apartado de la investigación especializada en la salud de las mujeres en Francia realizado por la ya mencionada DREES en el año 2009. En cuanto a las violencias domésticas por desigualdad sexual, el informe de la DREES recalca las distintas diferencias de estadísticas con respecto al hombre en relación a este tema. El 11% de las mujeres en Francia se encuentran expuestas a la violencia sexual, mientras que los hombres reflejan solo un 3%. Por lo general, desde la edad de la adolescencia, la mujer es más vulnerable a la violencia que el hombre; la estadística no cambia, sino que empeora, cuando la mujer tiene pareja o empieza a convivir con otra persona. Este tipo de situaciones no discriminan por categorías sociales y se pueden presentar en cualquier estrato y a cualquier mujer. Los casos de agresión de parte de desconocidos, según este informe, suelen ser minoría con respecto a aquellos de parte de la

pareja o conocidos, sobre todo si conviven con ellas. Por lo general, las violencias no son declaradas, en especial cuando el agresor es un miembro de la familia, de modo que mientras más se calla la violencia, más perdura la continuidad de la agresión. En estas situaciones son las más jóvenes las primeras en hablar, mientras que el resto suele callarlo, teniendo por consecuencia trastornos de estrés post-traumático y en muchos casos recurriendo al intento de suicidio.

Teniendo en cuenta estos datos presentados por la DREES, es más fácil entender el tipo de atención que se le presta a este ámbito de parte del Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, donde efectivamente se encuentra adscrita la DREES. Además de tomar en cuenta los asuntos de seguridad, servicios sociales y de sanidad, este ministerio se encarga también de todos los aspectos que abarcan la defensa de derechos de la mujer, de igualdad social y profesional, la lucha contra los estereotipos y finalmente la lucha contra la violencia de género. Para este aspecto en específico, se ha creado un organismo especializado donde se plantean todos los procesos, institutos y organizaciones que pueden ser de ayuda a la mujer víctima, titulado *Stop violences contre les femmes*, cuya página oficial presenta toda la información necesaria tanto para la víctima como para el profesional de atención sanitaria y trabajador social. Reiteradamente se toma en consideración el hecho de que la ley protege a las personas víctimas de todo tipo de violencia. Además, se han dividido distintas categorías con todos los tipos de violencia contra los cuales la ley vela. Entre ellas se distinguen la violencia, exhibición, agresión y acoso sexual, violencia de pareja, matrimonio forzado y hasta mutilaciones sexuales, el primero considerado como un crimen mientras que el resto son calificados de delitos. Por ejemplo, en cuanto a la violencia sexual se afirma según la Ley que:

Le viol est un crime. Il est défini par le code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. » Tout acte de pénétration sexuelle est visé : buccale, vaginale, anale, par le sexe, par le doigt, par un objet. La peine encourue est de 15 ans d'emprisonnement. Elle est de 20 ans d'emprisonnement si le viol est commis avec une ou plusieurs circonstances aggravantes. (Art. 222-23 à 222-26 de la LoI n. 2012-954 du 6 août)

Así como se expone toda la información necesaria para la mujer víctima de violencia y todos los medios que tiene a su disposición (tales como los números de emergencias y las asociaciones como la Fédération nationale solidarité femmes, Mouvement français pour le *Planning Familial*, y el Collectif féministe contre le viol, entre otras), existe de igual modo material en abundancia para el profesional de sanidad y los principales actores sociales que se encargan de atender este tipo de casos específicos dentro del área de salud. Para que el profesional pueda hacerse cargo debidamente de la víctima, se han propuesto a lo largo del tiempo distintos métodos y recursos para que puedan tratar estos casos con el mayor tacto y homogeneidad posible. Es por esto que en el año 2013 se realizaron dos cortometrajes titulados *Anna* y *Elisa* donde se presentaban dos casos de mujeres víctimas de violencia doméstica y de género y a qué métodos debería recurrir el profesional para identificar ambas situaciones. La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des être humains (MIPROF) se encargó en el año 2014 de presentar los cortometrajes con unos folletos de acompañamiento para la formación de los profesionales sanitarios, que se explicarán a continuación.

En el cortometraje *Anna* (2013), se muestra a una mujer de mediana edad que se dirige al médico para consultar sobre unas dolencias en el estómago, al mismo tiempo que va narrando cómo la relación con su pareja ha ido evolucionando en forma de maltrato tanto psicológico como físico. Cuando la mujer se encuentra cara a cara con el médico y este le



pregunta si alguna vez había sido víctima de violencias, la toma por sorpresa y en un principio no sabe cómo contestarle. A medida que va avanzando el vídeo, el médico continúa haciendo preguntas relacionadas con la violencia muy sutilmente, hasta que la mujer entra en confianza y logra expresar parte de lo ocurrido en pareja. Al final, el médico le refuerza el hecho de que hay salida de esa situación y de que la culpa nunca recaerá sobre ella. Del mismo modo, le indica cuáles son las asociaciones disponibles para ayudarla a salir de ese problema y al mismo tiempo le recomienda volver a consulta con él lo antes posible.

A partir de esto, en el folleto se van planteando todos los tipos de violencia de los cuales el profesional sanitario debe estar al tanto y así entender qué tipo de relación se suele establecer entre la víctima y el agresor. Partiendo de ahí, se explica el círculo vicioso de la violencia donde se presentan los estados de tensión entre la pareja, agresión, justificación y finalmente remisión o “luna de miel”. Se subraya constantemente que la mujer, al haber vivido una situación de alerta y experimentar al mismo tiempo la imposibilidad de hacer nada, se halla en una condición mental que la lleva a un estado de “memoria traumática emocional”, donde puede pasar por tres distintos tipos de síntomas: revivir la escena constantemente, evitar todo lo relacionado con ella o estar en un estado continuo de vigilancia.

Debido a que el autor de la violencia aplica ciertas estrategias para manipular a la víctima, se recalca la relevancia de que el profesional médico encuentre las palabras adecuadas para combatirlas. Por ello, se proponen siete etapas distintas de la consulta para que el profesional pueda identificar y tomar acción de un posible caso de violencia en la mujer. La primera es realizar sistemáticamente a todas las mujeres pacientes la pregunta general sobre violencias padecidas y detectar cualquier señal relacionada a ellas. Consecutivamente, el médico debe evaluar los riesgos expuestos y ayudar a planificar la separación, así como ratificar su seguridad futura en caso de presentarse un escenario donde se necesite protección. Además, debe otorgar un mensaje de apoyo y de valoración de su proceso así como aportar soluciones en su área de competencia (acompañamiento social, médico, jurídico), informar y orientar a la víctima sobre la red de asociaciones profesionales, y en caso de peligro, alertar al compañero de la red más apropiada (alojamiento de urgencia, guardias civiles, médicos, y asociaciones).

Más adelante en el folleto, se explicita qué acciones tomar en el momento de realizar el diagnóstico sistemático, pues en ocasiones la víctima podrá presentar señales de violencia visibles o detectables pero no las mostrará voluntariamente; por lo tanto, el profesional sanitario debe realizar una serie de preguntas establecidas sistemáticamente de la mejor manera posible. Si la mujer asume haber sufrido violencias, es el momento del profesional para tomar medidas contra ellas. En caso de no reconocerlas, deberá prevenir posibles infracciones. De este modo, se sugiere que las preguntas relacionadas con la violencia de género se realicen sistemáticamente a cada mujer que pueda presentar indicios, incluyendo las que posean algún tipo de minusvalía física.

Con respecto al segundo cortometraje *Elisa*, la propuesta del folleto es muy similar al de *Anna*, pero dirigido expresamente a las profesionales matronas, ofreciendo así la posibilidad de identificar de mejor forma y aprender sobre las especificidades de las situaciones de las pacientes víctimas para poder dar una atención adecuada y respetuosa para la víctima. Se especifica que, con respecto al ámbito de la gestación, está comprobado que durante el embarazo es cuando más aumenta la posibilidad de la mujer de ser víctima de agresión de parte de su pareja, haciendo que el riesgo de padecer patologías obstétricas sea mayor. Además, se resalta que la mujer se halla en un estado de reorganización psíquica debido al cambio que la gestación supone, lo cual puede explicar la importancia de la reviviscencia de situaciones pasadas de violencia durante este período. Se sugiere estar atenta a todas las señales de posibles mujeres sujetas a violencia doméstica estando embarazadas,

como lo son el exceso de consultas prenatales, negativa a ponerse en posición ginecológica, afecciones irregulares, etc. Por esta razón, se recuerda reiteradamente que la primera consulta será fundamental para crear un ambiente de seguridad, confianza y confidencialidad donde la víctima podrá expresar libremente los problemas a los que la matrona podrá atender.

Consecutivamente, en el folleto se habla del proceso de identificación y cuestionario sistemático para la paciente, que si bien puede parecer invasivo, es totalmente eficaz y útil. En muchas ocasiones, las mujeres víctimas se dirigen al médico con la esperanza de ser interrogadas pero, desafortunadamente, en muchos casos esto no ocurre: según la opinión presentada por el *Conseil économique, social et environnemental* de la mano de Dominique Hénon (2010) “ce n’est pas le médecin qui repère mais la femme elle-même qui évoque le sujet” (2010:58). A este respecto, afirma según lo planteado por la doctora Anne Tursz, que si las mujeres de por sí hablan muy poco sobre la violencia a la cual están sujetas, los profesionales médicos se muestran aun menos dispuestos a interrogarlas al respecto. Sin embargo, la existencia de este cuestionario es necesaria para que se pueda identificar a cualquier víctima de maltrato, pues servirá posteriormente para elaborar un certificado médico con el fin de abrir posteriormente un proceso judicial.

Por último, la atención sanitaria de parte de la matrona se basará, después de evaluar los riesgos de la paciente y el niño en gestación, en la propuesta de la redacción de un certificado médico e informará y orientará a la víctima hacia todas las redes de asociaciones profesionales que puedan hacerse cargo de su caso más a fondo. En el certificado médico se deberá demostrar la existencia de señales o de lesiones traumáticas, así como cualquier padecimiento psicológico, de modo que la autoridad judicial pueda basarse sobre esta atestación para decidir cuáles pasos tomar. Debido a la gran magnitud de situaciones que se presentan a diario, se recomienda mantener una red de apoyo entre médicos y profesionales del área para poder estar al tanto de todas las situaciones de las mujeres vulnerables y proponer en concertación un acompañamiento adecuado. Todos los roles profesionales (trabajadores sociales, asociaciones, servicios sociales, policía y abogados) son importantes y tienen que estar en sintonía en la fase de acompañamiento de la víctima y sus hijos en caso de haberlos, ya que cada uno debe aportar una solución dentro de su dominio de competencia.

Ahora bien, ¿cómo se han logrado cumplir hasta ahora todos los procesos pertinentes para el buen desenvolvimiento de las tareas? Con el fin de mejorar los servicios prestados a la mujer víctima violencia de género dentro de todas las áreas sociales en las que se pueda hallar involucrada, durante el año 2014, distintas directoras y médicos de las ARS y la SAMU realizaron un protocolo nacional para la mejora de la prevención y atención de las mujeres víctimas de violencias para presentárselo a la Ministra y al secretario del Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. En el mismo, se detalla la responsabilidad de las organizaciones contra la violencia de género de hacerse cargo disciplinaria y organizadamente de manera que se puedan tratar todos los casos facilitando el proceso a las mujeres víctimas. Para ello, el personal debe poseer una buena formación y respetar todos los protocolos a seguir. Todo protocolo debe contener los recursos de cada territorio para que el profesional pueda identificarlo y facilitar la orientación a la mujer. El método de atención difiere para los casos de situación aguda y situación crónica, de modo que se pueda identificar a los profesionales adecuados para tratar cada caso: para poder entender cuáles son los casos de situación aguda y cuáles de situación crónica, se distinguen en una tabla los procesos a seguir para los distintos niveles de gravedad, donde por ejemplo, en caso de violación se indica recurrir directamente a profesionales del servicio de ginecología.

Dentro de este protocolo se plantea organizar los recursos necesarios para garantizar un cuidado adecuado de las mujeres víctimas, por lo que una buena formación y herramientas adecuadas son primordiales para poder tratar los casos de violencias. Se prevé crear un

módulo de formación para todos los profesionales que incluye identificar las señales que permiten detectar una situación de violencia, además de todos los trámites a realizar. Otra propuesta es realizar jornadas de formación sobre la violencia para actores sociales de manera que estén al tanto de las situaciones y la respuesta ante ellas de parte de otras redes no sanitarias. Igualmente, se propone la introducción no solo de herramientas como los folletos de divulgación, sino también la realización de un cuestionario sistemático uniforme para todos los profesionales y actores sociales que se lleve a cabo en la consulta y que esté al alcance de todos. Según Hénon (2010), la mayoría de los médicos declaraban dos años después de su publicación no conocer la existencia de tal dossier. Por esta razón, se recalca en el protocolo la necesidad de que una guía uniforme se haga llegar a todo el personal sanitario que lo requiera.

Otra propuesta dentro del protocolo es la de simplificar el proceso de los trámites a realizar por parte de las mujeres, de manera que el proceso de denuncia sea más viable y se pueda hacer un seguimiento más fácil, para que la víctima no opte por desistir. Asimismo, se considera necesario en el protocolo que se mantenga un seguimiento médico, social y psicológico de la mujer de parte de los trabajadores sociales y profesionales. Sin embargo, la solución a este problema es sencilla: si el seguimiento psicológico se considerara en Francia como una enfermedad crónica, no habría problema que fuese reembolsado en su totalidad (Fontanel et al., 2014).

En otro apartado, se propone crear una modalidad de coordinación institucional a través de convenciones de sanidad, policía y justicia cuya elaboración sería coordinada por las ARS, para así institucionalizar los procesos, organizar los recursos y movilizar el conjunto de asociados al servicio de una mejora de atención de las mujeres víctimas. Para poder asegurar la realización de este protocolo, ciertas condiciones de prioridad política y formación son indispensables. Lo más importante es realizar un método de divulgación y de sensibilización hacia la violencia contra las mujeres dentro de la sociedad, así como entre los profesionales de sanidad. Las unidades médico-judiciales, según el protocolo, se encuentran en un nivel de experticia que les permite asumir el rol de elaborar tales programas de formación aun fuera de su propio centro de salud.

Finalmente, se señala la mejora de la prevención de la violencia hacia la mujer en los últimos tiempos, pues ha habido mayor conciencia y responsabilidad en cuanto a la atención y cuidado de estas mujeres. Sin embargo, se sigue exigiendo mayor intervención de parte de los profesionales sanitarios, policiales y judiciales para que la mujer no deba encargarse de ir sola a todos los procesos de denuncia. Asimismo, hay que considerar que la atención puede que no sea la misma para todo el territorio, ya que no se dispone de los mismos recursos, por lo que se deben organizar estas medidas, formalizarlas y darlas a conocer para un seguimiento pluridisciplinario y responsable de parte de los profesionales. Así, se permitiría fácilmente a las víctimas recuperarse después de tales vivencias. Un diagnóstico sistemático y un plan general para los médicos, así como el seguimiento de los protocolos, contribuirían a un mejor desenvolvimiento de la atención sanitaria hacia la mujer víctima de violencia.

A este punto, se recuerda que la violencia de género y de pareja puede afectar a cualquier mujer perteneciente a cualquier estrato social, sin discriminación y sin importar su origen. Sin embargo, según los datos presentes no solo en este trabajo sino también en otros documentos, este fenómeno se encuentra especialmente presente dentro del mundo de la inmigración femenina en Francia, lo cual lo convierte en un aspecto que no se puede dejar de tratar.

#### 1.2.4 La mujer inmigrante en Francia

Históricamente, la inmigración en Francia se basaba sobre todo en la presencia de hombres para el ámbito laboral que llegaron a este país atraídos por las necesidades derivadas de la reconstrucción del país sujeto de los estragos de la Gran Guerra. En principio, las mujeres que ingresaban el territorio francés lo hacían por reagrupación familiar y no por su cuenta. Aun así, dentro de la demografía inmigrante representaban ya un 40% en los años treinta. Después de la crisis de la Segunda Guerra Mundial, la cantidad de mujeres inmigrantes presentes en el territorio francés empezó a aumentar, pero no es hasta el choque petrolero de 1975 cuando se modifican por completo los datos estadísticos. En ese entonces, las oportunidades laborales se restringieron debido a la crisis, por lo que mucha de la mano de obra masculina debió retornar a su país, mientras que, por lo contrario, se mantuvieron los reagrupamientos familiares y aumentó la cantidad de mujeres inmigrantes que se reunieron con sus maridos.

Según un estudio realizado por el INED (2013), ya en el año 2008 las mujeres inmigrantes en Francia se ubicaban en un 51%. A partir del siglo XXI, la diferencia entre los inmigrantes no varía nada más en cantidad de hombres y mujeres, sino en la calidad con la que éstas ingresan al país. A principio de los años 90, las mujeres migrantes que deciden establecerse en Francia ya no entran en el territorio en calidad de esposa recurriendo a la reagrupación familiar, sino que se empieza a vislumbrar la presencia de mujeres migrantes independientes, llamadas *migraciones autónomas*. Estas se dividen en *mujeres célibes* y *mujeres pioneras*, siendo las primeras aquellas mujeres que en el momento de su partida migratoria no estaban casadas, mientras que las segundas habían contraído matrimonio antes de su partida migratoria y dejaban al cónyuge en el país de origen; aquello hizo que después del año 1990 la migración por reagrupación familiar pasara a ubicarse en un segundo plano. Ya hoy en día, dado el nuevo tipo de mujeres migrantes en Francia, la característica de las mismas se presenta con un nuevo atributo: el grado de instrucción con el que llegan desde el país de origen. Actualmente, el nivel de instrucción de las mujeres migrantes suele ser más elevado, por lo que la mayoría tiende a presentarse en el país con el fin de realizar unos estudios superiores en lugar de establecerse por razones familiares.

En cuanto a las estadísticas en relación a los países específicos de procedencia, Noblecourt (2014:9) afirma que en el año 2008, las mujeres procedentes de África central o del Golfo de Guinea (Costa de Marfil, Camerún, República Democrática del Congo) representaban la tasa más alta en un 53%, mientras que la inmigración procedente de Turquía era dominada por el componente masculino. Asimismo, recalca la gran variedad dentro de todos los perfiles de mujeres inmigrantes. Además de las migraciones relacionadas con el reagrupamiento familiar, existen también las relacionadas por estudios, búsqueda de trabajo o por oportunidades profesionales (en especial para las mujeres licenciadas), así como las mujeres que solicitan asilo. Con el paso del tiempo, el grupo de mujeres que ha ingresado como inmigrante al país ha ido disminuyendo cada vez más en calidad de reagrupamiento familiar para aumentar a su vez las migraciones de célibes o pioneras, como lo es el caso de las que llegan de África Central y el Golfo de Guinea. A diferencia de las mujeres que ingresaban a Francia para reunirse con su pareja, que reflejaba un 16%, hoy en día representan el 42% y casi la mitad de inmigrantes solteras residentes en Francia. Sus motivaciones se deben a una necesidad de emancipación y un rechazo a las obligaciones familiares o de estatuto, consideradas como muy rígidas, así como la búsqueda de muchas más oportunidades sociales y profesionales que aquellas ofrecidas por su país de origen, sobre todo para aquellas mujeres con un título universitario.

Noblecourt (2014) afirma que aquellas mujeres de África que deciden dar el paso de migrar se encuentran en una posición de individualización que en muchos casos es acusada por la comunidad de la cual proceden, ya que tienden a desafiar la estabilización de los sistemas comunitarios y contradicen el discurso culturalista de las culturas africanas que se mantienen inalteradas (2014:10). Por ello, tienden a tomar distancia con la redes de su comunidad para poder realizarse individualmente, lo cual en la mayoría de los casos las ubica en una posición de vulnerabilidad, pues no tienen el apoyo de ningún pariente o red social que pueda ofrecerle algún tipo de protección.

Sin embargo, aquellas mujeres que se hayan instalado en espacios urbanos cuya presencia relevante es de inmigrantes no europeos, tienden a encontrarse en una posición aún más vulnerable (como en el caso de las poblaciones originarias de Turquía y África Subsahariana). Dentro de los llamados *ghettos* sociales formados por las distintas comunidades extranjeras, se crea un mundo donde sus propios valores y organizaciones sociales se distorsionan a su antojo como escudo ante la sociedad que los recibe. A nivel de género, en estos barrios se percibe una segregación de los sexos cada vez en aumento, donde el hombre encuentra en la jerarquía sexual una manera de restaurar su dignidad afectada por el sentimiento de discriminación en la sociedad que lo acoge.

La mayoría de las mujeres inmigrantes suelen tener un conocimiento muy modesto de la lengua francesa. Solo un 31% declara tener un buen nivel del idioma, el cual de todas formas depende de la diversidad de criterios del país de origen. Las que poseen un mejor nivel de francés son las que proceden de África guineana o central, en un 73%, mientras que las de países francófonos que poseen un nivel menos elevado provienen de Argelia, Marruecos o Túnez. Siendo las mujeres las que menos participan en el campo laboral, tienden a necesitar menor interacción con otras personas del país de acogida; esto lleva a hacer poco uso de su conocimiento del francés y por lo tanto a tener un menor dominio del idioma. A causa de ello, el acceso a los derechos comunes como mujer inmigrante se complica aún más dado que el no dominar bien un idioma aporta a la sensación de inseguridad al momento de dirigir la palabra a alguien o de realizar cualquier actividad cotidiana: "parce que la langue est porteuse des codes et des pratiques en vigueur dans un espace national, sa non-maîtrise est une barrière qui freine la compréhension de la société et les contacts avec les personnes susceptibles de la faciliter" (Noblecourt, 2014). Así, realizar visitas al hospital o a los servicios sociales se vuelve una hazaña.

En cuanto a la salud de las mujeres inmigrantes en Francia, otro estudio estadístico realizado por la DREES en el año 2009 comenta los distintos aspectos de la situación que las caracteriza. Según este estudio, las mujeres inmigrantes en Francia proceden mayormente de África: el Magreb Argelia, Túnez y Marruecos, África Subsahariana y minoritariamente de Asia y el resto de Europa. Dentro del área de salud, aquellas con permiso de residencia del año 2006, declaran en un 87% gozar de muy buena salud mientras que un 11% se siente en una posición neutra. La percepción de la salud también difiere en función de la edad de la inmigrante: aquellas de mayor edad suelen declarar un estado de salud medio o en peores condiciones. Sin embargo, el estudio señala que esas mismas mujeres, mucho antes de obtener el permiso de residencia, se encontraban en peores condiciones de salud al momento de arribar al país, mientras que después de obtenerlo expresan una mejoría. Asimismo, el origen geográfico de proveniencia es un elemento determinante para la percepción de salud de las inmigrantes. Por ejemplo, las que proceden de África (en particular las de Magreb) se encuentran en mejor salud que las originarias de Asia, pues declaran estar en malas o muy malas condiciones de salud. "Une moins bonne maîtrise de la langue française va de pair avec une plus mauvaise perception de son état de santé, traduisant peut-être par là un sentiment d'isolement et de moindre emprise sur son environnement" (DREES, 2009:284).

En cuanto al uso del servicio sanitario y el hecho de ser beneficiaria del reembolso de la atención sanitaria, dependerá de la condición del permiso de residencia en el cual se encuentre la mujer inmigrante. Por lo general, las mujeres que gozan del privilegio del reembolso suelen ser aquellas que se han reunido con su cónyuge francés, mientras que aquellas que han llegado por reagrupación familiar se reúnen con el cónyuge inmigrante no suelen beneficiarse de este servicio por no estar suficientemente familiarizadas con este sistema de seguridad social o porque no pueden acceder fácilmente a él. A este respecto, Lesselier (2004) comenta sobre la dependencia conyugal que tanto el esposo o la esposa inmigrante del cónyuge francés como el cónyuge inmigrante debe estar sujeto a la residencia del otro para poder gozar de ciertos beneficios (ambos obtienen un permiso de residencia de un año renovable por dos veces, aún cuando el esposo pueda tener un permiso de residencia de diez años). Si bien es el mismo caso para ambos, la situación específica de la mujer inmigrante se encuentra en mayor riesgo de vulnerabilidad debido a las probabilidades de padecer mayores inconvenientes:

Certes, cette mesure concernant la vie commune s'applique aussi aux hommes mariés à une Française ou venus par regroupement familial avec une résidente étrangère, mais la contrainte à subir une relation malheureuse ou de violence conjugale pèse bien davantage sur les femmes. Les traditions patriarcales d'autorité du mari, l'isolement de l'étrangère (notamment si elle ne parle pas le français), le sur-chômage et le manque de ressources des femmes étrangères, la facilité du divorce unilatéral ou de la répudiation selon certaines législations de statut personnel, l'impossibilité d'envisager le retour dans un pays où une femme divorcée est stigmatisée – tout contribue à produire des situations de non droit. Certains hommes (Français ou résidents étrangers) peuvent ainsi disposer d'une épouse soumise, ou font venir leur épouse, ou une femme en lui promettant le mariage, et peu après se séparent d'elle et la mettent à la porte. (Lesselier, 2004:15)

Para poder velar por los derechos de la extranjera por lo que se refiere a su estado de residencia como a su estado de salud, en Francia el Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes se encarga de combatir las desigualdades que puedan encontrar las mujeres en ciertas áreas como el empleo, el acceso a los derechos, la vivienda o la lucha contra la violencia de género. Las mujeres inmigrantes se encuentran en situaciones muy variadas, por lo que limitarlas a una posición de víctimas tampoco sería lo más adecuado. De hecho, el MASSDF reconoce el camino que han logrado recorrer y la posición que han ido alcanzando dentro de la sociedad francesa. Para poder seguir resguardando su seguridad dentro de la misma, el MASSDF ofrece a la inmigrante femenina distintas opciones a las cuales recurrir en caso de necesidad.

Con respecto a la atención sanitaria, existe al servicio del extranjero el Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), colectivo de asociaciones que denuncia las dificultades encontradas por los extranjeros en el área de acceso a la atención sanitaria y al derecho de residencia por razones médicas. Su fin es velar por una cobertura de salud para todos al respetar el derecho a la protección social y el acceso efectivo para todo aquel que lo necesite, comprendiendo a aquellas personas mantenidas, detenidas y retenidas. Asimismo, promueve el acceso no discriminante al conjunto de prestaciones de sanidad como la prevención, la interrupción voluntaria de embarazo, y el paro, así como el beneficio a un seguro médico para los que tengan derecho de estar asegurados sin condiciones de residencia.

Existe también el CMU complementario, que sirve de ayuda para aquellos que, en caso de no trabajar y estar en situación regular, puedan acceder al servicio de cobertura de enfermedad a la par de un trabajador. En el caso de las mujeres, las que más recurren a esta cobertura médica universal complementaria son aquellas que se encuentran en peores

condiciones de salud (DREES, 2009). La mayoría, sobre todo aquellas mayores de 45, suele renunciar a los servicios de atención sanitaria debido a razones financieras. Existe además el servicio del CMU, para aquellas mujeres cuya situación en el país sea irregular, el servicio de ayuda médica del estado (AME) para los casos de mayor necesidad, que para ellas constituye en su mayoría el seguimiento de embarazo y parto.

Consecutivamente, el MASSDF afirma su posición contra las violencias domésticas, de pareja y de género de las que pueden ser objeto las mujeres inmigrantes, así como las mutilaciones sexuales y el matrimonio forzado. Ante estos hechos, el Gobierno francés se muestra intolerante y se encuentra constantemente en la búsqueda de su erradicación, ya que constituyen tanto una ofensa a la integridad física de la persona con repercusiones psíquicas y consecuencias sanitarias y sociales, como un ataque a la libertad de elección entre el celibato o el matrimonio en consentimiento mutuo. Para ello, provee distintas guías de información y contactos que puedan ser de ayuda a la mujer migrante en tales condiciones.

Toda esta información demuestra que dos países, por más cercanos que puedan ser, presentan criterios muy distintos en cuanto a un asunto que a simple vista resulta de interés común. Por esta razón, se decidió realizar un contraste específico en el apartado de análisis y comparación del presente trabajo.

### **1.3 Tipologías de texto y enfoques de terminología: orientaciones teóricas para el análisis y la elaboración de glosarios**

Después de haber ahondado en la documentación pertinente para la comprensión de la situación de la sanidad pública enfocada en el ámbito específico de la mujer de España y Francia, procederemos a presentar las orientaciones teóricas aptas para fundamentar la metodología y el análisis posterior. Por ende, para una correcta elaboración del estudio es necesario conocer todas las fuentes de documentación y los postulados teóricos sobre cómo llevar a cabo un glosario especializado en la sanidad de la mujer de Francia y España. Más allá de conocer el contexto en el cual se desarrollan los textos –como se ha hecho previamente–, es fundamental saber aplicar las referencias y métodos pertinentes para continuar con el proceso.

En primera instancia, resulta imprescindible identificar primero los tipos de textos que han sido expuestos hasta ahora. Cada texto presenta unos factores y características distintas entre sí, por lo que se vuelve necesario establecer una tipología específica que abarque gran parte de ellos. Esto es necesario debido a la variedad de tipologías presentes en todos los textos: al final, éstas determinarán los elementos de base para la realización del glosario que, a su vez, deberá servir a todo aquel que se interese por la atención pública hacia la mujer. Para ello, es preciso tomar en consideración las teorías terminológicas, ya que es la ciencia principal que se ocupa de estudiar la naturaleza de los términos, los conceptos y su sistema para poder llevar a cabo un fichaje terminográfico de términos especializados en determinada área. Por esta razón se explicarán a continuación estas teorías necesarias para el propósito final de este trabajo.

#### **1.3.1 Tipologías de texto: textos especializados y situaciones comunicativas**

El intento del ser humano por clasificar y determinar los aspectos de todo objeto de estudio presente en su realidad ha sido clave para su desarrollo. Desde el momento en el que le ha dado un nombre y un número, le ha concedido una estructura y al mismo tiempo un

lugar dentro de un sistema cuyo fin es catalogar según unas ciertas características que se repitan dentro de distintos parámetros. Sin embargo, debido a la variedad presente en las mismas, no siempre se puede catalogar según unos rasgos y criterios específicos. Esto ocurre especialmente en el mundo de los textos, donde la riqueza de distintos conocimientos y percepciones se ve reflejada continuamente en ellos. Así, se ha intentado concretar múltiples clasificaciones para proponer bases de análisis de las funciones y los discursos, pero la realidad ha sido otra. Ningún texto muestra un solo tipo de rasgo, sino que más bien cada uno denota una diversidad categórica: como comenta la traductóloga Amparo Hurtado Albir en su obra *Traducción y traductología: introducción a la traductología* (2001), no todos los textos son iguales y cada uno de ellos presenta diferencias de función, destinatario y modo, entre otros elementos. Por esta razón, resulta difícil agrupar los textos por características comunes, lo que hace que los profesionales se encuentren con discrepancias entre los criterios para catalogarlos. Ante este aspecto, añade que el lingüista J.M. Castellá (1992:226) afirma que “es difícil encontrar muchas características realmente comunes a todos los textos” y que, para él, quizá no haya una definición unitaria de un texto.

Aun así, algunos profesionales han propuesto distintas pautas para poder determinar de algún modo estas distinciones, ya que no obstante, existe la posibilidad de encontrar un foco pragmático dentro de los textos que influya en las intenciones comunicativas y determine la tipología final. Esta base se define como “tipo textual”, que como lo explican los teóricos de la traducción Basil Hatim e Ian Mason, no es más que “el marco conceptual que permitirá clasificar los textos a partir de unas intenciones comunicativas que están, a su vez, al servicio de un propósito retórico global” (1995:181). Anteriormente, dicha base se reflejaba en los postulados del estudioso Egon Werlich que, citado tanto por Hurtado Albir (2001) como por Hatim y Mason (1995), ya en 1975 categorizaba los textos según su función principal:

Los textos están en clara vinculación con los factores contextuales de la situación comunicativa. Fijan convencionalmente la atención de las personas a las que van dirigidos solo sobre determinados factores y circunstancias del conjunto total de factores. En consecuencia, los textos pueden agruparse y clasificarse de modo general con arreglo a su foco contextual dominante. (Werlich, 1975:19)

Para él, este *foco contextual predominante* no es más que la preponderancia de una función en un texto a pesar de su multifuncionalidad que, al final, determinará su tipología. Para ello, Werlich (1975) sostiene que es necesario partir de este foco contextual dominante con bases textuales —es decir, centradas en bases temáticas con un punto de referencia en algún aspecto en la realidad o en la experiencia— para determinar la categoría de un texto. Estas categorías son de tipo:

- descriptivo, que se basa en la expresión de ocurrencias y cambios en el espacio. Ejemplos: guías turísticas, folletos, catálogos comerciales, etc.
- narrativo, que se basa en expresiones textuales en cuanto a las ocurrencias y cambios en el tiempo. Ejemplos: cuentos, películas, noticias, etc.
- expositivo, que presentan expresiones textuales sobre análisis y síntesis de ideas y conceptos. Ejemplos: artículos científicos, libros de texto, conferencias, etc.
- argumentativo, que son expresiones textuales que crean relaciones entre ideas, conceptos y afirmaciones del hablante. Ejemplos: ensayos, artículos de opinión, debates, etc.
- instructivo o directivo, que son expresiones textuales que valen como indicaciones de acciones o instrucciones, acciones en secuencia. Ejemplos: manuales de



instrucción de electrodomésticos, instrucciones de ejercicios físicos, recetas de cocina, etc. (Werlich, 1975).

Por un lado, en una visión mucho más reciente con respecto a Werlich, el lingüista Jean Michel Adam (1991) decide agregar a su propuesta otras tres tipologías que antes no habían sido tomadas en cuenta: la *conversacional*, cuya función principal es cuestionar; la *predictiva*, que informa sobre hechos o estados futuros; y la *retórica*, cuyo fin principal es jugar con el lenguaje. Asimismo, para evitar la dificultad de determinar la presencia de un solo tipo de texto, introduce lo que serían las *secuencias prototípicas*, que son formas secuenciales dentro de un mismo texto donde se traslada la función comunicativa a una organización secuencial (Hurtado Albir, 2001). Sin embargo, Castellá (1992) critica las nuevas clasificaciones de Adam porque se separan de la homogeneidad clasificatoria hasta ese momento considerada necesaria dentro el orden preestablecido de las tipologías, y sugiere por lo mismo que se busque una nueva propuesta más abierta y realista en cuanto a los géneros, es decir, “en formas textuales convencionales de situaciones arquetípicas creadas por la sociedad para facilitar la intercomunicación” (1992: 236), presentes dentro de los rasgos textuales reconocibles por los hablantes y que se encuentren dentro de su competencia tanto textual como cultural.

Por otro lado, además de este método de clasificación de los textos por tipología textual, existe para los textos en formato electrónico (como los textos especializados) una clasificación más detallada basada en unos criterios mínimos para poder considerarlos como un corpus. Estos criterios según Sinclair en EAGLES (1996) se basan en la cantidad, calidad, simplicidad y documentación esenciales para su delimitación, y además sugiere que:

- The corpus should be as large as could possibly be envisaged with the technology of the time [...]
- It should include samples from a broad range of material in order to attain some sort of representativeness.
- There should be an intermediate classification into genres between the corpus in total and the individual samples.
- The samples should be of an even size.
- The corpus as a whole should have a declared provenance. (EAGLES, 1996: 4)

Teniendo como punto de referencia estas exigencias para que un texto electrónico pueda ser considerado un corpus, se puede igualmente hablar de la tipología de *córpore* presente en estos tipos de texto. Para una clasificación detallada, EAGLES (1996) hace especial referencia a los *córpore especiales*, los *córpore especializados* y los *córpore bilingües o multilingües*. Por corpus especial se entiende aquel corpus que ha sido creado con un propósito específico que, a diferencia del corpus general que ha sido creado para fines representativos del uso lingüístico general, se enfoca en representar el uso lingüístico de un grupo específico de hablantes con unas características distintivas del uso general. De este modo, la lingüista M. Chantal Pérez Hernández, para diferenciar el corpus especial del corpus especializado comenta que éstos “constituyen un tipo de corpus especial, ya que éste es el término con el que se suele hacer referencia a los *córpore* que se construyen para que sean representativos de una variedad lingüística específica o de algún tipo de sublenguaje o lengua especializada” (Pérez Hernández, 2002:11). En cuanto al corpus bilingüe o multilingüe, EAGLES (1996) los divide en *córpore paralelos* y *córpore comparables*, estando el primero compuesto por un texto y su traducción en distintas lenguas (como en el caso de las comunidades bilingües donde se debe presentar la información en ambos idiomas) y el segundo compuesto por características y estructuras similares en más de una lengua, de modo

que se facilita la comparación interlingüística (como puede verse en distintos documentos oficiales de la Unión Europea).

Como última referencia al grado de especialización que los textos pueden representar, la profesora María Teresa Cabré, con un largo recorrido en lingüística y terminología, afirma que la misma se puede entender en un triple sentido: el de especialización por temática tratada, especialización por las circunstancias de comunicación en las que se producen y la especialización por su objetivo final. Es decir, el grado de especialización de cada texto dependerá de la materia o ámbito específico que trate (ya sea física, química, artes) y de la *situación comunicativa* en la que y para la que se crean, como lo son las situaciones de entrevistas periodísticas, emisión de noticias, conferencias, etc., así como también de la *función comunicativa* comentada anteriormente (o sea, si es narrativa, descriptiva, argumentativa, etc.) (Cabré, 1993:226).

Más específicamente, Pearson (1998) añade que los grados de especialización del texto están en relación directa con la cantidad de términos especializados que se empleen en los mismos. Éstos serán determinados por el tipo de información que desee transmitir el autor y a quiénes irá dirigido. Para ello, distingue distintos tipos de situaciones comunicativas en los que se presentan los siguientes casos:

- comunicación entre especialistas: donde se recurre a un vocabulario altamente especializado y se utilizan los términos con precisión, conocidos todos entre el colectivo implicado. No es frecuente encontrar explicaciones sobre el significado de los términos en este tipo de textos, a no ser que el enfoque del especialista sea redefinir un concepto existente o acuñar algún término nuevo.
- comunicación especialista-iniciado: cuando los expertos dirigen su mensaje a personas que poseen un conocimiento inferior al suyo sobre el área de especialidad. Puede ser el caso de los estudiantes de tercer ciclo o un médico especialista dirigiéndose a otro de otra especialidad o a un ayudante técnico sanitario. Así, es probable que el especialista use el mismo tipo de términos que en el caso anterior pero que al mismo tiempo explique algunos que puedan ser desconocidos para los interlocutores.
- comunicación entre especialista y el no iniciado: este caso se presenta en algunas revistas de divulgación científica o en las secciones de temática especializada de algunas publicaciones. En este tipo de textos no se presupone que los lectores posean algún conocimiento especializado, por lo que la densidad de vocabulario especializado se disminuye para facilitar la comprensión.
- comunicación profesor-alumno: en este caso, la terminología se usa de forma precisa y rigurosa, pero en otro tipo de nivel. El fin es de carácter pedagógico, el especialista supone al principio poco o ningún conocimiento sobre el área de especialidad, por lo que la necesidad de explicar y definir los significados del contenido especializado será mayor.

Llegando a este punto, se puede comprender que, además de destacarse las necesidades de clasificación tipotextual, es igualmente menester abarcar las teorías terminológicas precisas para la continuación de este trabajo, que propondrán orientaciones de terminología para la identificación, recopilación de términos y conceptos para el producto final.

### **1.3.2 Enfoques de terminología**

Definir qué es la terminología ha representado siempre una hazaña para la gran mayoría de los expertos en la lengua. Esto se debe a que, en principio, la terminología nace

directamente de la práctica antes que de la teoría per sé, lo que hace que tomar un solo postulado teórico resulte complicado. Se entiende popularmente que la terminología es el “conjunto de términos o vocablos propios de determinada profesión, ciencia o materia” (DRAE, 2001). Por su parte, el lingüista Juan Carlos Sager afirma en una definición más específica que la terminología es “el estudio y el campo de actividad relacionado con la recopilación, descripción, procesamiento y presentación de los términos” (1990:2). Asimismo, la UNESCO introduce el término *terminology science* como sinónimo de terminología y la describe como “the subject field that investigates the structure, formation, development, usage and management of the terminologies in various subject fields, and that prepares the methodological foundation for many applications” (UNESCO, 2005: 3). No obstante, para la terminóloga Cabré, es algo mucho más que eso:

[...] la Terminología es una disciplina, constituida por elementos procedentes de la base de la lingüística, de la ontología y de las especialidades, ligada necesariamente a la documentación, de la que se sirve y a la que sirve, y es usuaria, y al mismo tiempo contribuyente, de las nuevas tecnologías de la información. (Cabré, 1999:22)

Todas estas acepciones concuerdan en que la función de la terminología nace de la necesidad de establecer distintos conceptos pertenecientes a un área de especialidad y provenientes de una documentación pertinente para poder hacer uso de ellos sistematizadamente y bajo un consenso previo de parte de especialistas y expertos. Ahora bien, independientemente del especialista en esta área que se consulte, se puede encontrar además que la terminología parte de hasta tres acepciones distintas: una basada en su función como disciplina teórica, por su interés en sistematizar los términos especializados de un área determinada; la segunda basada en su práctica terminológica, que se considera como un conjunto de principios que rigen la recopilación de términos denominada “terminografía”; y por último por el producto de su aplicación, es decir, el conjunto de estos términos sistematizados y recopilados presentados en glosarios, diccionarios, bases de datos, etc. (Cruz, 2004).

Pero no siempre se mantuvo tan clara esta denominación: para poder entender el origen de estas definiciones, es necesario conocer los postulados teóricos anteriores a ellas. El primer trabajo enfocado en la metodología y normativa de la creación de un corpus terminológico se le otorga a Eugen Wüster (1898-1977) quien gracias en su tesis doctoral *Internationale Sprachnormung in der Technik, besonders in der Elektrotechnik* (1931) publicada en la Universidad de Viena, presta especial interés a establecer una sistematización de métodos de trabajo conceptuales y una propuesta del tratamiento y recopilación de datos terminológicos. Más adelante, en un primer intento de crear una teoría terminológica, surge la *Introducción a la Teoría General de la Terminología y a la lexicografía terminológica* de Wüster que se publica post-mortem, en el año 1979. En ella, el ingeniero austríaco sostiene que los términos son unidades unívocas y monorreferenciales, es decir, que a un significante le corresponde un solo significado y un término representa un solo referente u objeto de la realidad (Santamaría Pérez, 2009). Sin embargo, con el tiempo esta teoría terminó por mostrarse como insuficiente dada la falta de reconocimiento de la implicación cultural ya que no toma en cuenta la variación y diversidad de los términos. Por esta razón, Cabré (2000:7) analiza que “el reduccionismo e idealismo de la propuesta de Wüster deben ser hoy en día o complementados o reconfigurados para poder explicar cómo funcionan las unidades terminológicas en otros marcos de comunicación especializada, dependiente cultural y lingüísticamente del contexto [...]” y decide plantear una Teoría Comunicativa de la Terminología en la que consten una teoría gramatical, una de la adquisición y otra de la actuación que tomen en cuenta los términos como unidades singulares y similares a otras

unidades de comunicación dentro de un esquema que admita la variación conceptual y denominativa, así como la dimensión textual y discursiva de los términos (Born Briones, 2001).

Solo en los últimos decenios se ha dado una mayor relevancia a la terminología como teoría de estudio. Para ahondar más en el tema de la terminología como disciplina, se debe entender como materia *interdisciplinaria* y *transdisciplinaria*, dado que se combina de elementos y conceptos procedentes de distintas disciplinas (lingüística, ciencias cognitivas y teorías de comunicación), y normalmente trasciende un campo del saber para constituir o estar presente dentro de otros ámbitos especializados (Cabré, 2000). Esta característica es fundamental cuando se procede a realizar un estudio sistemático de selección de términos ya que sin ello no se podría remitir a las áreas de especialización de las que se sirve la práctica terminológica.

Siendo la terminología el estudio especializado en analizar, recopilar y presentar estos términos, no está de más explicar la naturaleza de las unidades terminológicas. De carácter lingüístico, en el momento de ubicar y conceptualizar los términos es necesario tomar en cuenta la tendencia a los modos de formación según las reglas léxicas propias de la lengua en cuestión. De este modo, una unidad tiene carácter terminológico solo si representa un nudo de conocimiento de una materia especializada, es decir, un *nudo conceptual* (Cabré, 2000). Esta unidad está compuesta por el *término*, que a su vez está constituido de un *concepto* –unidad del pensamiento que abarca las varias características comunes asignadas a los objetos– y una *denominación* –designación, formada por un mínimo de una palabra, de un concepto en el lenguaje especializado– y es la que expresa y comunica aspectos del tema especializado de la forma más concisa, precisa y eficiente para poder así designar los conceptos propios de las disciplinas y actividades de especialidad (Santamaría Pérez, 2009). Las mismas pueden ser de tipo *representativo* y *comunicativo*, es decir, que expresan el conocimiento especializado y son representaciones conceptuales, así como que transmiten tal conocimiento. Por lo tanto, a mayor grado de especialización en un texto, mayor presencia de unidades terminológicas con funciones tanto representativas como comunicativas.

De igual modo, las unidades terminológicas son clasificables con base en su forma en distintos grupos: según el número de *morfemas*, los cuales pueden ser *simples* o *complejos*; según los *tipos de morfemas*, que pueden ser *derivados* (agregando un prefijo o sufijo a una base léxica) o *compuestos* (agregando dos o más bases léxicas); según *términos complejos*, que se forman a través de la combinación de palabras con una determinada estructura sintáctica, es decir, los *sintagmas terminológicos*; y según términos que aparentan ser simples pero que en realidad son complejos, como las *siglas*, *abreviaturas*, *acrónimos* y *abreviaciones* (Santamaría Pérez, 2009).

En el caso del presente trabajo de investigación, cuyo fin es no solo el análisis y comparación de los dos sistemas sanitarios estudiados, sino también la elaboración de un glosario especializado en la atención sanitaria a la mujer español-francés, se decidió tomar en cuenta los postulados teóricos de María Teresa Cabré en cuanto a la implicación del traductor en la terminología. En su artículo *La terminología en la traducción especializada* (2000), Cabré comenta que para poder realizar un glosario especializado monolingüe o plurilingüe, el especialista debe conocer muy bien las áreas de especialidad, así como la lengua en la que desea presentar los equivalentes de las unidades terminológicas seleccionadas. De hecho, afirma que para los traductores “la terminología es el conjunto de unidades que usan los especialistas en un ámbito y que aparecen en un texto de traducción y que su objetivo consiste en disponer en la lengua de traducción de unidades equivalentes que posean el mismo valor de uso” (Cabré, 2000:25). Por ende, cuando un especialista desea convertirse en terminólogo debe cumplir con ciertas competencias necesarias para un desarrollo eficiente y adecuado. La

primera es la competencia *cognitiva*, que se basa en el conocimiento específico del ámbito especializado; la segunda es la competencia *lingüística*, donde se abarca el conocimiento sobre la lengua o lenguas en las que se va a trabajar; y por último la competencia *socio-funcional*, que no es más que las características que debe tener el trabajo en cuanto a la resolución puntual de un término para alcanzar sus objetivos (Cabré, 2000).

Por lo general, cuando los traductores hacen uso de la terminología, sus niveles de implicación son casi nulos porque recurren a ella como base de consulta en un principio (primer y segundo nivel de implicación). Dependiendo de la necesidad y la complejidad del documento especializado, el traductor podrá o no avanzar hacia el tercer y cuarto nivel de implicación, en el cual empiezan a recopilar términos especializados y a determinar propuestas neológicas en caso de haber algún vacío denominativo en la lengua meta, para así finalmente crear sus propios glosarios y bancos de datos (Cabré, 2000) como lo es en este caso. Para que un trabajo terminológico cumpla con todos los criterios y requisitos necesarios para una buena elaboración del glosario previamente especificado, es necesario conocer los distintos tipos de trabajos de aplicación terminológica y sus características.

### 1.3.3 Tipos de trabajos terminográficos

La terminología aplicada, es decir, la terminografía, se define como el mero proceso de recopilar y gestionar los términos encontrados en un área especializada para poder llevar a cabo la formación de una base de datos. Según el especialista Frank Austerlühl (2010:7), la terminografía se diferencia de la lexicografía por el hecho de que la lexicografía se enfoca en la representación del signo y sus relaciones para determinar el concepto de la palabra y su significado (*semasiología*), mientras que la terminografía parte desde los distintos conceptos y sus designaciones correspondientes para así otorgar un término (*onomasiología*). De hecho, la lingüista Alicia Fedor de Diego (1995) sostiene que la terminografía “tiene como función el registro de: correspondencias entre término-concepto, relaciones lógicas u ontológicas entre conceptos en un mismo sistema de conceptos, con descripciones sistemáticas de los conceptos (definiciones terminológicas) o relaciones temáticas en sistemas temáticos (tesauros)” (Fedor de Diego, 1995:108), es decir: la terminografía consistiría en establecer un hilo lógico descriptivo entre término y concepto basándose siempre en un área de especialidad determinada. Dado que el enfoque principal de este trabajo es llevar a cabo una elaboración de un glosario especializado, se hace menester de seguir un método específico para la elaboración de trabajos terminográficos.

Por su parte, Cabré (1993; 1997; 2005) describe los parámetros necesarios para poder detectar los pasos y la finalidad de un trabajo terminográfico. Para la terminóloga, un trabajo práctico en terminología presenta una serie de principios subyacentes que han de ser respetados a lo largo de su elaboración. Estos principios se basan en que:

- hacer terminología no es hacer traducción
- un término es la asociación de una forma y un contenido
- la forma y el contenido son sistemáticos en relación a la lengua general y también dentro de cada lenguaje de especialidad
- la forma y el contenido de un término son temáticamente específicos
- para todo dato terminológico debe existir una fuente real. (Cabré, 1997: 179-180)

Partiendo de estos principios, se pueden tomar en consideración los tipos de trabajos terminográficos que, según Cabré, se destacan por sus características al momento de

determinar su finalidad. Existen entre estos parámetros distintas clasificaciones que se pueden aplicar a los trabajos terminográficos. Antes que nada, dependiendo de su grado de alcance y exigencia, el trabajo podrá ser un *trabajo terminológico sistemático* o un *trabajo terminológico puntual*. Si es sistemático, “tiene una orientación onomasiológica (parte del concepto y se dirige a la denominación), y se asienta en una estructuración conceptual rigurosa, sistemática, del ámbito sobre el cual se va a trabajar, y solo después se adentra en la búsqueda de denominaciones correspondientes a cada concepto” (Cabré y Tebé, 2005). Para este tipo de trabajos existen ya unas normas preestablecidas por la International Organization for Standardization (ISO), organismo que se encarga de desarrollar e implementar normas estandarizadas a nivel internacional. Sin embargo, en cuanto a estas normas, Cabré (1997) explicaba ya entonces que no son completas y resultan muy ambiguas ya que no responden a las necesidades peculiares de un trabajo terminológico, presentando normas demasiado generales para un trabajo tan específico que a veces resultan insuficientes. Si, por el contrario, el trabajo terminológico es *puntual*, surge solo de la necesidad de resolver problemas terminológicos concretos en contextos de traducción especializadas (Cabré y Tebé, 2005).

Otro parámetro importante también referido por Cabré (1993) y Santamaría Pérez (2009) es el de la cantidad de lenguas involucradas en la base de datos a realizar. Según ellas, el trabajo terminológico puede ser de carácter *monolingüe*, donde el fichaje de vaciado y terminológico se realiza en una sola lengua, *monolingüe con equivalencias*, cuyas fichas terminológicas poseen también una equivalencia de unidad terminológica en otra lengua, y *multilingüe* o *plurilingüe*, en el que todas las lenguas presentes se tratan con la misma relevancia. Asimismo, un último parámetro igualmente importante es el de las funciones del trabajo, las cuales pueden ser de tipo *descriptivo* y *prescriptivo*, en el cual el primero cumple con la función de referirse a una realidad especializada con distintos niveles de especialización y se centra en los términos que usan los especialistas en su comunicación profesional, mientras que el trabajo *prescriptivo* presenta solo unidades que denominan una realidad homogénea y preestablecida, es decir, que selecciona y muestra los términos y el uso específico que los especialistas deben hacer sobre la base de un consenso (Cabré, 2000:10).

Teniendo presentes estos parámetros, se debe entonces plantear cuáles serían las fases de elaboración de un trabajo terminográfico. Dado que seguir unas pautas para la realización de un trabajo consiste en un proceso metodológico, a continuación se presentarán estas fases dentro de dicho marco, así como los demás pasos que se han llevado a cabo y los materiales que se consultaron para ello.

## **Capítulo II**

### **Marco metodológico**

Toda elaboración de un trabajo de investigación, ya sea de análisis, de terminología o de otro ámbito, necesita incorporar un apartado donde se presenten explícitamente los métodos utilizados durante su desarrollo. Se entiende pues por metodología “el manejo racional de un conjunto de procedimientos (estrategias), métodos y técnicas que usados de forma dinámica y flexible puedan canalizar acertadamente una investigación” (Suárez, 2007), por lo que el marco metodológico presenta los procesos y estrategias que se han de tomar en cuenta al llevar a cabo un trabajo de investigación. De este modo, dentro del mismo se deben incluir tanto los objetivos generales como específicos del trabajo final, así como los materiales, datos y corpus que se recolectaron para su realización.

Sin embargo, en el caso de un trabajo de enfoque mayormente terminográfico como es este, el proceso puede resultar distinto del que se conoce tradicionalmente. Se sabe que, por lo general, en un trabajo de investigación común se toman en cuenta las investigaciones de campo, experimentales, si la investigación es cualitativa o cuantitativa y si posee datos con base en la población y muestras; pero en el caso de un trabajo terminológico el proceso es diferente.

#### **2.1 Metodología para la elaboración de un trabajo terminológico**

En la ciencia, se cree que no hay una vía única para los análisis de los objetos científicos, es decir, que no hay un único modelo. A medida que se van estudiando los diversos modelos se procede a elegir uno que responda a las necesidades de la investigación. Así, hay veces en las que la selección de uno u otro modelo está condicionada por el objeto en sí, que es el caso de la terminología. En ella, se incluye imprescindiblemente una relación aplicación-teoría subyacente que aporta dos finalidades distintas: la primera, recopilar los términos reales en el uso y su presentación en diccionarios, y la segunda, recopilar los términos reales y estandarizarlos para obtener una normalización terminológica. Es decir: se realiza o un método descriptivo o un método prescriptivo (Cabré, 1997).

Como lo explica la magíster terminóloga, traductora y profesora universitaria Tatiana Lugo (2000), la esencia del trabajo terminológico consiste en una investigación que no es posible cuantificar dado que no se guía por un método para medir el conocimiento, sino que es más bien una investigación que se propone describir y organizar un área especializada a través de conceptos y que se presenta en forma de glosario. Además, afirma que en una investigación terminológica:

[...] se habla de la descripción del estado de la lengua en un momento dado, en unas condiciones dadas, en un lugar determinado, con funciones previamente definidas, es decir, se trata de la solución de un problema práctico mas no de un problema de conocimiento. En consecuencia, el glosario que produce el terminólogo es un producto que requiere de unos procedimientos previos particulares. (Lugo, 2000)

Partiendo de estas premisas, se decidió seguir una metodología alternativa para la formulación de procedimientos para el desarrollo de un trabajo de práctica terminológica. Tales pasos han sido delimitados por distintas expertas, tales como Lugo (2000) y Santamaría

Pérez (2009), que además coinciden con las estrategias y técnicas acuñadas anteriormente por Cabré (1993 y 1997). A esta enumeración de pasos se conoce como *fases de elaboración de un trabajo terminológico* y que, según estas mismas autoras, se basan en las siguientes acciones:

- 1) La delimitación de un campo de trabajo, es decir, englobar la investigación en un área específica del saber. En ello se demarca el tema en su totalidad (de macrotema a microtema), los destinatarios (colectivo o grupo al cual va dirigido el producto final), la finalidad (la actividad lingüística destinada para el glosario), la lengua o lenguas de trabajo (si es monolingüe, monolingüe con equivalencias o plurilingüe) y la dimensión (de cuántas unidades terminológicas comprenderá el trabajo).
- 2) La adquisición y análisis del corpus bibliográfico, es decir, buscar y seleccionar la documentación y los recursos pertinentes para extraer los términos necesarios para el fichaje de vaciado y posteriormente el fichado terminológico. Estos deben ser preferiblemente textuales y escritos, seguir los parámetros presentados en el punto anterior y deben ser evaluados en función a su representatividad, originalidad, actualidad y nivel de especialización.
- 3) La elaboración de un sistema de conceptos o “árbol de campo”, es decir, la definición de la estructura conceptual basada en el área de especialidad determinada. Esto es un punto crucial en el proceso ya que se refiere a establecer un sistema de relaciones ontológicas entre los conceptos que conforman un determinado campo, que no son más que las sub-áreas dentro de toda especialización organizadas en clases conceptuales.
- 4) La recopilación de términos, de donde se parte del conocimiento estructurado del área de investigación hacia la extracción de los segmentos que designan a los conceptos. Para ello es necesario el corpus de vaciado previamente seleccionado.
- 5) El vaciado de conceptos y términos en fichas terminográficas. En esta fase se procede a diseñar las fichas terminológicas y a crear una base de datos a partir de los términos preseleccionados. Sucesivamente, se designan las definiciones pertinentes a cada fichero terminológico.
- 6) Por último, la resolución de problemas y revisión de casos puntuales que hayan podido representar un obstáculo en la formulación del producto terminológico final a través de la consulta con un especialista.

Se puede ver entonces que la estructura del trabajo de investigación se modifica un poco para seguir el planteamiento metodológico de un trabajo con fines terminográficos. Con respecto a la propuesta de Lugo (2000), lo único que cambia es el orden de los capítulos, puesto que aunque la terminóloga considere que el marco metodológico debe ir antes del marco teórico para la realización de un trabajo terminográfico, el presente trabajo demuestra otras índoles de enfoque más allá de la terminología y una estructura ya preestablecida por la entidad evaluativa. Por consiguiente, la metodología que se presentará a continuación seguirá un hilo lógico siempre basado en el análisis y la realización de un glosario por igual.

## **2.2 Objetivo general y objetivos específicos**

Como se ha comentado antes, el objetivo general de este trabajo de investigación está basado en el análisis del enfoque de los sistemas sanitarios de España y Francia hacia la atención sanitaria pública de la mujer y a una recopilación de términos relacionados con una



propuesta final de glosario especializado en el área de salud femenina en la combinación de lenguas español-francés.

En cuanto a los objetivos específicos, dentro del desarrollo del trabajo se han presentado varios factores a estudiar indispensables para la traducción e interpretación en los servicios públicos. Estos son:

- La presentación de un análisis de la atención sanitaria que se le da a la mujer en el ámbito sanitario público de España y Francia.
- El aporte de una propuesta de glosario especializado en la atención sanitaria de la mujer español-francés de interés de traductores e intérpretes en los servicios públicos.
- La identificación de términos especializados utilizados en las áreas de medicina general, medicina especializada, sanidad pública (macrotemas) hasta en las áreas de sanidad de la mujer, ginecología y obstetricia, violencia de género y algunos términos de ciencias sociales (microtemas), entre otros.
- Recopilación de estos términos (alrededor de cien), conceptualización de los mismos en unidades terminológicas y estructuras conceptuales, y por ende formación de un glosario terminológico en función de esta especialidad.

Esta serie de procedimientos deberían contribuir al producto final de un glosario especializado en el área de salud pública de la mujer. Ya que el trabajo abarca un área bastante extensa, era imprescindible organizar el tipo de investigación y documentos pertinentes que servirían no solo para el proceso terminográfico, sino también para el resto del trabajo.

### **2.3 Fuentes de información e investigación documentales**

Para poder obtener todos los corpóras necesarios, se procedió a buscar las fuentes de información pertinentes. En principio, con propósito de elaborar el marco teórico, se indagó sobre las teorías y bibliografías adecuadas, que serían: los postulados sobre tipología de textos, enfoques sobre teorías terminológicas y terminográficas, toda la bibliografía necesaria para documentarse sobre el sistema sanitario de España y de Francia y la documentación especializada en el área de la salud pública y de atención sanitaria a la mujer. Para ello, se procedió a investigar en fuentes bibliográficas, medios electrónicos y consulta a expertos.

Las fuentes bibliográficas consisten esencialmente en publicaciones de libros especializados en ciertos ámbitos, sobre todo para el caso de los postulados de tipología de textos y teorías terminológicas, de las cuales se poseía cierta cantidad impresa. Dadas las características de la época actual, la fuente más abundante ha sido la de medios electrónicos, ya que a través de ellos se pudo consultar gran variedad de bibliografía en formato electrónico, tales como artículos especializados, tesis doctorales, informes, entre otros. En cuanto a la información sobre el sistema sanitario de Francia y España, se consultaron los medios oficiales difundidos en la red de ministerios, comunidades, ayuntamientos, instituciones públicas, centros de salud, asociaciones y organismos oficiales e internacionales, tales como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública, el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, el Ministère des Affaires sociales, de Santé et des Droits des femmes, la Mission interministérielle pour la protection des femmes, el *Planning Familial*, la Organización Mundial de la Salud, tratados europeos, resoluciones de las Naciones Unidas, artículos publicados en revistas en línea de medicina y hasta leyes y decretos de España y

Francia, entre otros. Dado que la mayoría de la información era solo accesible a través de Internet, se consideró el medio electrónico como la vía principal para recopilar todos los documentos oficiales publicados por estas entidades. Gracias a este medio, fue posible recabar informes, manuales, ensayos, artículos, guías y protocolos comunes que sirvieron de apoyo para el estudio.

Siendo la red la fuente principal, la mayoría de la documentación se encontraba en formato PDF o en formato HTML dentro de distintos sitios web. Dependiendo del sitio web de cada una de las instituciones, éstas podían presentar enlaces directos a documentos oficiales publicados por la misma entidad o asociación o mostrar una distribución distinta entre cada página web. En el caso de la fuente de información sobre el sistema sanitario de Francia y España, por ejemplo, la consulta era directamente en sitios webs oficiales y en artículos publicados por instituciones públicas u organismos oficiales. En el caso de la atención pública a la mujer, para el sistema sanitario de España se consultó la información disponible de parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como la información de distintas Comunidades Autónomas y artículos oficiales. Asimismo, para el trato específico de la atención sanitaria hacia la violencia de género en España, se consultaron protocolos y folletos del Instituto de Salud Pública y del MSSSI, mientras que para la atención hacia la inmigración femenina se consultaron tanto apartados del sitio web del Instituto de la Mujer como ensayos especializados. En cuanto al sistema sanitario de Francia, toda la documentación fue en versión digital. Las fuentes principales de información fueron el equivalente al MSSSI en Francia, es decir, el Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, cuya página mostraba un enlace directo del departamento de Droits des femmes con información sobre los asuntos sociales relevantes de la mujer, además de protocolos y artículos sobre violencia de género e inmigración de la mujer. En su mayoría, tales informes se presentaban bajo formato PDF, el cual reflejaba fechas de publicación y editoriales autoras. De esta manera se pudo realizar el análisis de ambos sistemas, basado en la comparación de ambos y el aporte de los mismos en cuanto a la atención sanitaria especializada en la mujer.

Al recabar estas fuentes de información, se procedió a su lectura, análisis y resumen para poder presentar suficiente recopilación de datos para el marco teórico y finalmente el glosario. Para poder acceder a las fuentes de información necesarias, se emplearon palabras claves que guiaron la búsqueda de datos, temas y material que pudieran ser relevantes para la investigación. Esto permitió encontrar los archivos necesarios para la formulación de todo el marco de investigación. Asimismo, como se ha mencionado antes, se consultó a expertas sobre las distintas teorías terminológicas para la creación de glosarios y también sobre la naturaleza de los términos extraídos de todos los documentos, si las equivalencias eran pertinentes, etc. De esta forma se procedió a plantear un glosario como producto final a partir de las fichas terminológicas recabadas.

Con el fin de determinar qué términos eran pertinentes, se tomó en cuenta el proceso preestablecido de sistematización de conceptos en una estructura conceptual o también llamado *árbol de campo*: tal estructura conceptual define las áreas y sub-áreas en las cuales se encuentran estos conceptos, las cuales son necesarias definir desde un principio porque delimitan detalladamente los términos a tratar. Como lo explican Gómez y Vargas (2004) “el árbol de campo no es otra cosa que la representación gráfica en forma de esquema de los subcampos que componen el conjunto de un determinado ámbito de especialidad o campo de actividad”; igualmente, la terminóloga experta Lugo (2015) en una consulta personal afirma que “el principal criterio para la selección de las unidades terminológicas es que formen parte de la estructura conceptual del campo de trabajo puesto que esta estructura es la estructuración del conocimiento del área que se investiga, es decir, allí se evidencian las

relaciones entre los conceptos que conforman un determinado campo”. Teniendo esto en cuenta, se procedió a evidenciar los términos que formarían parte del área de medicina general avanzando hacia áreas cada vez más específicas, como lo son la medicina especializada, que afectan principalmente a las mujeres, la ginecología y obstetricia, la gerontología, la psicología, y los términos especializados de violencia doméstica y violencia de género, así como los presentes en el microtema de inmigración femenina en estos países. De este modo, se pudo establecer el árbol de campo y así encontrar los conceptos pertinentes a cada término evaluado, cuyo esquema se podrá apreciar más adelante en este trabajo.

Seguidamente, fue así como se procedió a continuar los pasos previamente mencionados para poder elegir las equivalencias adecuadas de cada término. Para alcanzar este objetivo, se tomó en cuenta el proceso de trabajo propuesto por Cabré y Tebé en su *Trabajo terminológico multilingüe de enriquecimiento lingüístico: una propuesta metodológica* (2005). En él, ambos terminólogos sugieren investigar las equivalencias en cada lengua de trabajo dentro de un corpus de referencia ya preestablecido siguiendo un orden de fiabilidad decreciente (Cabré y Tebé, 2005:27). Para ello, proponen comprobar cada denominación en bloque en cada una de las fuentes del corpus y grupos de fuentes desde una fiabilidad alta (normalizada) a la de menor fiabilidad (no normalizada), quedando así los últimos conceptos para ser revisados por un especialista. Asimismo, en dicho artículo presentan un corpus de referencia dividido en seis *subcorpus: normativos y normalizados* (siguen un consenso ya establecido, como el diccionario de la Real Academia Española o el diccionario de fichas terminológicas InterActive Terminology for Europe IATE), *lexicográficos, terminológicos o textuales* (basados en obras que documentan el uso de un término en cuestión, a definir según cada trabajo) y finalmente la *propuesta de un terminólogo* (cuando se halla un vacío terminológico determinado). Siguiendo esta propuesta, en el trabajo se procedió a subdividir las categorías normativas según las cuales se iban referenciando los conceptos de los términos para así tener en cuenta un criterio de elección más detallado dentro de las fichas terminológicas.

## 2.4 Fichas terminológicas: las categorías de datos

En cuanto a las fichas terminológicas, se procedió a seguir un esquema estándar propuesto por la magíster terminóloga Valentina Cruz (2011) que contuviera las categorías de datos más importantes a presentar dentro de la ficha. Tal esquema está basado en aquellos planteados por Cabré (1993) y la norma ISO 12620 (1999), ya que contienen las categorías necesarias para presentar todos los datos de una unidad terminológica. Un ejemplo se puede apreciar en la celda de ficha terminológica que aparece a continuación:

Nº de ficha:	Notación numérica:	
ÁREA:	SUB – ÁREA:	SUB-ÁREA ESPECÍFICA:
ENTRADA:	FUENTE (S) DE LA ENTRADA:	CATEGORÍA GRAMATICAL:
SINÓNIMO (S):	FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S):	

EQUIVALENTE (S):	FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S):
DEFINICIÓN:	
FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN:	OBSERVACIONES:
FECHA:	AUTOR:

Sin embargo, en el presente trabajo se decidió optar por la versión en Microsoft Excel de esta ficha terminológica dada la comodidad para manejar las celdas y filas en dicho programa. Un ejemplo de la disposición de las categorías se puede observar en la siguiente imagen (Imagen 1):

Nº de	ÁREA	SUB-ÁREA	SUB-ÁREA	ENTRADA	FUENTE	C. G.	DEFINICIÓN	FUENTE DE LA	CONTEXTO	FUENTE DEL CONTEXTO	SINÓNIMO	FUENTE DEL SINÓNIMO	EQUIVALENTE NTC	FUENTE DEL EQUIVALENTE NTC	CONTEXTO DEL EQUIVALENTE NTC	FUENTE DEL CONTEXTO DEL EQUIVALENTE NTC	OBSERVACIONES	FECHA	AUTOR
1	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	13 de marzo de 2011	Carla Fabián
2	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	13 de marzo de 2011	Carla Fabián
3	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	13 de marzo de 2011	Carla Fabián
4	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	13 de marzo de 2011	Carla Fabián
5	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	13 de marzo de 2011	Carla Fabián
6	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	13 de marzo de 2011	Carla Fabián
7	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	13 de marzo de 2011	Carla Fabián

Imagen 1: Ejemplo de celda con las fichas terminológicas del ámbito de atención sanitaria a la mujer en Microsoft Excel. Elaboración propia

De esta manera, se pudo presentar más de una unidad terminológica por página pues era necesario si tenemos en cuenta las características formales y la extensión de este trabajo de grado.

Ahora bien, es necesario explicar la naturaleza de cada categoría de datos ya que cada una consiste en un segmento importante de la ficha terminológica. En cuanto a la primera, el *número de ficha*, informa sobre la cantidad total de unidades terminológicas que se recopilaron, mientras que la segunda, la *notación numérica*, expone la numeración específica según las áreas. Éstas se disponen en tres *áreas* y *sub-áreas* en total para representar la especificidad de la materia a la que pertenece el término. Partiendo de estos dominios se identifica el campo de especialización de cada término en una entrada, que muestra la unidad terminológica específica así como la fuente de donde se extrajo. La *definición*, tal y como lo concibe la ISO 12620 (1999) “es una frase compleja que constituye el equivalente semántico del término que está siendo definido”, es decir, debe representar el concepto de la entrada sin

parafrasearlo ni repetirlo y ser tan breve como sea posible y tan compleja como sea necesario (Vargas Sierra, 2011). Por ende, la misma debe seguir los siguientes principios:

- Previsibilidad – Inserta el concepto en un sistema de conceptos
- Simplicidad – Es concisa, clara y siempre que sea posible compuesta por una única frase; incluye solo información esencial.
- Afirmación – Indica lo que es el concepto, no lo que no es.
- No circularidad – No emplea palabras cuyas definiciones se refieren al concepto en cuestión, ni empiezan con el término que constituye la entrada
- Ausencia de tautología – No es una perífrasis del término, sino una descripción de las características semánticas del concepto.
- Categoría gramatical – La definición empieza con una palabra de la misma categoría gramatical que el término que se está definiendo. (Vargas Sierra, 2011)

Por esta razón, para poder constatar la función de una unidad terminológica y su definición, se mantiene la necesidad de mostrar el *contexto* en donde se ha encontrado dicho término específico y que coincida con la mejor descripción del uso del término en concreto. Consecutivamente, de ser posible, se debe atribuir un *sinónimo* al término así como la fuente de dónde se ha obtenido.

En el caso de un *glosario monolingüe*, tales categorías de datos serían suficientes para demostrar la naturaleza del contenido de los términos. Sin embargo, dado que en el presente trabajo se pretendía realizar un glosario que fuera de uso para los expertos interesados en el tema tanto en español como en francés, se ha adjuntado la presencia de los *equivalentes* en francés y la fuente de la que se han extraído. Por lo mismo, en adición a las categorías de datos preestablecidas por los expertos, la autora de este trabajo decidió agregar igualmente el *contexto del equivalente* en el otro idioma a tratar –en este caso francés– y su fuente para poder corroborar que la función tanto en español como en francés fuera la misma. De esta forma, la ficha terminológica se vería de la siguiente manera:

Nº de ficha:	Notación numérica:	
ÁREA:	SUB – ÁREA:	SUB-ÁREA ESPECÍFICA:
ENTRADA:	FUENTE (S) DE LA ENTRADA:	CATEGORÍA GRAMATICAL:
DEFINICIÓN:	FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN:	
CONTEXTO (S):	FUENTE (S) DE(L) (LOS) CONTEXTO (S):	
SINÓNIMO (S):	FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S):	

EQUIVALENTE (S):		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S):	
CONTEXTO DE(L) (LOS) EQUIVALENTE(S):		FUENTE(S) DEL CONTEXTO DE(L) (LOS) EQUIVALENTE(S):	
OBSERVACIONES:	FECHA:	AUTOR:	

Para finalizar, se procedió a revisar las *entradas* recabadas con expertos pertinentes al caso. En cuanto a la terminología, se revisaron los postulados teóricos pertinentes y se resolvieron dudas, así como se consultó a expertos en la lengua francesa para los términos en francés que pudieran presentar algún obstáculo en su conceptualización. De esta forma, se procedió a plantear un glosario como producto final a partir de las fichas terminológicas recabadas.

Para poder apreciar los resultados de todo este proceso metodológico, se presentarán a continuación el análisis y los resultados de tales procedimientos y las distintas conclusiones que se obtuvieron de los mismos.

## **Capítulo III**

### **Análisis y resultados**

Después de haber presentado en el marco teórico las características específicas sobre ambos sistemas sanitarios de España y Francia, la atención de la sanidad pública hacia la mujer y el ámbito de violencia de género e inmigración femenina, así como los postulados teóricos sobre terminología para poder llevar a cabo el glosario especializado, se pueden enseñar finalmente los resultados que dicha investigación aportó. Por lo tanto, a continuación se presentará el análisis detallado de cada ámbito, empezando por la comparación general de ambos sistemas de salud, seguido por el análisis de la tipología de textos recabada, y terminando con el análisis y problemas encontrados en el trabajo terminográfico llevado a cabo.

### **3.1 Análisis y comparación de la atención de la salud pública a la mujer en España y Francia**

#### **3.1.1 Los sistemas sanitarios de España y Francia**

Comparar dos sistemas de dos países tan cercanos podría parecer sencillo a simple vista, pero nada más alejado de la realidad: como se ha expuesto anteriormente, tanto el sistema sanitario de España como el de Francia difieren no solo en su organización, sino también en el enfoque sanitario hacia la mujer. Esto es debido a que, además de poseer distintos métodos de gestión del Estado, también se basan en dos modelos distintos de sistema sanitario. Por esta razón

En el caso de España, como hemos mencionado anteriormente el modelo por el cual se rige este sistema es el modelo Beveridge, el cual consiste en el *sistema nacional de salud*, financiado principalmente por impuestos y seguido igualmente en la Unión Europea (UE-15) por Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia. Aparte de financiarse a través de impuestos del Estado, recurre igualmente a otros fondos: como se especifica en un estudio del MSSSI del año 2013, “una parte muy importante de los recursos son obtenidos de las rentas de manera progresiva; quien más tiene más paga y, el resto de la financiación del sistema, se complementa con los impuestos sobre el valor añadido y otros gravámenes que se aplican a determinados productos como hidrocarburos, alcohol, tabaco o electricidad” (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013). Otra característica de este sistema es la de ser de acceso universal y sobre todo de poseer una gran implicación del Estado dentro de la gestión: es decir, en España, la financiación es regulada a través de las Comunidades Autónomas junto al Sistema de Financiación autonómica, el cual se encarga de repartir los fondos para la salud pública en el país.

En cambio, el sistema de Francia sigue el modelo Bismark, conformado en torno al *sistema de seguridad social*, que se financia por cotizaciones sociales obligatorias y es igualmente implementado en los países de la UE-15 de Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos. Como se ha comentado en otro apartado, dichas cuotas obligatorias son pagadas por empresarios y trabajadores así como a través de impuestos, cuyos recursos financieros se redirigen a los fondos, entidades no gubernamentales reguladas por la ley y que se encargan de gestionar dichos recursos en todo el país (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013). De esta manera, una parte es

financiada por los impuestos mientras que otra proviene de las contribuciones del usuario, por lo que es común la prevalencia de seguros privados a los que los usuarios recurren para reembolsar el gasto de los servicios de los que hacen uso, a través de la llamada *mutua*.

Teniendo esto en cuenta, se facilita un poco la comprensión de ambos modelos. La diferencia fundamental surge sobre todo de la preponderancia e implicación del Estado dentro del sistema de salud. Como lo demuestra un estudio realizado por el MSSSI en el año 2013 titulado *Los sistemas sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud en el siglo XXI*, en España la predominancia del modo de provisión es de atención pública, con un 75% de acceso público a los hospitales, mientras que en Francia prevalece la atención privada, con un 11% menos de provisión pública en los hospitales. Un ejemplo de esto se puede ver en el sistema de *copagos* de ambos países, ya que en España no hay copago para los sectores de atención primaria, atención especializada o ingreso al hospital –sino solo para los fármacos con receta–, mientras que en Francia es todo lo contrario, pues se presenta un copago para todos los sectores.

Otra diferencia relevante es la remuneración que reciben los médicos y profesionales sanitarios: en España, los médicos de atención primaria obtienen su pago a través de un salario y capitación, mientras que los especialistas ambulatorios y los especialistas hospitalarios basan su pago en un salario fijo; en el caso de Francia, tanto los médicos de atención primaria como los especialistas ambulatorios obtienen el pago por servicio, a excepción de los especialistas hospitalarios que sí reciben un salario.

En cuanto al acceso a especialistas, en España está restringida la libre elección del médico de atención primaria, así como también existe el filtro de elegir un especialista, lo cual con el tiempo ha causado la aparición de listas de espera que se han ido identificando como un problema político. Mientras tanto, en Francia no existe tal problema ya que la elección del médico no está limitada ni se da lugar a un filtro para el acceso a los especialistas. En el caso de las urgencias y hospitalizaciones, en España no se aplica el sistema de copago para ninguna de las dos, mientras que en Francia sí se mantiene.

Por otra parte, el acceso como tal al sistema de salud difiere entre ambos países por una razón específica: las contribuciones. Como se ha comentado anteriormente, hasta el año 2012 el acceso al sistema de salud de España era universal, es decir cualquiera podía acceder a sus servicios, sin embargo hoy en día los inmigrantes sin tarjeta sanitaria europea no pueden acceder a ellos a menos de que estén cotizando en la seguridad social y pagando contribuciones, o se encuentren en el caso de emergencias o maternidad. Algo parecido existe en Francia, que sería la AME, a la que pueden acceder aquellas personas que se encuentren en estado de irregularidad que no tengan los medios necesarios para acceder al seguro de enfermedad y además necesiten proveerse de los servicios de emergencia, embarazo y maternidad.

Dicho esto se puede comprender entonces que la base de las diferencias entre ambos sistemas se encuentra más que nada en los fondos monetarios que utilizan para financiar los servicios y en la disposición de la atención médica según la cantidad cotizada y posibilidades económicas de cada individuo. En cuanto al resto, se mantiene la necesidad de velar por la salud del ciudadano en casos de extrema urgencia, embarazo u hospitalización, manteniendo así el derecho universal a ayudar al prójimo en casos de gran necesidad.

### **3.1.2 La atención sanitaria pública a la mujer en España y Francia**

Tomando en cuenta los modelos de sistema sanitario presentes en la UE-15, ya se puede hablar de qué tipo de atención ofrece cada país a la mujer dentro de la salud pública. Lo



principal a tomar en cuenta con respecto a este punto es saber no sólo el tipo de sistema sanitario de cada país, sino el tipo de gestión que prevalece de cada uno: como se ha percibido antes, en España el gobierno se rige por un método descentralizado, mientras que en Francia predomina la centralización. Esto es un aspecto clave dado que caracterizará también el tipo de documentación disponible sobre las áreas de especialización estudiadas en este trabajo: mientras que en España los servicios públicos son principalmente gestionados por cada Comunidad Autónoma, el enfoque que presta el gobierno francés se caracteriza de un único planteamiento a nivel nacional a disposición de todos.

Esto significa que en España cada Comunidad Autónoma se encarga de tramitar sus propios planes de atención integral a la mujer según las necesidades que la región presente, mientras que en Francia se realiza un estudio global sobre la salud de la mujer presentado en forma de informe estadístico. Un ejemplo de ambos tipos de estudio se ha visto anteriormente en este trabajo cuando se estudió detalladamente el contenido del Plan de Atención Integral a la Mujer y el presentado por el Gobierno de la Rioja, donde se podía observar el interés que presta tanto el Instituto Nacional de Salud en general para todo el país como el Gobierno de la Rioja para su comunidad en particular; mientras que en Francia, se constató que en lugar de publicar un plan de atención integral para todo el país o para cada región cada cierto tiempo, la DREES presenta un informe estadístico actualizado casi todos los años donde se estudia la situación sanitaria de la mujer de todo el territorio francés. Esto significó una diferencia fundamental para el análisis comparativo de este trabajo dado que en Francia tales documentos demostraron ser un estudio mucho más vasto y organizado de lo que las Comunidades Autónomas pudieran presentar individualmente. A pesar de esto, la salud pública de España se encuentra más organizada en cuanto a la planificación integral de atención sanitaria a la mujer, pues en comparación con Francia, tanto el MSSSI como cada Comunidad Autónoma se ha encargado de realizar un programa de atención que indique las acciones a tomar tanto dentro la atención primaria como de la especializada, mientras que en Francia no se encontró tal directiva.

Llegado a este punto, se puede analizar el contenido de tales fuentes. En cuanto a España, se ha podido constatar que las Comunidades Autónomas en su mayoría prestan mayor atención al sector de salud sexual y reproductiva, con la participación primordial de las matronas y ginecólogos. Asimismo, en la atención primaria es donde mayormente se prevé la captación y derivación de la paciente hacia la atención especializada en caso de detectar alguna posibilidad de afección, la cual lleva a realizar un diagnóstico y seguimiento de la mujer con la patología. En cuanto a afecciones específicas como los cánceres ginecológicos, existen diversos programas de prevención del cáncer de mama o de cérvix para poder atender la enfermedad desde sus inicios. Para que tales programas y atenciones especializadas sean posibles, existen distintos centros de salud, unidades de soporte y áreas de salud que promueven actividades para que se lleven a cabo tales programas.

En el caso de la atención sanitaria a la mujer en Francia, la situación es un poco diferente. Como se ha dicho previamente, siendo el sistema centralizado, las directivas provienen directamente de las prescripciones del Ministerio competente, en este caso el Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Éste, como se ha detallado antes, posee un apartado específico que se encarga de todo lo relacionado con la integridad social de la mujer, lo que comúnmente se abrevia como Ministère des Droits des femmes y que sería el equivalente al Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades de España adscrito al MSSSI y presente en cada Comunidad Autónoma, pero con una información más detallada en sus medios electrónicos. Después de una larga investigación, a pesar de que no existe un plan de atención integral a la mujer que abarque todas las áreas de salud necesarias, fue posible encontrar igualmente otros programas que engloben un área

específica de la salud femenina, como lo es el ya mencionado *Planning Familial* que, como los planes de atención integral en las Comunidades Autónomas, también presta especial atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Además de este organismo sin fines de lucro, existen otras instituciones públicas y delegaciones que también proveen la información y recomendaciones necesarias para la atención a la mujer por parte de los profesionales sanitarios, como el de la Haute Autorité de Santé de Francia. Si bien este último no se concentra solo en las mujeres, provee distintos documentos y fuentes que aportan a la mejora de la atención sanitaria femenina en Francia.

Otro punto de comparación que no se debe dejar a un lado es la situación en sí de la salud de las mujeres en España y Francia y cómo la enfocan los distintos estudios. Como se indicó anteriormente, ambos países confirman una longevidad mayor en las mujeres pero con una percepción de su salud diferente, ya que en Francia perciben mucho mejor su salud que en España. En ambos territorios europeos se prevé un estudio de la calidad de vida de las mujeres y se demuestra que todas se ven afectadas por las condiciones de sus actividades laborales, ya que involucran no solo el trabajo doméstico, sino que también se complementan con el trabajo fuera de casa. En el caso de los estudios presentados por la DREES, la mayoría de los datos se diversifican en distintas áreas específicas (como mujeres locales o mujeres inmigrantes, etc.) mientras que en las fuentes consultadas para España la diferenciación no es tan específica. Un ejemplo se ve en cuanto a la salud sexual donde se presentan datos de fecundidad de la mujer y tratamientos de fertilidad, mientras que en los textos consultados de España este aspecto no sobresale. Sin embargo, en cuanto a la interrupción voluntaria de embarazo, ambos países le dan gran importancia al índice de aborto, pero sobre todo Francia porque posee un índice muy alto de abortos en las mujeres adolescentes, lo que conlleva a darle asimismo una mayor relevancia a la contracepción y los distintos tipos de métodos contraceptivos que existen. Por último, las mujeres en edad anciana presentan en Francia problemas de abandono, mientras que en los estudios de salud de España no se hace referencia a este tipo de problema sino más bien sólo al estado de salud físico.

Sin lugar a dudas, la calidad de la documentación y el cuidado hacia la mujer, se puede apreciar mejor en áreas específicas como la de la violencia de género y la inmigración de mujeres hacia estos territorios europeos.

### **3.1.3 La atención sanitaria en el área de violencia de género de España y Francia**

A lo largo de las últimas décadas, la violencia de género ha sido tema de debate en todos los países del mundo y sobre todo en aquellos donde su mayor interés es erradicarlo por completo. En el caso de España y Francia, ambos países comparten el objetivo común de defender, proteger y ayudar a las víctimas de la violencia de género, pero sobre todo de formar e informar a la sociedad y a los profesionales sanitarios.

En España, cada Comunidad tiene su método para abordar este problema, siempre partiendo desde un protocolo común preliminar dispuesto por el Gobierno del cual se ha hablado anteriormente. Para este trabajo, después de haber analizado esta guía, se procedió a recopilar los últimos documentos que cada Comunidad Autónoma había proveído al respecto, los cuales en su mayoría respetaban el método original propuesto por el Gobierno pero adaptado a las necesidades de cada región. Si bien algunos presentaban algunas diferencias, el fin común para todos era fomentar la capacitación de los profesionales y proveer toda la documentación necesaria para resolver la mayor cantidad de dudas posible. Sin embargo, muchos de ellos no habían sido actualizados de hace más de cinco años, lo cual le restaba vigencia.

Algo muy distinto se observó en la documentación analizada de Francia. En ésta, se pudo constatar que la atención sanitaria al área de violencia de género era mucho más amplia. La sistematización centralizada que caracteriza al estado francés permite que la divulgación de la información sea mucho más esquematizada. Un ejemplo se ve en el sitio web de la delegación del Ministère des Droits des femmes, que ofrece un apartado especial para esta temática titulado *Stop la violence des femmes*. En dicha página web se encuentra detalladamente toda la información necesaria que la mujer víctima necesita saber sobre sus derechos y los distintos tipos de violencias que puede padecer, así como las ayudas telefónicas a las que puede acceder con un enfoque divulgativo. De igual modo, se presenta en un apartado similar un enfoque distinto sobre esta información dirigido hacia los profesionales sanitarios que puedan tener dudas al respecto y quieran mejorar su formación. Así, se prevé la documentación especializada y acceso a guías y protocolos que los profesionales puedan necesitar para abordar las usuarias de la atención primaria que puedan ser víctimas de violencia de género.

Otro punto a comparar sería la importancia de la atención a la violencia de género en los dos países. En el país hispanohablante, si bien cada Comunidad posee un protocolo de atención hacia la violencia de género así como un protocolo común para todo el país, pareciera que no logra abarcar o alcanzar la cantidad necesaria de destinatarios que debería estar al tanto de ello. En el país francófono, la relevancia y difusión de dicha área es mayor, dada la atención que tanto los ministerios como otras instituciones le dan a ello. De hecho, el Ministère des Droits des femmes incluye en su página web un apartado específico para todos los tipos de violencia y los dossiers que se han publicado al respecto, de modo que su acceso se facilita. Un ejemplo es el de las mutilaciones sexuales, al cual el Ministerio le concede gran importancia, a diferencia de los protocolos de abordaje españoles, que en su mayoría no las mencionan, muy probablemente por el índice de inmigrantes de la zona subsahariana que siguen esta tradición.

Asimismo, siguiendo el sistema centralizado, el MASSDF publicó un protocolo de atención primaria a las víctimas de violencia de género para los profesionales donde se prevenían los problemas de la formación de los mismos y los mejores pasos a seguir para evitarlos y mejorar el servicio que prestan. A este protocolo, como se ha mencionado anteriormente, contribuyeron tanto la Secretaria de Estado como la Ministra del Ministère des Droits des femmes. Esto determina la importancia que el Gobierno francés le da a la modalidad de atención hacia este tema como la sensibilización y el progreso de la formación de los profesionales encargados de identificar a las mujeres víctimas. En cuanto a los datos estadísticos y los tipos de violencia, en ambos países presentan en sus protocolos toda la información necesaria para entender el círculo de violencia y el proceso de empoderamiento de la mujer al salir de ella, así como los pasos a seguir de parte del profesional sanitario al hacer seguimiento de la víctima. En los protocolos franceses se enfocan mucho más en esta parte que en España, dado que no solo explican el procedimiento a llevar a cabo como profesional sanitario después de detectar a la víctima, sino que también explican la etapa judicial que sigue a este paso y dan recomendaciones para evitar que la víctima caiga de nuevo en la violencia.

Esto último es importante tanto para Francia como para las instituciones competentes en el territorio español, ya que este fenómeno suele ocurrir no solo a las mujeres francesas o las españolas, sino también a las mujeres inmigrantes.

### **3.1.4 Las mujeres inmigrantes en España y Francia**

A lo largo de los años, la situación de los inmigrantes en Europa ha ido cambiando constantemente dados los distintos contextos en los que se ha encontrado el mundo entero. Como ya se ha visto, en el caso de España y Francia la migración ha sido sujeto de estudio desde siempre y sobre todo en las últimas décadas del siglo XX. Ambos países han experimentado tanto el fenómeno de inmigración como de emigración dadas las circunstancias en las que se han encontrado, lo que ha creado un vaivén de personas ya fuera por necesidad que por otras razones.

En el caso de las mujeres inmigrantes en estos países, se puede observar que uno de los factores más comunes de emigración aunque no el principal es el de la lengua del país de destino. Tanto en España como en Francia, la mayoría de las inmigrantes suelen provenir de un país hispanohablante o francófono respectivamente: en España proceden en su mayoría de países de Latinoamérica como Ecuador y Colombia, mientras que en Francia se establecen mayormente mujeres proveniente de África subsahariana. En un principio, las razones de inmigración fueron variando con el tiempo: por lo menos en el país francófono, la mayoría de las mujeres que inmigraban en el siglo XX solían venir por reagrupación familiar. En el caso de España y posteriormente de Francia, la inmigración femenina se constituyó en gran parte por migraciones autónomas, es decir, mujeres inmigrantes pioneras que buscaban un mejor futuro para su familia dejando todo atrás y que emigraban del país natal sin su compañía para poder mantenerlos a distancia. Asimismo, en Francia se mostraron más datos de mujeres que inmigraban en búsqueda de asilo, mientras que en España no se encontró información relativa a esto.

Tales mujeres, en ambos casos, suelen encontrarse en situaciones de vulnerabilidad, dado que en su mayoría no poseen la documentación necesaria para permanecer en condiciones de regularidad en el país que las hospeda. Según lo estudiado, en cuanto España, la situación de irregularidad es mayor que en Francia dado que en su mayoría las mujeres que inmigran no poseen un permiso de residencia vigente. Esto contribuye a que las mujeres encuentren trabajos sin contrato y muchas veces sean explotadas dado a su desventaja para reclamar el abuso laboral. Ya que al principio las mujeres inmigrantes en Francia se reagrupaban con su marido, no figuraban específicamente en la estadística de mujeres trabajadoras inmigrantes dado que en su mayoría no tenían la necesidad de buscar trabajo y por ende se mantenían en su *ghetto* cultural. Según los estudios de Pérez Grande (2008) y Noublecourt (2014) sobre España y Francia respectivamente, esto causaba y causa aún hoy en día, que los hombres mantengan una relación de poder y dominación sobre las mujeres por el hecho de sentirse amenazados por la nueva cultura que los recibe, impidiendo así que la mujer se adapte correctamente a la nueva sociedad y haciendo que caiga en muchas ocasiones en maltratos y agresiones. Sin embargo, con el nuevo tipo de inmigrantes (mujeres célibes y mujeres pioneras), esta realidad empieza a atenuarse al menos en Francia, ya que en España los estudios encontrados no reflejaban estos datos específicos.

Con respecto a la situación de salud de las inmigrantes, como se ha mencionado anteriormente ambos países difieren de su método de atención. En Francia, se constata gracias a estudios de la DREES que la mayoría de las mujeres inmigrantes suelen no recurrir a los servicios médicos debido al problema del idioma. Esto comporta que su percepción de la salud sea peor o mejor, las mujeres provenientes del continente asiático tienen una peor percepción de la salud, mientras que las provenientes de países sudafricanos aparentan tener una mejor (DREES, 2009). Sin embargo, en España no se encontraron suficientes documentos para determinar la situación sanitaria específicamente de las mujeres inmigrantes, lo que deja en el aire el conocimiento sobre su estado de salud más allá de los casos de urgencias y de seguimiento del embarazo.

### 3.2 Análisis de los córpora y las tipologías de texto

Con el fin de profundizar en la comprensión de la situación de la mujer dentro de los sistemas sanitarios de España y Francia y dentro del área de violencia de género e inmigración, se debe analizar detalladamente el tipo de documentación de donde se ha recabado toda la información al respecto. Como se ha mencionado anteriormente, para poder detectar si un documento es un corpus especializado y qué tipología sigue, debe cumplir una serie de características.

En el caso de la documentación del presente trabajo, se puede distinguir un corpus bastante mixto. En su mayoría, se podría decir que los documentos son de tipo *especializado* ya que se basan en el área específica de la salud pública, pero sobre todo en el de las temáticas importantes para la salud de la mujer. De hecho, si se analiza según los criterios presentados por EAGLES (1996), se constata que los documentos seleccionados para la exposición de la información poseen la longitud necesaria sin restricciones de páginas, contienen la cantidad de ejemplos y datos necesarios sobre las enfermedades y afecciones comunes de las mujeres, un estudio estadístico de cada ámbito de salud estudiado en cada país, clasifican las secciones estudiadas por tipo de área de salud y además muestran claramente la bibliografía de todas las fuentes consultadas para su elaboración. Siguiendo esta clasificación, se podría decir entonces que tales córpora son *comparables* ya que algunos de los estudios y documentos llevados a cabo tanto en España como en Francia sobre la violencia de género y la inmigración de las mujeres son semejantes en su estructura debido a su contenido y tipo de enfoque. Sin embargo, no son *paralelos* ya que, a excepción del protocolo común de abordaje de la violencia de género de la Generalitat de Catalunya escrito en español y traducido al francés por igual (2009), ningún otro documento presenta la misma edición.

En cuanto a la tipología de texto analizada, aquellos documentos procedentes de entidades oficiales suelen ser de tipo *descriptivo*, *expositivo* e *instructivo*: la primera característica se debe a que en la mayoría de los casos, los planes integrales de atención a la mujer, investigaciones, informes y artículos describían los estudios realizados en los distintos temas abordados sobre la salud de la mujer de España y Francia. Asimismo, por lo que respecta al carácter expositivo, se muestra que en aquellos documentos como los de los protocolos comunes de actuación, guías oficiales de apoyo, informes y programas de abordaje sobre la violencia de género exponen los casos de maltrato hacia la mujer y los datos de las situaciones de víctimas de los cuales los profesionales sanitarios tienen que estar al tanto. La tercera característica está sin embargo presente en todos los casos, ya que el fin de estos documentos es el de guiar e instruir a los profesionales sanitarios sobre los mejores métodos para hacerse cargo de las víctimas de violencia de género.

El hecho de que la finalidad de tales córpora sea la de informar e instruir a profesionales sanitarios pero al mismo tiempo sensibilizar a la sociedad sobre un tema tan delicado e importante como el del maltrato a la mujer, permite finalmente detectar cuál es su situación comunicativa: por un lado, se trata de una comunicación entre especialistas e iniciados, ya que los especialistas son los que crean los protocolos mientras que los iniciados son aquellos profesionales que tienen una noción sobre la salud de la mujer y la violencia de género pero no de su método de abordaje; por otro lado, existe igualmente una comunicación entre especialista y no iniciado puesto que tal documentación, así como aquella de carácter sociológico sobre la inmigración, está al alcance de todo público que desee instruirse en el ámbito. La presencia de tales documentos como dominio público demuestra la necesidad de los autores de expandir tal conocimiento tanto a las personas especializadas en esta área como a todo aquel que desee hacerse con esta información. Sin embargo, es bueno notar que, por lo

general, el lenguaje de los documentos no es muy especializado, ya que tanto el iniciado como el no iniciado son capaces de entenderlo en su mayoría.

Y así como hay mayoría, también existen aquellos textos que se caracterizan por ser aquel lenguaje que solo los especialistas pueden entender sin recurrir a una investigación preliminar. Es ahí donde se revela el enfoque de terminología que este trabajo ha tomado, para establecer las funciones y definiciones de cada unidad terminológica pertenecientes a estas áreas.

### 3.3 El trabajo terminográfico: análisis, problemas y resultados

Como se ha determinado anteriormente, la terminología es una ciencia tanto *interdisciplinaria* como *transdisciplinaria*: esto significa que se forma de más de un tipo de conocimiento y además trasciende para crear una nueva forma de conocimiento. En el caso de este trabajo, la interdisciplinariedad se puede apreciar fácilmente debido a que en el mundo de la medicina y en el de las ciencias sociales todas las áreas se encuentran conectadas entre sí. Las áreas de salud donde el enfoque principal es la mujer son al fin y al cabo áreas intrínsecas a la medicina integral y especializada, así como las de interés social, pues parten de un estudio sobre el desenvolvimiento de la mujer en la sociedad previamente llevado a cabo con fines de especialización. Por esta razón, al combinar todos estos elementos especializados en un solo tipo de trabajo, se puede hablar de una transdisciplinariedad, dado que su fin es crear un nuevo espacio de especialidad que represente todas estas áreas específicas de la salud de la mujer y de su relación con la sociedad.

En este caso, la autora de este trabajo ha tenido que desarrollar las distintas competencias sugeridas por Cabré (2000) para poder alcanzar el grado de implicación necesario de parte de una traductora. Afortunadamente, tanto la competencia *cognitiva* como la *lingüística* se encontraban en un buen nivel desde el principio gracias a los estudios especializados de la licenciada, mientras que la competencia *socio-funcional* se fue adquiriendo a medida que se aclaraba la naturaleza del trabajo terminográfico. Esto permitió finalmente alcanzar el tercer y cuarto nivel de implicación, puesto que se llevó a cabo una recopilación de términos siguiendo los esquemas oficiales ya establecidos por terminólogos que aportaron a la finalización del glosario terminológico.

A partir de su resultado, se puede decir que el trabajo se caracterizó por ser un trabajo terminográfico *sistemático*, dado que el fin principal era recopilar todos los términos especializados en el área de salud y ciencias sociales que tuvieran que ver con la atención sanitaria pública a la mujer siguiendo una estructuración conceptual rigurosa, es decir, un *árbol de campo* donde se englobaran las áreas de salud y ciencias sociales pertinentes para este trabajo de investigación. Cabe destacar que también se llevó a cabo un método tanto *onomasiológico* como *semasiológico*, ya que en muchas ocasiones los términos seleccionados tenían un significado ya acuñado, mientras que en otras los conceptos se definían desde el mismo contexto.

Dada la gran cantidad de documentación analizada y los términos recogidos, se decidió que el trabajo terminográfico final fuera un glosario *monolingüe con equivalencias*, es decir, realizado primordialmente en español con sus equivalencias en el idioma francés, ya que de haber sido de modo *plurilingüe* su extensión habría sido excesiva y no se hubiese podido dar la atención necesaria para su buena realización. En cambio, de esta manera se pudo llevar a cabo un trabajo con un enfoque mucho más meticuloso en todos los detalles pertinentes para ser continuados eventualmente. Se puede decir también que el trabajo se determina por ser de tipo *descriptivo*, ya que no pretende prescribir un nuevo campo de

estudio o investigación ni plantear reglas para regir el procedimiento de investigación de los especialistas de las áreas de salud, ciencias sociales o traducción especializada, sino que más bien desea exhibir la naturaleza de la terminología especializada en las áreas de atención sanitaria a la mujer y su relación con las ciencias sociales.

Un aspecto que representó un problema al principio fue la disposición del glosario en celdas de Microsoft Excel. Dado que las categorías de datos eran muy extensas, se decidió realizarlo en este programa para que pudiera abarcar más claramente las características de cada categoría. Siendo en total una cantidad de 115 términos, se decidió dividir los términos en tres grandes ámbitos (atención sanitaria a la mujer, violencia de género y ciencias sociales) y disponerlos en tres hojas distintas de Excel con sus respectivas áreas y sub-áreas específicas. A cada celda con la entrada que formara parte de un área específica se le asignó un color determinado y se dividió primordialmente por áreas y después por orden alfabético con una celda en color gris que las separara, para que después, al juntar todas las fichas por orden alfabético en lo que sería el glosario terminológico final en una hoja de Excel aparte, se pudiera distinguir a qué sub-área pertenecía.

De esta manera se pueden identificar las áreas de cada término que se presentarán a continuación junto a la naturaleza del árbol de campo recabado para la elaboración del glosario.

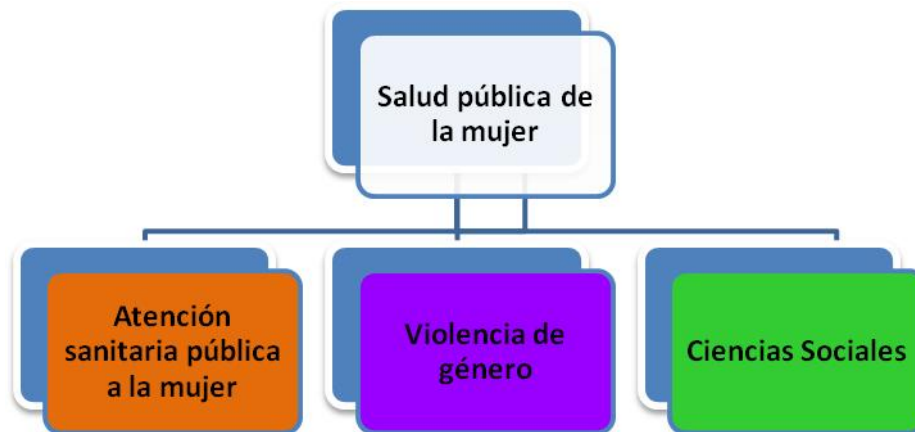
### **3.3.1 El sistema de conceptos o árbol de campo**

Antes de ahondar en el análisis del glosario de este trabajo, se debe principalmente establecer el sistema de conceptos basado en las áreas investigadas para la elaboración del mismo. Para recordar el fin de un árbol terminológico o árbol conceptual –como también se le conoce– es preciso retomar su significado:

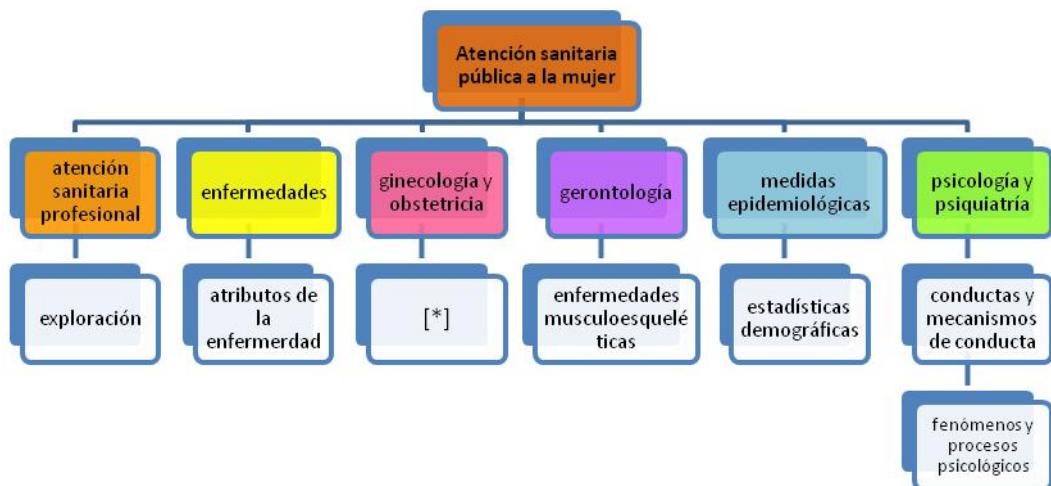
El árbol terminológico reproduce la jerarquía, es decir, las relaciones lógicas, ontológicas y de efecto, uniendo términos y subtérminos entre ellos en el sistema de conceptos al que pertenecen. Cada concepto es parte integrante de un sistema conceptual que refleja la ordenación y la estructuración del campo o de los campos de aplicación. Para la elaboración del sistema de conceptos se debe optar por criterios de ordenación. Estos criterios vienen dados por los tipos de características por los que se van a jerarquizar los conceptos. (Contreras Blanco, 2004)

De esta forma, de la cita anterior se desprenden las necesidades básicas para poder realizar un sistema de conceptos que satisfaga los fines del trabajo. Esto ha significado un reto, ya que en muchas ocasiones, como se verá más adelante, las unidades terminológicas presentaban cualidades polisémicas, pues podían pertenecer en distintas ocasiones a más de un área o sub-área. Sin embargo, después de un largo tiempo de reflexión y búsqueda, se logró designar un árbol conceptual lo más sistematizado posible para abarcar aquellos campos y ramas que fueran más importantes. En los organigramas recogidos a continuación se pueden apreciar las distintas áreas, sub-áreas y sub-áreas específicas de cada una:

- **Salud pública de la mujer<sup>1</sup>**



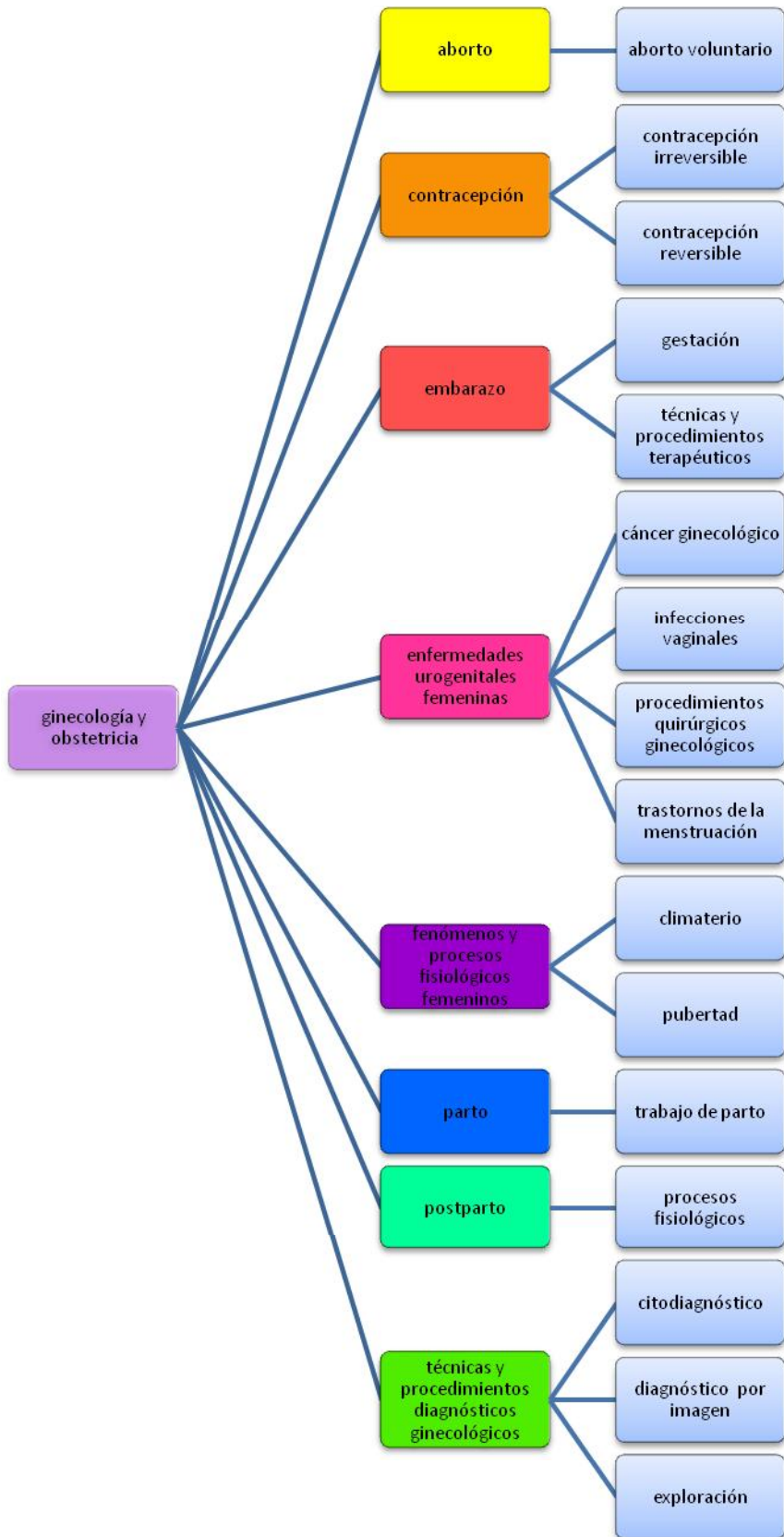
➤ Áreas y sub-áreas del ámbito de atención sanitaria pública a la mujer:



<sup>1</sup> Todos los organigramas son elaboración propia de la autora de este trabajo.



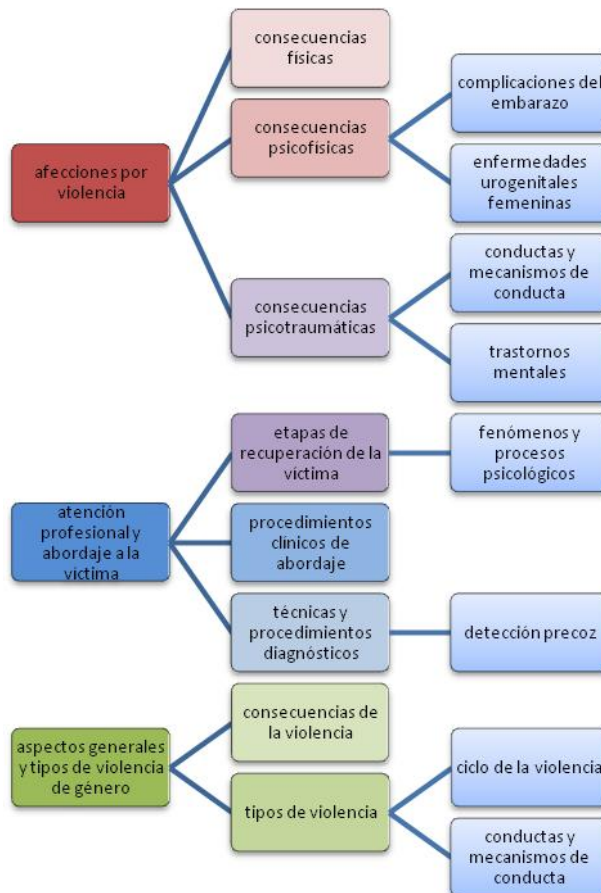
➤ \*Sub-áreas y sub-áreas específicas del área de ginecología y obstetricia:



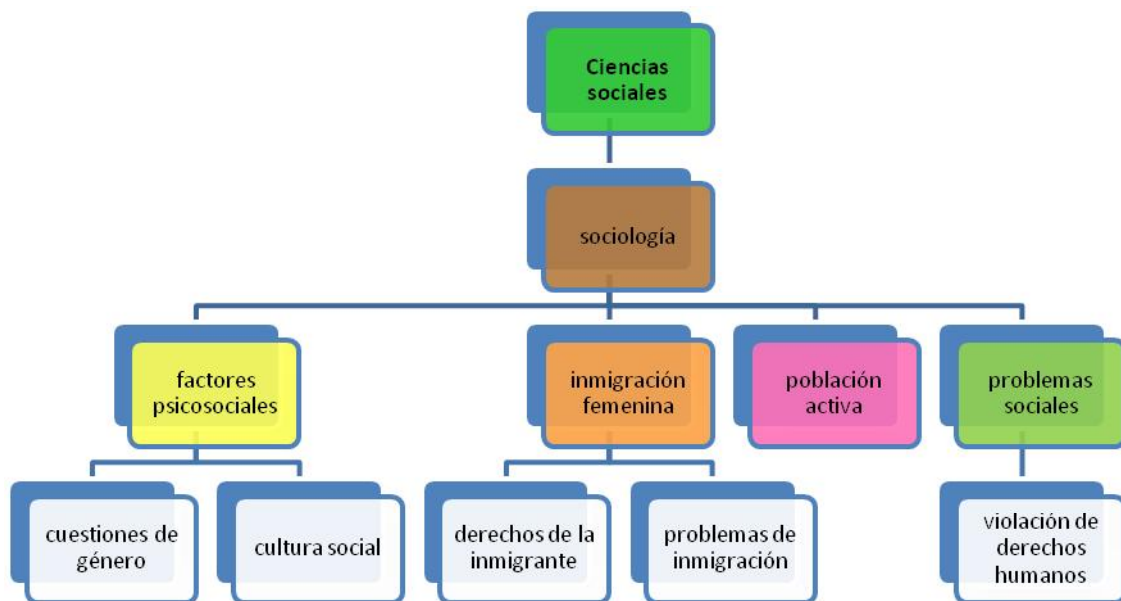
➤ Áreas del ámbito de violencia de género:



➤ Sub-áreas y sub-áreas específicas del ámbito de violencia de género:



➤ Áreas, sub-áreas y sub-áreas específicas del ámbito de ciencias sociales:



A la luz de los esquemas anteriores, se puede constatar entonces la gran variedad de ramas dentro del árbol de campo.

Determinarlo, en efecto, resultó toda una hazaña. Si bien el método preestablecido para la elaboración de un trabajo terminográfico consistía en delimitar el árbol conceptual entero desde un principio, lo que ocurrió al final algo muy distinto. En el caso de este trabajo final, se partió solamente de la base de las tres grandes áreas de atención sanitaria, violencia de género y ciencias sociales en adición a algunas sub-áreas como la de ginecología y obstetricia y las enfermedades urogenitales femeninas, empero sin haberlas identificado desde el principio. Afortunadamente, durante la elaboración del glosario se dio con una biblioteca virtual de salud formulada por expertos en el tema, titulada Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS que contiene una sección de *descriptores* en español, inglés y portugués, es decir, una versión en línea con unidades terminológicas pertenecientes al área de salud pública y todas las categorías de datos para poder considerarlas como fichas terminológicas. Esto significó un gran avance, ya que ayudó a determinar los campos específicos de cada unidad para poder introducirlos finalmente al sistema de conceptos faltante, como lo eran las sub-áreas de psiquiatría y psicología, aspectos generales de la violencia de género, sociología, factores psicosociales y cuestiones de género, entre otros.

Esta biblioteca demostró así que cada unidad terminológica puede pertenecer a más de una categoría o sub-área gracias a la polisemia que existe entre muchas de ellas. Por ejemplo, en más de una ocasión, distintos términos sobre violencia de género podían ser encontrados tanto en áreas de salud, como psicología y psiquiatría y en áreas de ciencias sociales. En un principio representó una difícil decisión para elegir una categoría u otra para cada unidad, pero el poder basarse en el contexto en el cual había sido conseguido el término facilitó la determinación de la misma. Adicionalmente, se recurrió a un portal terminológico multidisciplinario de dominio francés sobre términos científicos con acceso a los idiomas español, francés, inglés y alemán denominado TermSciences y patrocinado por distintas entidades oficiales relacionadas con servicios de salud y medicina. Con ello, se pretendía no sólo buscar los equivalentes de los términos en francés, sino corroborar y al mismo tiempo comparar las categorías y áreas de cada uno.

Llegados a este punto del trabajo, se hace necesario destacar la naturaleza de los términos que finalmente fueron recabados. En total se analizaron y aportaron 115 términos del área de la salud pública de la mujer que se dividieron en tres grandes ámbitos: atención sanitaria a la mujer, violencia de género y ciencias sociales. Como se ha visto anteriormente, cada ámbito posee una distinta sub-área y sub-área específica que corresponde a cada término, como lo son la atención profesional sanitaria, ginecología y obstetricia, medidas epidemiológicas, psiquiatría y psicología, afecciones por violencia, atención profesional y abordaje a la víctima, aspectos generales y tipos de violencia de género, factores psicosociales, cuestiones de género, inmigración femenina, entre otros. El ámbito con mayor cantidad es el del área de atención sanitaria a la mujer con un total de 20 sub-áreas correspondientes a 42 entradas. Sin embargo, el ámbito que mayor cantidad de términos tuvo en relación a sus doce sub-áreas específicas resultó ser el área de violencia de género, con un total de 51 términos. Las ciencias sociales fueron las que menos términos arrojaron, con un total de 22 entradas divididas en solamente seis sub-áreas debido al enfoque específico de este estudio.

Dentro del ámbito de la atención sanitaria a la mujer, el área que más destacó fue la de ginecología y obstetricia con sus distintas ramas y sub-campos, como las enfermedades urogenitales femeninas y los fenómenos y procesos fisiológicos femeninos. Esto demuestra que la ginecología es, lógicamente, una de las áreas de especialidad más importante en la atención pública a la mujer pues se relaciona con la mayoría de las afecciones y procesos en los que se puede involucrar. En cuanto al campo de la violencia de género, la sub-área que más se destacó fue la de los tipos de violencia, ya que ocupaba la mayor parte de la información sobre este ámbito y era imprescindible incluir la mayor cantidad posible de tipos de violencias puesto que se trata de dar visibilidad a este fenómeno en todas sus vertientes. Seguidamente, debido al enfoque específico de la investigación, el área que más tuvo relevancia dentro del ámbito de ciencias sociales fue el de las cuestiones de género ya que era el campo que mayormente tenía relación con el estudio principal.

A continuación se describirá en detalle el proceso de estudio de los términos que fueron recopilados bajo las distintas áreas ya mencionadas.

### **3.3.2 La recopilación de términos**

Partiendo de los documentos de interés analizados para recabar las unidades terminológicas necesarias, las tres grandes áreas determinadas para la búsqueda de información (atención sanitaria pública a la mujer, violencia de género y ciencias sociales) sirvieron como base para indagar lo suficiente en su vasto campo. Se procedió a seguir un método de selección de términos específico, que consistió, según el modelo de otras investigaciones terminográficas, en recabar los términos según su frecuencia de aparición en los textos analizados, su especialización y su relevancia para la comprensión de la naturaleza y los contextos del corpus. Cabe destacar, que el mayor reto representado por esta investigación fue el hecho de no poder contar con una herramienta de asistencia ofimática para la recopilación de términos, ya que todo el proceso debió realizarse manualmente y bajo el criterio de la autora de este trabajo.

Tal acción no sólo ralentizó todo el proceso de investigación, sino que significó en un principio recabar cualquier término y/o concepto que pudiese representar una unidad terminológica dentro de las tres grandes áreas comentadas en lo que ya se conoce como fichero de vaciado. Partiendo del pequeño árbol de campo que se había recabado al inicio, poco a poco la colección fue tomando su curso y apoyándose, en muchas ocasiones, en las

definiciones presentes en los mismos documentos, tanto dentro del contexto como en fuentes externas. Por ejemplo, cuando se trataba de términos de afecciones y enfermedades específicas de la mujer presentes dentro del contexto de los informes y planes de atención integral, se decidió recolectarlos, mientras que si el documento venía con un glosario propio incluido, se analizó la importancia de cada una de las unidades tanto dentro de los corpóra como dentro de lo que sería el glosario final y se decidió cuáles incluir y cuáles no. Esto representó una ayuda ya que en su mayoría eran definiciones oficiales y aceleró el proceso de búsqueda. Progresivamente, después de haber recopilado más de doscientos términos, gracias a métodos de búsqueda simple del ordenador, la autora se dispuso a revisar la frecuencia de comparecencia de cada término que considerase oportuno para el glosario y así descartar aquellos que no representarían una frecuencia válida para formar parte de las fichas terminográficas.

El criterio de selección se basó en distintos factores: la presencia del término en más de un documento y más de una vez dentro del corpus; la relación con las áreas de especialidad a tratar en la ficha de vaciado preliminarmente; la relevancia dentro del contexto y la presencia de equivalentes en textos paralelos de la segunda lengua. En determinadas ocasiones, algunos términos se mostraron ser importantes para la comprensión del texto y el corpus, de modo que aun no estando presente en más de un documento o más de una vez, se decidió mantenerlos. Juntos, todos estos criterios hicieron que el fichaje terminológico pudiera ser más complementario y del mismo modo más congruente, para que al final los destinatarios pudiesen tener una mejor comprensión del glosario final.

Es entonces cuando se presenta la necesidad de analizar los casos más complicados de cada unidad terminológica para adentrarse en una mejor comprensión de la naturaleza de las mismas.

### **3.3.3 Las fichas terminológicas**

La gran diferencia entre el fichaje de vaciado y el fichaje terminológico se basa en el propósito y fin de cada uno. Mientras que el vaciado son las entradas preliminares recabadas de la detección de los términos dentro de los contextos, las fichas terminológicas son el trabajo final obtenido de éstos. En este trabajo ambos fichajes contribuyeron, como dentro de toda metodología terminográfica, a constituir lo que sería el producto final de un glosario *monolingüe con equivalencias*. Por supuesto, en el camino se encontraron distintos obstáculos que aportaron al análisis de no sólo las fichas terminológicas y su creación, sino también de las características de cada unidad terminológica en sí.

Como se comentaba anteriormente al citar a Santamaría Pérez (2009), cada unidad terminológica puede ser de tipo *representativo* y *comunicativo*. En el caso de los términos recabados durante este trabajo, todos cuentan con estas características dado que expresan una fracción de conocimiento de medicina especializada, violencia de género y de ciencias sociales y de igual modo transmiten este conocimiento dado que son planteados en textos dirigidos tanto a especialistas como a cualquier profesional o lector interesado en el área.

Más allá de esto, es pertinente analizar específicamente los tipos de fuentes que mayormente fueron consultadas. Según los métodos de Cabré y Tebé (2005), se comprueba la fiabilidad de las fuentes según ciertas características que se han mencionado anteriormente. Estos corpus de referencia, también llamados *subcorpus*, determinan la fiabilidad desde normalizada a no normalizada, es decir, de alta a menos alta. En este trabajo, los tipos de fuentes fueron mixtos:

- Subcorpus normativos –tales como el Diccionario de la Real Academia Española y en francés Le Petit Robert–: fueron a los que menos se recurrió dado el grado de especialidad de todos los términos recabados. De haber utilizado esta referencia como la principal, no se habría podido garantizar que la acepción correspondiera a la especialidad del término debido a una gran posibilidad de polisemia.
- Subcorpus normalizados: por subcorpus normalizado se entiende aquellas fuentes proporcionadas por organismos de normalización oficiales. En este caso, los organismos e instituciones a los que más se recurrió fueron artículos escritos por la OMS y glosarios normalizados de parte de la Comisión de la Unión Europea y la Red Europea de Emigración EMN. Asimismo, existen otras fuentes normalizadas y representadas por distintos organismos internacionales de tipo terminológico, como el IATE.
- Subcorpus lexicográficos y terminológicos: estos fueron los protagonistas de las fuentes, tanto de las definiciones como de los sinónimos y equivalentes debido a que propiciaban las definiciones exactas dentro de bancos de datos, glosarios, vocabularios especializados y diccionarios contextuales sobre salud pública, violencia de género y términos de sociología y género. Estos podían encontrarse en distintos portales de terminología como TermSciences y DecS y de diccionarios de salud y medicina como Doctissimo y Onsalus, así como enciclopedias de salud, pues poseían un trasfondo de fiabilidad suficientemente alto para considerarlas pertinentes como base para esta investigación, ya que son reconocidas dentro del ámbito de salud pública por especialistas, entidades y editoriales aunque no normalizadas.
- Subcorpus textual: las fuentes de tipo textual ocuparon el segundo lugar dentro de la investigación. Por textual se entienden aquellas fuentes basadas en artículos de especialidad escritos por médicos y especialistas de las áreas de salud pública y ciencias sociales, así como las enciclopedias y bibliotecas virtuales especializadas en lo mismo. Igualmente, incluyen programas de salud, planes de atención integral, guías de apoyo, protocolos de actuación y todo texto y corpus que hasta ahora ha servido de base para la formulación de este trabajo. Por lo general, tales fuentes son suficientemente confiables, pues en su mayoría han sido publicadas tanto por entidades públicas como universidades, organismos e instituciones como editoriales privadas cuyo fin es divulgar la información sobre esta determinada especialidad. Ninguno de los textos citados para las fuentes o la propuesta de marco de teórico, análisis y la realización de las fichas de vaciado provienen de fuentes desconocidas o poco fiables puesto que tal acto le restaría validez a todo el trabajo. Es por esta razón que en el caso de los diccionarios contextuales que se utilizaron para encontrar las equivalencias correspondientes se decidió añadir el contexto del equivalente para asegurar la fiabilidad de la correspondencia entre un idioma y otro.

A continuación se verán ejemplos de este tipo de fuentes y de unidades terminológicas dentro de las fichas terminológicas realizadas durante el fichaje terminográfico. Se debe señalar que debido a que en la ficha terminológica presentada para Microsoft Word originalmente realizada por Valentina Cruz (2011) no se incluye la categoría del contexto, en este caso tampoco se incluirá, sino que permanecerá en la versión completa de Microsoft Excel.

### Ejemplo 1:

Nº de ficha: 9	Notación numérica: 1.3.6.1.1	
ÁREA: Ginecología y obstetricia	SUB – ÁREA: parto	SUB-ÁREA ESPECÍFICA: Técnicas y procedimientos obstétricos
ENTRADA: <b>Analgésia epidural</b>	FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Servicio Murciano de Salud (2012). <i>Programa Integral de Atención a la Mujer</i> . Murcia: Primera edición PIAM. Página 143.	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo femenino
DEFINICIÓN: Abolición de la sensibilidad al dolor inducida farmacológicamente mediante la inyección de una solución en el espacio extradural.	FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Llanes Domingo, J.V. Et al (2000). "Atención de enfermería al paciente con analgesia epidural" en Artículos científicos de Enfermería Integral, número 55. Valencia: Colegio de Enfermería de Valencia. Disponible en 17 de marzo de 2015 <a href="http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/master02.htm">http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/master02.htm</a>	
SINÓNIMO (S): Anestesia epidural	FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S): Asociación Española de Ginecología y Obstetricia (2015). "Cáncer de Cervix". Disponible en 18 de marzo de 2015 <a href="http://www.aego.es/cancer_cervix.asp">http://www.aego.es/cancer_cervix.asp</a>	
EQUIVALENTE (S): <b>Analgésie péridurale</b>	FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): Polyclinique du Parc Cholet: Anesthésie et Réanimation Chirurgicale. "L'anesthésie péridurale et l'accouchement". Disponible en 23 de marzo de 2015 de <a href="http://www.anesthesistes-polyclinique-cholet.com/02-Infomed-l-anesthesie-peridurale.php#Q1">http://www.anesthesistes-polyclinique-cholet.com/02-Infomed-l-anesthesie-peridurale.php#Q1</a>	
OBSERVACIONES: Regularmente aplicado en el trabajo de parto.	FECHA: 23 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli

La entrada de *analgesia epidural* consiste en un sintagma terminológico combinado por un sustantivo y un sintagma nominal. El tipo de subcorpus de las fuentes de la definición consiste en un subcorpus textual recabado de una revista de enfermería integral cuyo artículo trata de la atención que los enfermeros deben llevar a cabo durante la aplicación de la anestesia. Lo que planteó problemas en un principio al crear la ficha terminológica fue el equivalente, ya que al principio se había encontrado que era tanto *analgésie épiderale* como *analgésie péridurale*. Después de una larga búsqueda, se constató que el primer término se usa más que todo en países francófonos como Bélgica y Canadá, mientras que el segundo es el más común en Francia, pues los resultados de ambos remitían cada uno a estos países respectivamente. Dado que este trabajo se enfoca en los documentos previstos en el territorio francés, se optó por elegir la expresión de *analgésie péridurale*.

## Ejemplo 2:

Nº de ficha: 20	Notación numérica: 1.3.4.1.4	
ÁREA: Ginecología y obstetricia	SUB – ÁREA: Enfermedades urogenitales femeninas	SUB-ÁREA ESPECÍFICA: Cáncer ginecológico
ENTRADA: <b>Cáncer de mama</b>	FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Gobierno de la Rioja (2011). <i>IV Plan integral de la mujer (2011-2014)</i> . Logroño: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Página 55.	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo masculino
DEFINICIÓN: Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva.	FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Sociedad Española de Oncología Médica (2013). "Cáncer de mama" en Info Cáncer. Disponible en 17 de marzo de 2015 de <a href="http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=1#sthash.Bqr6Uirn.dpuf">http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=1#sthash.Bqr6Uirn.dpuf</a>	
SINÓNIMO (S): cáncer de seno, cáncer de pecho	FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S): Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU MedlinePlus. "Cáncer de seno". Disponible en 17 de marzo de 2015 de <a href="http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/breastcancer.html">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/breastcancer.html</a>	
EQUIVALENTE (S): <b>Cancer du sein</b>	FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): Organisation Mondiale de la Santé OMS (2015). "Cancer du sein: prévention et lutte contre la maladie". Disponible en 22 de marzo de 2015 de <a href="http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/fr/">http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/fr/</a>	
OBSERVACIONES:	FECHA: 18 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli

El término de *cáncer de mama* posee un número de morfemas de tipo simple pero a la vez representa un sintagma terminológico porque se combina de dos palabras independientes. Asimismo, se puede observar que el subcorpus es textual, ya que se trata de un artículo escrito por especialistas de la entidad científica Sociedad Española de Oncología Médica. Sin embargo, la fuente del equivalente de *cancer du sein* representa un subcorpus normalizado dado que se trata de una definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud. El principal problema que representó esta unidad terminológica fue el de definir la sub-área específica en la cual entra: si bien el cáncer de mama no se relaciona directamente con los cánceres del aparato reproductor femenino, en los textos analizados como los planes de atención integral incluyen todos el *cáncer de mama* dentro de los cánceres ginecológicos, pues es esta el área que se encarga de detectar y derivar tal afección. De este modo, se decidió mantener este término dentro de la sub-área específica de cáncer ginecológico.



### Ejemplo 3:

Nº de ficha: 23		Notación numérica: 1.3.8.1.2	
ÁREA: Ginecología y obstetricia		SUB – ÁREA: Técnicas y procedimientos diagnósticos ginecológicos	SUB-ÁREA ESPECÍFICA: citodiagnóstico
ENTRADA: <b>citología</b>		FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Diccionario ginecológico en línea. Disponible en 18 de marzo de 2015 de <a href="http://www.ginecologomx.com/diccio.html">http://www.ginecologomx.com/diccio.html</a>	CATEGORÍA GRAMÁTICAL: Sustantivo femenino
DEFINICIÓN: Papanicolau. Preparación de un frotis celular para su estudio al microscopio.		FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Diccionario ginecológico en línea. Disponible en 18 de marzo de 2015 de <a href="http://www.ginecologomx.com/diccio.html">http://www.ginecologomx.com/diccio.html</a>	
SINÓNIMO (S): Test de Papanicolau, frotis citológico		FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S): Servicio Murciano de Salud (2012). <i>Programa Integral de Atención a la Mujer</i> . Murcia: Primera edición PIAM. Página 78.	
EQUIVALENTE (S): <b>Frottis cervico-utérin</b>		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): DREES (2009). <i>La santé des femmes en France. Paris: La Documentation française</i> . Página 200. Disponible en 18 de marzo de 2015 de <a href="http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-femmes-en-france,5731.html">http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-femmes-en-france,5731.html</a>	
OBSERVACIONES:	FECHA: 18 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli	

Este ejemplo muestra claramente una unidad terminológica con un morfema de tipo *compuesto*, ya que tiene en adición dos o más bases léxicas, en este caso las bases griegas de *kytos* (célula) y *logía* (estudio, tratado) (Diccionario Etimológico, 2015). A pesar de que se trata de un término especializado y compuesto, su primera acepción puede resultar general, ya que en principio el diccionario médico en línea OnSalus lo delimita como el “estudio de las células, incluidas la formación, origen, estructura, función, actividad bioquímica y alteraciones” (OnSalus, 2015), lo que no especifica su aplicación en el área de la ginecología. Por esta razón, se optó por buscar en un diccionario especializado en ginecología para dar con la acepción indicada dentro del contexto estudiado, es decir, el de la citología como examen de exploración ginecológica. Cabe señalar que su sinónimo, *test de Papanicolau*, de carácter de sintagma terminológico, se refiere específicamente al análisis de células de la vagina y no de cualquier otra área. Con respecto a la fuente de la definición, se trata claramente de un subcorpus lexicográfico especializado en el área de ginecología.

#### Ejemplo 4:

Nº de ficha: 24		Notación numérica: 3.1.1.1.1	
ÁREA: Sociología		SUB – ÁREA: Factores psicosociales	SUB-ÁREA ESPECÍFICA: Cuestiones de género
ENTRADA: <b>Condicionantes de género</b>		FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Gobierno de la Rioja (2011). <i>IV Plan integral de la mujer (2011-2014)</i> . Logroño: Consejería de Salud y Servicios Sociales.	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo masculino plural
DEFINICIÓN: Factores psicosociales que determinan o condicionan las formas de vida de cada sexo. Puede tratarse de hábitos, modelos de conductas, roles, ideales, identidades sexuales, actitudes, implicaciones en la salud sexual y reproductiva y formas de relación entre los sexos.		FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Formulado a partir del contexto de: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). <i>Protocolo común para la atención sanitaria ante la Violencia de Género</i> . Madrid: Informes, estudios e investigación 2012. Página 27 y UNICEF, “Cuestiones de género” Disponible en 24 de marzo de 2015 de <a href="http://www.herramientasparticipacion.edu.uy/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=395&amp;catid=104&amp;Itemid=345">http://www.herramientasparticipacion.edu.uy/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=395&amp;catid=104&amp;Itemid=345</a>	
SINÓNIMO (S): Determinantes de género		FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S): Velasco Arias, Sara (2008). <i>Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud</i> . Madrid: Observatorio de la Salud de la Mujer.	
EQUIVALENTE (S): <b>Contionnement de genre</b>		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): Coalition interagence sida et développement (2006). <i>VIH/SIDA et genre sexuel</i> . Disponible en 24 de marzo de 2015 de <a href="http://icad-cisd.com/pdf/Gender_Issues_FR_FINAL.pdf">http://icad-cisd.com/pdf/Gender_Issues_FR_FINAL.pdf</a>	
OBSERVACIONES: Igualmente relacionada con el área de: Psiquiatría y psicología > conducta y mecanismos de conducta > conducta social > discriminación social	FECHA: 24 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli	

Esta ficha terminológica presentó varios retos debido a una serie de factores. En principio, se trata de un sustantivo masculino plural cuya característica es de término complejo dado que representa un sintagma terminológico compuesto por dos palabras. Asimismo, el subcorpus de la definición resulta como propuesta del terminólogo ya que para poder obtenerlo se tuvo que formular a partir de dos contextos distintos: en este caso, se analizó el contenido relativo en el subcorpus textual del *Protocolo común para la atención sanitaria ante la Violencia de Género* propuesto por el MSSSI (2012) y la información recabada de un subcorpus normalizado de un artículo de la UNICEF titulado *Cuestiones de género*. Viendo la función del término en contexto y su relación con lo descrito en ambas fuentes, se procuró a redactar una definición que satisficiera el concepto de *condicionantes de género*. Partiendo onomasiológicamente de este concepto, se pudo encontrar un sinónimo en otro de los subcorpus textuales titulado *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud* de Velasco Arias (2008) a partir del contexto, el cual sería *determinantes de género*.

Sin embargo, los obstáculos no culminaron aquí, pues establecer un equivalente adecuado resultó una hazaña: por más que se buscara la correspondencia exacta en francés y español, se debió recurrir a una técnica de sobretraducción, es decir, se buscó el equivalente

de *condicionantes de género* del español al inglés y a partir del inglés se detectó el equivalente en francés. Así, se procedió a corroborar que el equivalente de éste en francés fuese correcto, de modo que se buscó todo texto y contexto que pudiera identificar la misma definición. Finalmente, se consiguió un artículo sobre la visión de género de pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana en el cual se utilizaba el término de la misma manera que en español, es decir, *conditionnement de genre*.

Asimismo, las categorías en las que se encuentra este término son más de una: así como pertenece al área de sociología, factores psicosociales y cuestiones de género, también forma parte de la psiquiatría y psicología, conducta y mecanismos de conducta de la conducta social y por ende parte de la sub-área específica de la discriminación social. Sin embargo, como en este caso funge en los corpórea como factor psicosocial, se decidió mantenerlo dentro de las categorías de éstas últimas.

### Ejemplo 5:

Nº de ficha: 28		Notación numérica: 3.1.1.1.2	
ÁREA: Sociología		SUB – ÁREA: Factores psicosociales	SUB-ÁREA ESPECÍFICA: Cuestiones de género
ENTRADA: <b>Deconstrucción</b>		FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Gobierno de la Rioja (2011). <i>IV Plan integral de la mujer (2011-2014)</i> . Logroño: Consejería de Salud y Servicios Sociales.	CATEGORÍA GRAMÁTICAL: Sustantivo femenino
DEFINICIÓN: Desarrollo de una visión crítica para “desaprender” la propia cultura, la propia subjetividad y para organizar una nueva visión que permita transformar la realidad.		FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Consejería de Sanidad (2008). <i>Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres</i> . Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación.	
SINÓNIMO (S):		FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S):	
EQUIVALENTE (S): <b>Déconstruction</b>		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): Kirby Dick, Amy Ziering: "Derrida" (2002). Documental. Definición recuperada del fragmento en YouTube el 21 de marzo de 2015 de <a href="https://www.youtube.com/watch?v=vgwOjjoYtco">https://www.youtube.com/watch?v=vgwOjjoYtco</a>	
OBSERVACIONES:	FECHA: 21 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli	

El término de *deconstrucción* es un término relativamente nuevo, dado que forma parte de una teoría filosófica relativamente reciente que hasta las últimas décadas no había tenido gran auge. Lo que llama la atención de este término no sólo es su naturaleza –con un término de tipo compuesto por el prefijo *de-*– sino también el método que se utilizó para poder definir su equivalente. Hasta el momento, los contextos en los que se había encontrado la *déconstruction* no satisfacían las necesidades para considerarlos como fuentes fiables, por lo que se remitió al autor originario de este término y se encontró que era el filósofo Jacques Derrida. Sobre el mismo, existe un documental titulado *Derrida* donde se explica el concepto de deconstrucción en la lengua original francés. Dado que el material era de tipo audiovisual, se tuvo que transcribir el fragmento en el cual define la deconstrucción para poder introducirlo en el contexto del equivalente dentro de las fichas terminográficas. Esto hace que el subcorpus del equivalente no entre dentro de las características mencionadas por Cabré y Tebé (2005) anteriormente, sino más bien dentro de una subcategoría de la misma, como lo podría ser un subcorpus audiovisual.

### Ejemplo 6:

Nº de ficha: 29		Notación numérica: 3.1.2.2.2	
ÁREA: Sociología		SUB – ÁREA: Inmigración femenina	SUB-ÁREA ESPECÍFICA: Problemas de inmigración
ENTRADA: <b>Dependencia económica</b>		FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Rohlf, Isabella, et al. (2000) <i>Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos</i> . Barcelona: CAPS.	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo femenino
DEFINICIÓN: Situación en la que una mujer depende de los ingresos y medios económicos de otra persona, por lo general pareja, concubino o esposo y en la cual no pueden autoabastecerse a sí mismas.		FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Formulado a partir del artículo de Santoro, Silvana del Centro de Psicología Clínica, Laboral y Forense: “La pareja: dependencia económica / proveedor responsable”. Disponible en 21 de marzo de 2015 de <a href="http://www.cpcb.com.ar/dependencia_economica.html">http://www.cpcb.com.ar/dependencia_economica.html</a>	
SINÓNIMO (S):		FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S):	
EQUIVALENTE (S): <b>Dépendance économique</b>		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): Noblecourt, Olivier (2014). <i>L'égalité pour les femmes migrantes</i> . France: Ministère des Affaires sociales, Santé et des Droits des femmes. Página 19. Disponible en 24 de marzo de 2015 de <a href="http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000126/">http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000126/</a>	
OBSERVACIONES: Igualmente relacionado con: Aspectos generales y tipos de violencia de género ➤ tipos de violencia	FECHA: 21 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli	

La unidad terminológica de *dependencia económica* resulta de la combinación de dos palabras al igual que su equivalente *dépendance économique*. Si bien se encuentra dentro del área y sub-área de sociología e inmigración femenina, también puede relacionarse con los tipos de violencia de género mencionados anteriormente, dado que cuando la mujer depende de la pareja económicamente y ésta no le permite tener un trabajo o una cuenta propia donde maneje su dinero ella sola, puede considerarse como un tipo de violencia económica. Sin embargo, en el caso de este término se tomó en cuenta los contextos en los cuales la mujer, por lo general, debe depender de la pareja por situaciones precarias de inmigración o desigualdad de género y no por violencia contra la mujer.

El reto surgió en el momento de encontrar una definición específica de esta situación, pues no se pudo dar con ella. Por ello, se decidió formular una nueva definición a partir de un artículo sobre dependencia económica en la pareja y también a través de la consulta de expertas, por lo que el subcorpus consistió en una propuesta directa del terminólogo, mientras que la fuente del equivalente se caracterizó por ser un subcorpus textual recabado de un artículo titulado *L'égalité pour les femmes migrantes* publicado por el Ministère des Affaires sociales, Santé et des Droits des femmes.

### Ejemplo 7:

Nº de ficha: 31		Notación numérica: 2.2.2.1.3	
ÁREA: atención profesional y abordaje a la víctima		SUB – ÁREA: procedimientos clínicos de abordaje	SUB-ÁREA ESPECÍFICA:
ENTRADA: <b>derivación</b>		FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (Sin fecha). <i>Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos</i> . Disponible en 19 de marzo de 2015 de <a href="http://www.alansaludmental.com/retos-en-sm/salud-mental-y-violencia-de-g%C3%A9nero/protocolos-de-actuaci%C3%B3n-sanitaria/">http://www.alansaludmental.com/retos-en-sm/salud-mental-y-violencia-de-g%C3%A9nero/protocolos-de-actuaci%C3%B3n-sanitaria/</a>	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo femenino
DEFINICIÓN: Término utilizado por algunos hospitales para indicar que su departamento de urgencias carece del personal y equipo necesarios para ocuparse de nuevos casos, avisando de ese modo a las ambulancias que transportan nuevos casos para que se desvíen hacia otros hospitales.		FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Diccionario médico en línea de OnSalus. Disponible en 19 de marzo de 2015 de <a href="http://www.onsalus.com/index.php/diccionario/derivacion/8921#sthash.HvxwYvg1.dpuf">http://www.onsalus.com/index.php/diccionario/derivacion/8921#sthash.HvxwYvg1.dpuf</a>	
SINÓNIMO (S):		FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S):	
EQUIVALENTE (S): <b>orientation</b>		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): MIPROF (2014). <i>La formation des professionnel-le-s: les violences au sein du couple. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « ELISA »</i> . France : Ministère des Droits des femmes. Página 17. Disponible en 18 de marzo de 2015 del sitio web del Conseil Général Pyrénées-Orientales <a href="http://www.cg66.fr/1379-violences-faites-aux-femmes.htm">http://www.cg66.fr/1379-violences-faites-aux-femmes.htm</a>	
OBSERVACIONES:	FECHA: 24 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli	

El término de *derivación* consiste en un número de morfemas simple cuyo subcorpus de la definición es de tipo lexicográfico. En el momento de buscar su definición se encontraron varias acepciones, lo cual lo caracterizó como polisémico. Por lo general, la acepción que generalmente se encuentra en los diccionarios médicos se refiere a “acto de desviar un fluido orgánico, especialmente la sangre, de su curso normal [...]” (Diccionario Doctissimo, 2015) lo cual no se adaptaba al concepto que éste manejaba en los textos. Después de una larga búsqueda, se dio con la definición más adecuada para este ámbito, la cual se refiere a la reorientación del paciente hacia otro especialista o en otra instalación. Otro problema significó la fuente de la entrada, pues si bien el documento proviene de un protocolo sanitario del Gobierno Vasco no presenta fecha de publicación, lo cual en un principio podría restarle cierta validez y que también ocurrió en otros casos. Sin embargo, se consultó con una experta en el área que afirmó la validez de la fuente ya que correspondía con el significado dentro del contexto.

En cuanto al equivalente, no fue posible encontrar un subcorpus lexicográfico o terminológico que dirigiera a la correspondencia adecuada con base en su definición. Por lo general, el término que se hallaba era el equivalente al de la acepción anteriormente expuesta

(acto de desviar un fluido), por lo tanto no era posible aplicarlo. Al final, se optó por utilizar textos paralelos que también fueron parte del corpus de estudio y finalmente se dio con el término de *orientation*, que basado en el contexto era el equivalente a la acepción de *derivación* que se estaba buscando desde un principio.

### Ejemplo 8:

Nº de ficha: 39		Notación numérica: 2.2.1.1.4	
ÁREA: atención profesional y abordaje a la víctima		SUB – ÁREA: Etapas de recuperación de la víctima	SUB-ÁREA ESPECÍFICA: Fenómenos y procesos fisiológicos
ENTRADA: <b>empoderamiento</b>		FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Velasco Arias, Sara (2008). <i>Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud</i> . Madrid: Observatorio de la Salud de la Mujer. Página 11.	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo masculino
DEFINICIÓN: Es el proceso por el cual las personas adquieren capacidades para afrontar las relaciones de poder y cambiarlas. Cuestiona la ideología patriarcal y persigue transformar las relaciones, las estructuras y las instituciones que las reproducen con el objetivo de alcanzar una sociedad democrática y corresponsable en la que hombres y mujeres disfruten de los mismos derechos y oportunidades.		FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Consejería de Sanidad (2008). <i>Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres</i> . Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Página 86.	
SINÓNIMO (S):		FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S):	
EQUIVALENTE (S): <b>empowerment</b>		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): CHARLIER S. (2006). « L'analyse de l'empowerment des femmes qui participent à une organisation de commerce équitable. Une proposition méthodologique », in AUROI C. et YEPEZ I., <i>Economie Solidaire et commerce équitable</i> . Acteur et actrices d'Europe et d'Amérique latine. Presse Universitaires UCL/IUED. y respuesta de expertos en línea en Quora.com, Disponible en 20 de abril de 2015 de <a href="http://www.quora.com/How-do-you-express-the-term-empowerment-in-French">http://www.quora.com/How-do-you-express-the-term-empowerment-in-French</a>	
OBSERVACIONES: No hay una equivalencia específica en francés pues varía entre autonomisation, responsabilisation, renforcement, etc. Y ninguna garantiza el mismo sentido que el calco tomado del inglés.	FECHA: 24 de marzo – 30 de abril de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli	

Este término simple presenta un subcorpus textual para la fuente de su definición, pero encontrar su equivalente fue todo menos simple. En un principio se encontró un equivalente en el glosario plurilingüe *100 palabras para la igualdad: Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres* de la Comisión Europea (1998) que correspondía al término *renforcement*, pero por más que se buscara un contexto donde este término se utilizara del mismo modo que en español, no se lograba dar con el más adecuado. Asimismo, se buscaron otros equivalentes en otras fuentes en la red y se lograba dar con el término de *autonomisation*, pero ningún contexto satisfacía los requerimientos en cuanto a equivalente. De este modo, se procedió a consultar a la tutora Ana Isabel Labra (2015) sobre qué término podría ser el más adecuado y se entendió que para este término no existía un equivalente específico. Para corroborar esta información se continuó la búsqueda en Internet y se procedió a investigar el equivalente a través del mismo término en inglés, *empowerment*, que al final resultó ser el más apto para esta entrada. Esto fue gracias a la consulta de esta misma pregunta



de parte de otros traductores expertos en línea en Quora.com, donde se constató que en francés lo usan como calco del inglés en el mismo contexto. Un ejemplo lo podemos observar en este fragmento donde se explica el concepto que se utiliza en la lengua francesa:

Le concept d'empowerment apparaît alors dans la suite des débats sur l'intégration des femmes, puis du genre dans le développement ; concept polysémique, encore assez flou, et parfois utilisé de manière contradictoire par les mouvements de femmes à la base et les institutions internationales. Dans le Sud, et principalement en Amérique latine, les mouvements féministes revendiquent l'empowerment en mettant l'accent sur le pouvoir que les femmes peuvent acquérir sur elles-mêmes en renforçant l'« estime de soi », et aussi sur le pouvoir collectif à la base des changements sociaux (notamment des changements des rapports hommes/femmes). (Charlier, 2006)

De este modo, la autora de este trabajo decidió integrar esta explicación en las observaciones de la ficha terminológica para que no se prestase a confusión con otros términos encontrados en otros contextos.

### Ejemplo 9:

Nº de ficha: 70		Notación numérica: 1.3.4.1.5	
ÁREA: Ginecología y obstetricia		SUB – ÁREA: enfermedades urogenitales femeninas	SUB-ÁREA ESPECÍFICA: Cáncer ginecológico
ENTRADA: <b>Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)</b>		FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Servicio Murciano de Salud (2012). <i>Programa Integral de Atención a la Mujer</i> . Murcia: Primera edición PIAM. Página 70.	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo femenino
DEFINICIÓN: Cambios anormales en las capas basales de los tejidos epiteliales escamosos del útero. El trastorno se gradúa, según el progreso patológico, desde NIC1 a NIC3 NIC3 indica un carcinoma del cérvix. La enfermedad está asociada con papilomavirus humanos.		FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Diccionario médico en línea de OnSalus. Disponible en 18 de marzo de 2015 <a href="http://www.onsalus.com/index.php/diccionario/neoplasia-intraepitelial-cervical-nic/19887#sthash.OTqL7x6Ldpuf">http://www.onsalus.com/index.php/diccionario/neoplasia-intraepitelial-cervical-nic/19887#sthash.OTqL7x6Ldpuf</a>	
SINÓNIMO (S): lesión intraepitelial escamosa de bajo (LSIL) y alto grado (HSIL)		FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S): Asociación Española de Ginecología y Obstetricia (2015). "Cáncer de Cervix". Disponible en 18 de marzo de 2015 <a href="http://www.aego.es/cancer_cervix.asp">http://www.aego.es/cancer_cervix.asp</a>	
EQUIVALENTE (S): <b>néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN)</b>		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): Centre international de Recherche sur le Cancer de l'Organisation Mondiale de la Santé (2015). "Introduction à la néoplasie Cervicale Intraépithéliale (CIN)". Disponible en 22 de marzo de 2015 de <a href="http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=2&amp;chap=2">http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=2&amp;chap=2</a>	
OBSERVACIONES:	FECHA: 22 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli	

En esta entrada específica se presentan distintos tipos de unidades terminológicas en una: antes que nada, representa morfemas tanto de tipo derivados como compuestos, pues el término principal de *neoplasia* es un término compuesto por *neo* (nuevo) y *plassis* (formación) y además se le agrega un sufijo *-ia* de cualidad, así como *intraepitelial* es de morfemas compuesto con un prefijo. Seguidamente, el número de morfemas es de tipo complejo ya que presenta el término *cervical* que proviene de “cérvix”. Asimismo, tiene la característica de reconocerse también por sus siglas NIC, lo cual también lo hace complejo. El subcorpus es de tipo lexicográfico ya que la fuente de la definición es el diccionario médico en línea de OnSalus.

La curiosidad de esta entrada se basa en que, a pesar de haberse presentado sólo una vez en todos los documentos, su especialidad era tal, que debía formar parte del glosario, pues para comprender de qué trataba el contexto era necesario saber su significado. Encontrar el sinónimo presentó otra curiosidad, dado que hasta los años 1980 el término de “neoplasia intraepitelial cervical” era el que se utilizaba para indicar el tipo de lesión de cáncer, pero a partir de 1990 se empezó a utilizar el término de *lesión intraepitelial escamosa de bajo (LSIL)* y *alto grado (HSIL)* para identificar mejor los grados de complejidad de la infección, dividiéndola en tres tipos. Sin embargo, como el término original era el de “neoplasia intraepitelial cervical” se mantuvo este como el más vigente, adoptando el segundo término como el sinónimo.

### Ejemplo 10:

Nº de ficha:  75		Notación numérica:  1.5.1.1.3	
ÁREA: Medidas epidemiológicas		SUB – ÁREA: Estadísticas demográficas	SUB-ÁREA ESPECÍFICA:
ENTRADA: <b>Percepción del estado de salud</b>		FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Demométrica (2009). <i>Mujer y salud en España</i> . Página 2. Disponible en 16 de marzo de 2015 de <a href="http://www.actasanitaria.com/filaseset/doc_61903_FICHERO_NOTICIA_21105.pdf">http://www.actasanitaria.com/filaseset/doc_61903_FICHERO_NOTICIA_21105.pdf</a>	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo femenino
DEFINICIÓN: Percepción subjetiva que tiene la persona sobre su estado de salud general en los últimos doce meses. Se distinguen 5 niveles: muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.		FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Instituto Nacional de Estadística & Instituto de la Mujer (2014). <i>Mujeres y hombres en España</i> . Madrid: Administración General del Estado. Página 272. Disponible en 16 de marzo de 2015 de <a href="http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&amp;c=INESeccion_C&amp;cid=1259926692949&amp;p=1254735110672&amp;pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout">http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&amp;c=INESeccion_C&amp;cid=1259926692949&amp;p=1254735110672&amp;pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout</a>	
SINÓNIMO (S): Salud percibida		FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S): Rohlfs, Isabella, et al. (2000) <i>Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos</i> . Barcelona: CAPS. Página 65.	
EQUIVALENTE (S): <b>Perception de l'état de santé</b>		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): DREES (2009). <i>La santé des femmes en France</i> . Paris: La Documentation française. Página 15. Disponible en 18 de marzo de 2015 de <a href="http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-femmes-en-france,5731.html">http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-femmes-en-france,5731.html</a>	
OBSERVACIONES:	FECHA: 18 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli	

En este ejemplo se pueden apreciar distintas características de una unidad terminológica. Una de ellas es el tipo de unidad que representa, el cual en este caso es un sintagma terminológico, dado que está formada por la combinación de distintas palabras: *percepción*, sustantivo femenino, *estado* sustantivo masculino y *salud* sustantivo femenino que aquí fungen ambos de sintagma nominal. La complicación de la estructuración de la ficha terminológica consistió que, en su mayoría, el término que más se encontraba en los corpórea estudiados era el de *salud percibida*, y por más que se investigara no se lograba dar con una definición acuñada. Esto llevó a que la autora buscara un sinónimo de igual valor de uso para otorgar una definición oficial. En este caso, se encontró que el sinónimo era *percepción del estado de salud*, por lo tanto se mantuvo este término como la entrada principal. Asimismo, el equivalente posee una sintaxis muy parecida, lo que hace la elección aún más conveniente.

Este término se seleccionó debido a su grado de especialidad para la comprensión del contexto de los documentos, pues hace referencia no sólo al área de salud, sino también a datos estadísticos. En cuanto al tipo de fuente de la definición, se puede observar que se trata de un subcorpus textual ya que se extrajo de un estudio estadístico especializado en las mujeres y hombres de España realizado por el Instituto Nacional de Estadística y el Instituto de la Mujer y dentro del contexto.

### Ejemplo 11:

Nº de ficha: 105	Notación numérica: 2.1.2.2.4	
ÁREA: Afecciones por violencia	SUB – ÁREA: Consecuencias psicofísicas	SUB-ÁREA ESPECÍFICA: Enfermedades urogenitales femeninas
ENTRADA: <b>vaginismo</b>	FUENTE (S) DE LA ENTRADA: INSALUD (2003). <i>La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública</i> . Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Madrid: Industria Grafica Mae. Página 33.	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo masculino
DEFINICIÓN: Espasmo doloroso e involuntario de los músculos que rodean la entrada vaginal. En función de la intensidad de la contracción, las relaciones sexuales se ven dificultadas o totalmente impedidas. Puede ser consecuencia de una lesión orgánica (desfloración, inflamación, infección vulvovaginal) o responder a causas de naturaleza psíquica.	FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Diccionario ginecológico en línea de Doctissimo. Disponible en 19 de marzo de 2015 <a href="http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/vaginismo.html">http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/vaginismo.html</a>	
SINÓNIMO (S): vaginodinia	FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S): Medicopedia. Diccionario médico interactivo de PortalesMedicos.com. Disponible en 21 de marzo de 2015 de <a href="http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Vaginismo">http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Vaginismo</a>	
EQUIVALENTE (S): <b>vaginisme</b>	FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): Portail terminologique multidisciplinaire TermSciences. Disponible en 23 de marzo de 2015 de <a href="http://www.termsciences.fr/-/Index/Rechercher/Rapide/Naviguer/Arbre/?aGrilleRapide=selectionner&amp;lib=Vaginisme&amp;idt=TE.83265&amp;lng=es">http://www.termsciences.fr/-/Index/Rechercher/Rapide/Naviguer/Arbre/?aGrilleRapide=selectionner&amp;lib=Vaginisme&amp;idt=TE.83265&amp;lng=es</a>	
OBSERVACIONES: Igualmente relacionada con el área de: Psiquiatría y psicología > trastornos mentales > disfunciones sexuales psicológicas	FECHA: 24 de marzo de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli

Con este ejemplo se presenta un término con distintas características. Por su número de morfemas y su tipo de morfemas, el término de *vaginismo* es de tipo complejo y al mismo tiempo derivado, ya que proviene de la palabra “vagina”, y agrega al final el sufijo de –ismo. El subcorpus de su definición es de tipo lexicográfico así como el de su sinónimo *vaginodinia*, mientras que en cuanto al de su equivalente, *vaginisme*, se trata de un subcorpus terminológico pues proviene del portal terminológico multidisciplinario TermSciences del cual se ha hablado anteriormente.

En un principio, categorizar este término resultó un dilema dado que pertenecía a más de un área y sub-área: no solo se encuentra en el ámbito de la violencia de género, sino también en el de ginecología y de psicología, ya que se trata tanto de una afección genital como también está estrictamente relacionado con disfunciones sexuales psicológicas, los trastornos mentales y por ende con la psiquiatría y psicología. Sin embargo, dado que el contexto donde se presentaba este término por más de una vez era el de las guías de apoyo y protocolos de actuación hacia la violencia de género, se decidió optar por el área de

afecciones por violencia y la sub-área de las consecuencias psicofísicas, donde se especificó finalmente la naturaleza de enfermedad urogenital femenina. En adición, para no dejar de lado esta reflexión, se decidió agregar el área de psiquiatría y psicología y la sub-área de interés en la cual podría situarse este término.

Cabe acotar que este procedimiento se repitió en muchas ocasiones con otras unidades terminológicas.

### Ejemplo 12:

Nº de ficha: 109		Notación numérica: 2.3.2.1.6	
ÁREA: Aspectos generales y tipos de violencia de género		SUB – ÁREA: Tipos de violencia	SUB-ÁREA ESPECÍFICA:
ENTRADA: <b>Violencia de género</b>		FUENTE (S) DE LA ENTRADA: Grupo de análisis y trabajo sobre violencia de género en mujeres inmigrantes (2013). <i>Informe Multidisciplinar Sobre La Violencia De Género En Mujeres Inmigrantes</i> . Recuperado del sitio web de la Fundación de Convivencia y Cohesión Social <a href="http://cepaim.org/th_gallery/informe-sobre-violencia-de-genero-en-mujeres-inmigrantes/">http://cepaim.org/th_gallery/informe-sobre-violencia-de-genero-en-mujeres-inmigrantes/</a>	CATEGORÍA GRAMATICAL: Sustantivo femenino
DEFINICIÓN: Formas de violencia basadas en las diferencias adscritas socialmente para las mujeres y los hombres, lo cual implica que la violencia de género no tenga como únicos blancos a las mujeres o las niñas sino también a los hombres, niños y minorías sexuales. Por ello, los ejercicios violentos de poder basados en la identidad de género o en la orientación sexual de las víctimas son clasificados en la categoría de violencia de género (Valasek, 2008: 9).		FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN: Comisión Nacional para prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2010). <i>Glosario de términos sobre violencia contra la mujer</i> . México D.F: Editorial Pax. Página 123.	
SINÓNIMO (S): Violencia contra la mujer		FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S): Instituto Navarro para la Igualdad (2010). Acuerdo interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres. Pamplona: Litografía IPAR, S.L	
EQUIVALENTE (S): <b>Violence au sein du couple/violence conjugale, violence faite aux femmes</b>		FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S): Generalitat de Catalunya (2009). <i>Protocole sur l'approche de la violence machiste dans le domaine de la santé en Catalogne</i> . Barcelona: Ministère de la Santé, Direction générale de la planification et de l'évaluation. Página 16, y consulta con la experta Labra Cenitagoya, Ana.	
OBSERVACIONES: En español, <i>violencia de género</i> abarca ambos géneros, mientras que en francés se especifica este concepto según el género y el tipo de violencia.	FECHA: 24 de marzo – 30 de abril de 2015	AUTOR: María Carolina Madrid Vingelli	

En cuanto a la naturaleza de esta unidad, es un término compuesto pues incluye un sintagma nominal de género, mientras que la fuente de la definición es de tipo subcorpus terminológico pues fue extraída de un glosario de términos sobre la violencia contra la mujer. Por más que parezca fácil detectar la definición y el equivalente de una unidad terminológica cuya atención tanto mundial como dentro de este trabajo es primordial, nada puede estar más lejos de la realidad. La violencia de género, como bien lo describe la definición, abarca todo tipo de violencia y maltrato basado en diferencias sexuales, por lo que puede afectar tanto a mujeres como hombres, o hasta niños y minorías sexuales como los homosexuales. Esto de alguna manera hace que abarque todo tipo de violencia tales como la violencia doméstica, la violencia psicológica, sexual, económica y hasta social. Sin embargo, a lo largo del tiempo

cada vez es más común encontrar que por violencia de género se entienda el maltrato hacia la mujer dentro de la pareja, ya sea actual o no. Por esta misma razón, se puede comprender que los equivalentes en francés resultado de la investigación sean principalmente *violence au sein du couple* y *violence conjugale*, si bien en español (y sin ir muy lejos en inglés, *gender violence*) se refiere a violencia de ambos géneros. Por esta razón, al momento de tomar una decisión, se consultó con una experta en el ámbito de la salud pública para confirmar cuál era la mejor correspondencia, que resultó ser más de una: *violence faite aux femmes*, pues en Francia se diferencia el género directamente al momento de hablar de violencia (para los hombres se refieren a *violence envers les hommes*) y también *violence au sein du couple/violence conjugale* pues son los casos en los que ésta ocurre más recurrentemente. Por lo tanto, si bien en español existe el término de *violencia contra las mujeres* en este caso el equivalente se refleja en más de una unidad terminológica.

Con todo, se pretende demostrar con estos ejemplos los tipos de problemas y obstáculos que se encontraron a lo largo de la elaboración del glosario pero que al final fueron posibles de resolver gracias a una exhaustiva búsqueda y sobre todo a la consulta de portales fiables y expertos. Esto sirvió a corroborar que el trabajo llevado a cabo haya sido correcto para que así, finalmente, se pudiera presentar un glosario monolingüe con equivalencias útil y fiable como producto final.

## Conclusiones

La salud como cuestión de interés público no es algo que se deba menospreciar. En todo el mundo, para que el ser humano pueda lograr sus objetivos y alcanzar sus metas, es necesario que se mantenga en un buen estado de salud. Tanto las instituciones públicas de los gobiernos como todas las áreas de conocimiento, y en especial dentro del avance tecnológico de la medicina, siempre lo han tenido en cuenta y por ello han intentado mantener en alto la relevancia de este aspecto de la sociedad tan esencial. Así, las entidades públicas han intentado mantener el servicio de salud pública a las personas en un buen nivel, y afortunadamente, la especialización en el área de la atención sanitaria a la mujer no ha sido menos: tanto en España como en Francia se ha ido concienciando cada vez más sobre la importancia de atender a la mujer en un ámbito mucho más detallado y específico de lo que la medicina integral ofrece. Esto ha llevado a una serie de resultados positivos para la mujer tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

Lo que este trabajo de fin de máster ha significado va más allá de la relevancia de la salud pública en la sociedad: representa no solo el análisis de los sistemas sanitarios de dos países europeos y su logro y esfuerzo por enfocarse en las necesidades sanitarias de la mujer, sino también un avance en el ámbito lingüístico y terminológico basado en este campo. Si bien la mujer ha representado una minoría hasta hace no mucho en la sociedad patriarcal en la que vivimos, descubrir que las instituciones y ministerios se interesan por su bienestar resultó un aliciente fundamental para continuar con la investigación.

La diferencia de enfoques sobre este tema entre los dos países estudiados supuso un reto para la autora de este trabajo: el hecho de que ambos países presentaran un sistema político tan distinto (de descentralización a centralización de los poderes) hizo que la autora (que no pertenece por su origen pero sí por sus vivencias a ninguno de estos dos contextos culturales), debiera enfocarse independientemente en las características de cada uno de ellos para no crear un juicio a primera vista. Contrariamente a lo que se podía pensar en un principio, ambos países presentan un gran interés por la salud pública de la mujer, pues existen diversos estudios que demuestran cómo a lo largo de los años ha ido aumentando la necesidad de especializarse cada vez más en todas las áreas y sub-áreas de la salud de la mujer. Sin embargo, se ha de remarcar que en muchas ocasiones tanto los estudios de España como los planes de atención se encontraban desactualizados, pues a veces hasta presentaban valores monetarios en pesetas o no se habían actualizado con respecto a la nueva Ley-Decreto del 2012 sobre la atención sanitaria pública, con excepción únicamente de los protocolos comunes de abordaje de la violencia de género. En cuanto a Francia, se pudo observar un mayor interés por la atención integral a la mujer, la continua renovación del abordaje de la violencia de género dentro de los estudios realizados y la ayuda que ofrecían. Obviamente, la realidad de cada país determinará si estos estudios y protocolos de actuación realmente se cumplen al final del día.

Más allá de esto, se pudo constatar que la importancia que se le da a la salud pública de la mujer se relaciona en su mayoría con las áreas de ginecología y obstetricia y la violencia de género: esto podría remitir a pensar que no se han realizado más a fondo estudios que abarquen otras áreas independientemente de las situaciones en las que la mujer se encuentre. Es decir, se puede entender por estos estudios, que se le ha dado un enfoque principal a la mujer como madre y a la mujer como víctima, y muy pocas veces como ente independiente de estas circunstancias. Por ende, se aspira a que en un futuro los nuevos estudios se enfoquen en otras áreas que hasta ahora no han sido exploradas a fondo y que podrían aportar una nueva metodología de investigación sobre la salud de la mujer.



Por su parte, el trabajo terminológico llevado a cabo en este trabajo intentó de alguna manera abordar esta materia en particular de la salud pública de la mujer, pues hasta los momentos no se había encontrado un trabajo que abarcara este tema desde un punto de vista terminológico y lingüístico ni con la propuesta de un glosario especializado solo en esta área de la salud pública de la mujer en español y francés. Esto significó un gran reto pues se tuvo que englobar todos los términos especializados relacionados en un solo glosario sin tener antecedentes que pudieran respaldar la indagación. El determinar las áreas y sub-áreas dentro del árbol de campo, demostró que si bien hay distintas ramas de especialización en la salud pública, de alguna manera terminan vinculándose todas entre sí. Por esto, se espera que este trabajo pueda servir de guía para la realización de algún otro trabajo terminográfico que abarque más lenguas y, asimismo, más naciones.

Las realidades traídas a colación durante el trabajo, como la violencia de género y las situaciones precarias de las mujeres inmigrantes, forman parte de nuestro día a día, sin excepción alguna. En un mundo donde aún hoy en día se intenta siempre mejorar la salud pública y donde la cultura de la violencia prevalece en muchos países, interesarse por este tipo de tema no puede hacer otra cosa más que aportar un grano de arena a la humanidad. Como traductores, intérpretes, profesionales sanitarios, especialistas y simples seres humanos debemos permanecer siempre conscientes de nuestro alrededor, pues no podemos saber cuándo nuestras acciones podrán lograr vencer la sombra que se cierne sobre nuestro mundo.

## Bibliografía

### Citas bibliográficas

Achterberg, Jeanne. (1991). *Woman as Healer*. Londres: Rider.

Austermühl, Frank (2010). “A Collaborative Approach to the Teaching of Terminology Management” in *T2IN*. Trier: Wissenschaftlicher Verlag Trier.

Beauchemin, Cris et al. (2013). “Les immigrés en France: en majorité des femmes” en *Population & Sociétés: bulletin mensuel d’information de l’Institut national d’études démographiques*, número 502. París: INED. Disponible en: [www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/publications/pop\\_soc/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/) [Consulta: 17.04. 2015].

Born Briones, Mónica (2001). Reseña de “María Teresa Cabré: La terminología: representación y comunicación (Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada, 1999; 369 páginas)” en *Onomázein*, número 6. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Páginas 339-343.

Cabré, María Teresa (1993). *La terminología: teoría, metodología y aplicaciones*. Barcelona: Editorial Antártida / Empúries.

Cabré, María Teresa (1999). *La terminología: representación y comunicación*. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada, Universitat Pompeu Fabra.

Cabré, María Teresa (2000). *La terminología en la traducción especializada*. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada, Universitat Pompeu Fabra.

Cabré, María Teresa & Estopà, Rosa (1997). “Formar en terminología: una nueva experiencia docente. Parte I” en *Tradterm*, número 4. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Páginas 175-202.

Cabré, María Teresa & Tebé, Carles (2005). *La constitución de una memoria terminológica: elaboración de terminologías bilingües en programas de memoria de traducción*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Páginas 217-228.

Cruz, Valentina (2004). *Glosario monolingüe con equivalencias en inglés de iluminación teatral*. Caracas: Fondo editorial de Humanidades y Educación.

Cruz, Valentina (2011). Consulta personal sobre el formato de fichas terminológicas.

Contreras Blanco, Fernando (2004). “Validación terminológica: todo está en las fuentes” en *La Linterna del Traductor: la revista multilingüe de ASETRAD*. Producto de la ponencia en el Espacio Mira del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón. Madrid: Centro Universitario. Disponible en: <http://www.lalinternadeltraductor.org/n5/fuentes-terminologicas.html> [Consulta: 17.04.2015].

Declaración de Alma-Ata. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6--12 de septiembre de 1978. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para todos», N° 1; Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [Consulta: 25.02.2015]

Dierssen Sotos, Trinidad. (2010). *Sistemas sanitarios: el sistema sanitario español*. OCW Universidad de Cantabria. Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/medicina-preventiva-y-salud-publica/materiales-de-clase-1/TEMA37\\_sistemas\\_de\\_salud.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/medicina-preventiva-y-salud-publica/materiales-de-clase-1/TEMA37_sistemas_de_salud.pdf) [Consulta: 06.2014]

DREES (2009). *La santé des femmes en France*. Paris: La Documentation française. Página 284. Disponible en: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-femmes-en-france,5731.html> [Consulta: 18.03.2015]

EAGLES (1996). "Preliminary Recommendations on Corpus Typology". Documento Eagles (Expert Advisory Group on Language Engineering). EAG-TCWG-CTYP/P.

España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986. (Actualizada a fecha 30-05-2003).

Fedor de Diego, Alicia (1995). *Terminología: teoría y práctica*. Caracas: Universidad Simón Bolívar: Ediciones Equinoccio.

Fontanel, Marie et al. (2014). *Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences*. France: Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; Secrétariat d'Etat aux droits des femmes. Disponible en: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000664/> [Consulta: 17.04.2015].

Francia. LOI n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel (1). Code pénal - art. 222-23 à 222-26 (V). Disponible en 17 de abril de [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=9900DE66296FA8EDB170FE896B792598.tpdila24v\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006181753&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150417](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=9900DE66296FA8EDB170FE896B792598.tpdila24v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006181753&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150417) [Consulta: 17.04.2015].

Gómez González-Jover, Adelina & Vargas Sierra, Chelo (2004). "Aspectos metodológicos para la elaboración de diccionarios especializados bilingües destinados al traductor" en *Las palabras del traductor: Actas del II Congreso El español, lengua de traducción*. Alicante: Universidad de Alicante. Páginas 365-398.

Grupo de Interés Público, Salud y Protección Social Internacional (2014). *El sistema de salud en Francia*. Disponible en: [http://www.gipspsi.org/GIP\\_ES/le\\_systeme\\_francais\\_de\\_sante/presentation](http://www.gipspsi.org/GIP_ES/le_systeme_francais_de_sante/presentation) [Consulta 10.01.2015]

Hatim, Basil & Mason, Ian (1995). *Teoría de la traducción: Una aproximación al discurso*. Barcelona: Ariel.

Hénon, Dominique et Conséil économique, social et environnemental (2010). *La santé des femmes en France*. France : Journaux officiels. Página 58. Disponible en: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/la-sante-des-femmes-en-france> [Consulta: 24.03.2015]

Hurtado Albir, Amparo (2001). *Traducción y traductología: introducción a la traductología*. Madrid: Cátedra.

Iglesias A., Pilar. (2003) *Mujer y salud: las escuelas de medicinas de mujeres de Londres y Edimburgo*. Tesis doctoral. Málaga: Universidad de Málaga.

Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. “Salud” en *Áreas temáticas*. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/home.htm> [Consulta: 06.2014]

Instituto Nacional de la Salud (1998). *Plan Integral de Atención a la Mujer*. Madrid: Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa de INSALUD.

ISO 12620 (1999). *Computer applications in terminology -- Data categories*.

Le Planning Familial (2013). “Le rapport d’activités consolidé 2013” en *Présentation du Planning Familial*. Disponible en : <http://www.planning-familial.org/articles/presentation-du-planning-familial-0027> [Consulta: 01.2015]

Lesselier, Claude (2008). “Femmes migrantes en France: le genre et la loi” en *Cahiers du CEDREF*, n. 16. Páginas 45-59. Disponible en <http://cedref.revues.org/540> [Consulta: 17.04.2015].

Lugo, Tatiana (2000). “Cómo se hace un trabajo de grado en terminología” en *Núcleo*, número 17. Caracas: Escuela de Idiomas Modernos de la UCV. Páginas 58-66.

Lugo, Tatiana (2015). Consulta personal vía correo sobre metodología para un trabajo terminológico y sobre las características de las fichas terminológicas, las fichas de vaciado y los árboles de campo.

Marín, Vicente (2014). “Situación en España tras la entrada en vigor de la reforma sanitaria” en *Parainmigrantes.info, Información sobre trámites de extranjería e inmigración para los inmigrantes en España*. Granada. Disponible en : <http://www.parainmigrantes.info/situacion-en-espana-tras-la-entrada-en-vigor-de-la-reforma-sanitaria-947/> [Consulta: 17.04.2015].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud. España 2012* [monografía en Internet]. Madrid: Centro de Publicaciones del MSSSI.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). En *Organización Institucional, Ministerio*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/ministerio/home.htm> [Consulta: 06.2014].

Mission interministérielle pour la protection des femmes MIPROF (2014). *La formation des professionnel-le-s: les violences au sein du couple. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « ANNA »*. France : Ministère des Droits des femmes. Conseil Général Pyrénées-Orientales. Disponible en : <http://www.cg66.fr/1379-violences-faites-aux-femmes.htm> [Consulta: 18.03.2015].

Naciones Unidas, Asamblea General (20 de diciembre de 1993). «Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993». Disponible en: [http://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27453/Declaracion\\_elimination.pdf](http://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27453/Declaracion_elimination.pdf) [Consulta: 17.04.2015].

Noblecourt, Olivier (2014). *L'égalité pour les femmes migrantes*. France: Ministère des Affaires sociales, Santé et des Droits des femmes. Páginas 9-10. Disponible en <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000126/> [Consulta: 24.03.2015].

Organización Mundial de la Salud (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* presente en MIPROF (2014) *La formation des professionnel-le-s: les violences au sein du couple. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « ELISA »*. France : Ministère des Droits des femmes. Conseil Général Pyrenées-Orientales. Disponible en: <http://www.cg66.fr/1379-violences-faites-aux-femmes.htm> [Consulta: 24.03.2015]

Pearson, Jennifer (1998). *Terms in Context. Studies in Corpus Linguistics Vol. 1*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Pérez Grande, María Dolores (2008). "Mujeres inmigrantes: realidades, estereotipos y perspectivas educativas" en *Revista Española de Educación Comparada*, número 14. Salamanca: Universidad de Salamanca. Páginas 137-175.

Pérez Hernández, M. Chantal (2002). *Explotación de los corpóra textuales informatizados para la creación de bases de datos terminológicas basadas en el conocimiento*. Málaga: Universidad de Málaga.

Real Academia Española (2001). "Sanidad" en *Diccionario de la lengua española* (22.<sup>a</sup> ed.). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=sanidad> [Consulta: 06.2014]

Real Academia Española (2001). "Terminología" en *Diccionario de la lengua española* (22.<sup>a</sup> ed.). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=terminolog%C3%ADa> [Consulta: 17.04.2015].

Sager, Juan Carlos (1990). *A Practical Course in Terminology Processing*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins.

Sagnes-Raffy, C. (2010). "Organisation générale du système de santé en France" en *Apprentissage de l'exercice médical: le système de santé et de protection sociale en France*. DCEM2. Disponible en: [http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/module01/Organisation%20CSR\\_sept2009.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/module01/Organisation%20CSR_sept2009.pdf) [Consulta: 17.04.2015].

Santamaría Pérez, Isabel (2009). *La terminología: definición, funciones y aplicaciones*. Madrid: Liceus, Servicios de Gestión y Comunicación S.L.

Suárez, Niria (2007). *La investigación documental paso a paso*. Mérida: Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes.

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2013). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf) [Consulta: 17.04.2015].

UNESCO (2005). *Guidelines for Terminology Policies – Formulating and Implementing Terminology Policy in Language Communities*. Paris: UNESCO. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001407/140765e.pdf> [Consulta: 17.04.2015].

Unión Europea. Tratado de la Unión Europea, firmado en Maastricht el 7 de febrero de 1992. *Diario Oficial de la Unión Europea*, Versión Consolidada del Tratado de Funcionamiento Europeo art. 168. (2010). Ministerio de la Presidencia del Gobierno de

España en <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:FULL:ES:PDF> [Consulta: 25.02.2015]

Vargas Sierra, Chelo (2011). "Lección 6: la ficha terminológica bilingüe" en *Terminología y Traducción colaborativas*. Alicante: Departamento de Filología Inglesa de la Universidad de Alicante. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/19114?mode=full> [Consulta: 30.04.2015].

Werlich, Egon (1975). *Typologie der Texte*. Múnich: Fink.

## Referencias bibliográficas del glosario

Achotegui, Joseba (2008). "Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)" en *Avances en Salud Mental Relacional*, vol. 7, núm. 1. Revista Internacional On-Line. Disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/achotegui.pdf> [Consulta: 20.03.2015].

Albertín, Pilar et al. (2008). *Mujeres inmigradas y prácticas sociolegales en situaciones de violencia en la pareja: diferencias, desigualdades y disidencias en los contextos de atención*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.

Amnistía Internacional de Cataluña. Disponible en: <http://amnistiacatalunya.org/edu/pelis/activ/cult-violencia.html> [Consulta: 19.03.2015].

Asociación Española de Ginecología y Obstetricia (2015). *Cáncer de Cervix*. Disponible en: [http://www.aego.es/cancer\\_cervix.asp](http://www.aego.es/cancer_cervix.asp) [Consulta: 18.03.2015].

Association canadienne pour la santé mentale. *Le trouble de stress post-traumatique*. Disponible en: [http://www.cmha.ca/fr/mental\\_health/le-trouble-de-stress-post-traumatique/#.VQ6ntmTF\\_uU](http://www.cmha.ca/fr/mental_health/le-trouble-de-stress-post-traumatique/#.VQ6ntmTF_uU) [Consulta: 21.03.2015].

Arnosó, M. Et al. (2012). "Mujer inmigrante y violencia de género: factores de vulnerabilidad y protección social" en *Revista del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, número 32. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Páginas 169-200. Disponible en: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/912> [Consulta: 21.03.2015].

Baker, Linda L. et Cunningham, Alison J. (2005). *Apprendre à écouter, apprendre à aider*. Ontario: Centre for Children & Families in the Justice System, London Family Court Clinic, Inc. Página 4.

Banqué, Marta., Fuentes, Mercè., Ojuel, Julia. & Valls Llobet, Carme (2008). "Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres" en *Anuario de Psicología*, 1, vol. 39. Barcelona: CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios). Páginas 9-22. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/98015/159758> [Consulta: 26.02.2015].

Bisilliat, Jeanne (2003). *Régards des femmes sur la globalisation. Approches critiques*. Éditions Karthala. Página 241. Disponible en:



<https://books.google.fr/books?id=4D0yJfT3-dUC&pg=PA241&lpg=PA241&dq=%22violence+sociale%22+femmes&source=bl&ots=G5rbyJe-7s&sig=VK91-MSY93rywqUzhftOhpgXabc&hl=fr&sa=X&ei=4UARVeJyyulo7LCBqAE&ved=0CDUQ6AEwAw#v=onepage&q=%22violence%20sociale%22%20femmes&f=false> [Consulta: 24.03.2015].

Beltzer, Nathalie (2014). "Le recours aux soins des femmes en Île-de-France", en *Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France*. Página 62.

Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU MedlinePlus. "Cáncer de seno". Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/breastcancer.html> [Consulta: 17.03.2015].

Bordonado Bermejo, María Julia (2009). *El fenómeno de la inmigración: consecuencias económicas e implicaciones de política económica*. Madrid: Esic Editorial. Página 289. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=ytnN-kFkfqUC&pg=PA289&lpg=PA289&dq=glosario+de+terminos+de+extranjeria+inmigracion&source=bl&ots=Yw5ibboyyG&sig=oDLUjzN0fXKlyqMUxZ6nZT6hPq8&hl=es-419&sa=X&ei=nTcMVb3CDofmaqr1gbgE&ved=0CEAQ6AEwBQ#v=onepage&q=glosario%20de%20terminos%20de%20extranjeria%20inmigracion&f=false> [Consulta: 20.03.2015].

Buxant, Martin (2003). "«Syndrome d'Ulysse», la dépression et l'infinie tristesse du migrant" en *Libre.be*. Disponible en: <http://www.lalibre.be/actu/international/syndrome-d-ulyse-la-depression-et-l-infinie-tristesse-du-migrant-51b880f3e4b0de6db9a9749a> [Consulta: 24.03.2015].

Canoë Santé. *La candidose*. Disponible en: [http://sante.canoe.ca/condition\\_info\\_details.asp?disease\\_id=26](http://sante.canoe.ca/condition_info_details.asp?disease_id=26) [Consulta: 23.03.2015].

Castaño-López, Esther et al. (2006) "Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)" en *Revista Española de Salud Pública*, volumen 80, número 6, noviembre-diciembre. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Páginas 705-716. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000600010&script=sci\\_arttext#back10](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000600010&script=sci_arttext#back10) [Consulta: 16.03.2015].

Centre international de Recherche sur le Cancer de l'Organisation Mondiale de la Santé (2015). *Introduction à la néoplasie Cervicale Intraépithéliale (CIN)*. Disponible en: <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=2&chap=2> [Consulta: 22.03.2015].

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Disponible en: <http://www.cnrtl.fr/definition/puerp%C3%A9ralit%C3%A9> [Consulta: 22.03.2015].

Centro Médico Online WebConsultas. Disponible en: [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/embarazo/birth\\_class\\_esp.html#](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/birth_class_esp.html#) [Consulta: 18.03.2015].

Charlier, S. (2006). « L'analyse de l'empowerment des femmes qui participent à une organisation de commerce équitable. Une proposition méthodologique », in AUROI C. et YEPEZ I., *Economie Solidaire et commerce équitable*. Acteur et actrices d'Europe et d'Amérique latine. Presse Universitaires UCL/IUED. Disponible en:

<https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/dvlp/documents/Charlierdefinitif.pdf> [Consulta: 30.04.2015].

Coalition interagence sida et développement (2006). *VIH/SIDA et genre sexuel*. Disponible en: [http://icad-cisd.com/pdf/Gender\\_Issues\\_FR\\_FINAL.pdf](http://icad-cisd.com/pdf/Gender_Issues_FR_FINAL.pdf) [Consulta: 24.03.2015].

Comisión Europea (1998). *100 palabras para la igualdad: Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra la Mujer (2010). *Glosario de términos sobre violencia contra la mujer*. México D.F: Editorial Pax.

Commission Européenne (sin fecha). *Boîte à outils pour l'intégration de la dimension de genre dans la coopération au développement de la CE. Section 3: Glossaire des termes relatifs aux questions de genre et de développement*. Disponible en: [http://eeas.europa.eu/delegations/algeria/documents/press\\_corner/2015/genre/document\\_reference/boite\\_a\\_outil/section3.pdf](http://eeas.europa.eu/delegations/algeria/documents/press_corner/2015/genre/document_reference/boite_a_outil/section3.pdf) [Consulta: 21.03.2015].

ComprendreChoisir (2014). *Qu'est-ce que c'est l'âge gestationnel ?*. Disponible en: <http://grossesse.comprendrechoisir.com/comprendre/age-gestationnel> [Consulta: 19.03.2015].

Consejería de Salud de Andalucía (2008). *Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Sevilla: Autor.

Consejería de Sanidad (2008). *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Página 85.

Consejería de Sanidad Castilla-La Mancha (2005). *Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos*. Toledo: IMP Comunicación.

Consuegra Anaya, Natalia (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones. Página 239. Disponible en [http://www.psicologiviva.com/diccionario\\_psicologia.pdf](http://www.psicologiviva.com/diccionario_psicologia.pdf) [Consulta: 19.03.2015].

Demométrica (2009). *Mujer y salud en España*. Disponible en: [http://www.actasanitaria.com/fileset/doc\\_61903\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_21105.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_61903_FICHERO_NOTICIA_21105.pdf) [Consulta: 18.03.2015].

Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (Sin fecha). *Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos*. Disponible en: <http://www.alansaludmental.com/retos-en-sm/salud-mental-y-violencia-de-g%C3%A9nero/protocolos-de-actuaci%C3%B3n-sanitaria/> [Consulta: 19.03.2015].

DestinationSanté, l'information santé au quotidien. *Qu'est-ce qu'une échographie ?*. Disponible en: <https://destinationsante.com/qu-est-ce-qu-une-echographie.html> [Consulta: 21.03.2015].

Diccionario ginecológico en línea. Disponible en: <http://www.ginecologomx.com/diccio.html> [Consulta: 03.2015].



Diccionario médico en línea de Doctissimo (español). Disponible en: <http://www.doctissimo.es/> [Consulta: 03.2015].

Diccionario médico en línea de OnSalus. Disponible en: <http://www.onsalus.com/> [Consulta: 03.2015].

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Disponible en: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=endom%C3%A8tre> [Consulta: 03.2015].

Dictionnaire médical en ligne de Doctissimo (francés). Disponible en: <http://www.doctissimo.fr/> [Consulta: 03-04.2015].

Dirección General de Inmigración y Voluntariado. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración et al. (2007). *Glosario de términos de integración de inmigrantes*. Murcia: Dirección General de Inmigración y Voluntariado. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Dirección General de la Policía. *Expedición y vigencia del certificado de registro y de la tarjeta de residencia*. Disponible en: [http://www.policia.es/documentacion/comunitarios/certi\\_reg.html](http://www.policia.es/documentacion/comunitarios/certi_reg.html) [Consulta: 23.03.2015].

Docteurlic : le site santé de vos médecins. *Mort du fœtus*. Disponible en: <http://www.docteurlic.com/maladie/mort-du-foetus.aspx> [Consulta: 21.03.2015].

Doctor Berral (2015). *La ecografía de la semana 20*. Clínica Privada Especializada en Cuidados Prenatales Ecografía 3D/4D y Ginecología en la Costa del Sol. Disponible en: <http://www.drberalginecologo.com/es/control embarazo.html#semana20> [Consulta: 17.03.2015].

Everitt, Barry J. & Johnson, Martin H. (2001). *Réproduction*. Paris: DeBoeck Université. Disponible en: [http://books.google.es/books?id=OzKIdNcKUzoC&printsec=frontcover&source=gbg\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q=periode%20de%20dilatation&f=false](http://books.google.es/books?id=OzKIdNcKUzoC&printsec=frontcover&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q=periode%20de%20dilatation&f=false) [Consulta: 22.03.2015].

Fourcade, Nathalie et al. (2013). "La santé des femmes en France" en *Études et résultats*, numero 834. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Disponible en: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-femmes-en-france,11101.html> [Consulta: 18.03.2015].

Freedman, Jane & Bahija, Jamal (2008). *Violence à l'égard des femmes migrantes et réfugiées dans la région euro-méditerranéenne Etudes de cas : France, Italie, Egypte & Maroc*. Copenhage: Réseau euro-méditerranéen des droits de l'Homme (REMDH).

Generalitat de Catalunya (2009). *Protocole sur l'approche de la violence machiste dans le domaine de la santé en Catalogne*. Barcelone: Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Generalitat de Catalunya (2009). *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña*. Barcelona: Departamento de Salud.

Generalitat Valenciana (Sin fecha). *Protocolo de Actuación para la integración de las mujeres víctimas de violencia de género*. Valencia: Conselleria de Benestar Social. Disponible en:

<http://www.bsosocial.gva.es/documents/610706/112147179/Protocolo+de+actuaci%C3%B3n+para+la+atenci%C3%B3n+de+las+mujeres+v%C3%ADctimas+de+la+violencia+de+g%C3%A9nero/cfe25ff4-7160-4d08-b029-0656f59a8937> [Consulta: 19.03.2015].

Gobierno de la Rioja (2011). *IV Plan integral de la mujer (2011-2014)*. Logroño: Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Gran Enciclopedia de Economía (2009). Disponible en: <http://www.economia48.com/spa/d/poblacion-ocupada/poblacion-ocupada.htm> [Consulta: 18.03.2015].

Grupo de análisis y trabajo sobre violencia de género en mujeres inmigrantes (2013). *Informe Multidisciplinar Sobre La Violencia De Género En Mujeres Inmigrantes*. Fundación de Convivencia y Cohesión Social. Disponible en: [http://cepaim.org/th\\_gallery/informe-sobre-violencia-de-genero-en-mujeres-inmigrantes/](http://cepaim.org/th_gallery/informe-sobre-violencia-de-genero-en-mujeres-inmigrantes/) [Consulta: 18.03.2015].

Hébert-Croteau et al. (2000). "Cancer d'intervalle chez les femmes avec première mammographie de dépistage normale" en *Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*. Québec: Institut National de Santé Publique. Disponible en: <http://www.inspq.qc.ca/groupe/pqdcs/presentations/cancerintervallefemmes.pdf> [Consulta: 22.03.2015].

Hesperian en español (2013). "El examen pélvico: cómo examinar la matriz y la vagina de una mujer" en *Guías de salud: un libro para parteras*. Página 384. Disponible en: [http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es\\_midw\\_2013/es\\_midw\\_2013\\_20b.pdf](http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_midw_2013/es_midw_2013_20b.pdf) [Consulta: 24.03.2015].

INED (1998). *Morbidité, mortalité: problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective*. Numéro 8, Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996). Paris: AIDELF. Disponible en: [https://books.google.fr/books?id=s9XwS5GZ2v8C&pg=PA250&lpg=PA250&dq=%22morbidity%20differentielle%22&source=bl&ots=WFQe2gRdBP&sig=7tVAHcv\\_Y1DDvOHZtuoGDzFGJLI&hl=fr&sa=X&ei=pvEPVfGXE4XWUfT1gvAN&ved=0CEQQ6AEwBQ#v=onepage&q=%22morbidity%20differentielle%22&f=false](https://books.google.fr/books?id=s9XwS5GZ2v8C&pg=PA250&lpg=PA250&dq=%22morbidity%20differentielle%22&source=bl&ots=WFQe2gRdBP&sig=7tVAHcv_Y1DDvOHZtuoGDzFGJLI&hl=fr&sa=X&ei=pvEPVfGXE4XWUfT1gvAN&ved=0CEQQ6AEwBQ#v=onepage&q=%22morbidity%20differentielle%22&f=false) [Consulta: 22.03.2015].

INSALUD (1998). *Plan Integral de Atención a la Mujer*. Madrid: ARTEGRAF, S.A.

INSALUD (2002). *Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia*. Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa.

Instituto Nacional de Cancerología (2013). *Glosario de ginecología*. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/instituto/content/glosario-cl%C3%ADnica-de-cl%C3%ADnica-de-ginecolog%C3%ADa> [Consulta: 16.03.2015].

INSALUD (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas*. Madrid: Industria Grafica Mae.

Instituto Nacional de Estadística & Instituto de la Mujer (2014). *Mujeres y hombres en España*. Madrid: Administración General del Estado. Disponible en:

[http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout) [Consulta: 16.03.2015].

Instituto Nacional del Cáncer (2015). "Conceptos de los exámenes de detección del cáncer de mama" en *Exámenes de detección del cáncer de seno (mama) (PDQ®)*. Disponible en: [http://www.cancer.gov/espanol/pdq/deteccion/seno/healthprofessional/page4#\\_85\\_toc](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/deteccion/seno/healthprofessional/page4#_85_toc) [Consulta: 16.03.2015].

Instituto Nacional de las Mujeres de México (2007). *Glosario de género*. México D.F.: Autor. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100904.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf) [Consulta: 16.03.2015].

Instituto Navarro para la Igualdad (2010). *Acuerdo interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres*. Pamplona: Litografía IPAR, S.L.

InterActive Terminology for Europe IATE (2004). Disponible en: <http://iate.europa.eu/SearchByQueryLoad.do?method=load>. [Consulta: 03-04.2015].

Jannard, Louis-Philippe (2009). *Entre vulnérabilisation et revictimisation : les victimes de traite d'êtres humains face aux politiques nord-américaines*. Tesis doctoral. Montréal: Université de Montréal.

Junta de Andalucía (2012). *Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)*. Folleto. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/salud\\_sexual\\_reproductiva/informacion\\_general\\_ive](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/salud_sexual_reproductiva/informacion_general_ive) [Consulta: 18.03.2015].

Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (2008). *Protocolo Marco de Actuación Profesional para casos de violencia de género en Castilla y León*. Valladolid: Dirección General de la Mujer.

Junta de Extremadura (sin fecha). *Protocolo para la erradicación y prevención de la violencia contra la mujer*. Extremadura: Consejería de Igualdad y Empleo.

Kirby Dick, Amy Ziering: "Derrida" (2002). Documental. Definición recuperada del fragmento en YouTube. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=vgwOjjoYtco> [Consulta: 21.03.2015].

Kollontai, Alexandra (1921). "Le mouvement féministe et le rôle de la femme travailleuse dans la lutte de classe" en *Conférences à l'université Sverdlov sur la libération des femmes*, VIII<sup>o</sup> conférence. Disponible en: [https://www.marxists.org/francais/kollontai/works/1921/0a/kollontai\\_conf\\_08.htm](https://www.marxists.org/francais/kollontai/works/1921/0a/kollontai_conf_08.htm) [Consulta: 18.03.2015].

Kollontai, Alexandra (1921). "Le travail féminin dans la communauté agricole et dans la production artisanale" en *Conférences à l'université Sverdlov sur la libération des femmes*, IV<sup>o</sup> conférence. Disponible en: [https://www.marxists.org/francais/kollontai/works/1921/0a/kollontai\\_conf\\_08.htm](https://www.marxists.org/francais/kollontai/works/1921/0a/kollontai_conf_08.htm) [Consulta: 18.03.2015].

LeFigaro.fr - Santé. Disponible en: <http://sante.lefigaro.fr/sante> [Consulta: 22.03.2015]

Llanes Domingo, J.V. Et al (2000). "Atención de enfermería al paciente con analgesia epidural" en *Artículos científicos de Enfermería Integral*, número 55. Valencia: Colegio de Enfermería de Valencia. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/master02.htm> [Consulta: 17.03.2015].

Martín, Robledo (2004). "Población de estudio y muestreo en la investigación epidemiológica" en *Nure Investigación*, número 10. Página 1. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGIC/A/formacion%2010.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGIC/A/formacion%2010.pdf) [Consulta: 24.03.2015].

Medicopedia. Diccionario médico interactivo de PortalesMedicos.com. Disponible en: [http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Vaginismo](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Vaginismo) [Consulta: 21.03.2015].

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014). *Lutter contre la violence au sein du couple: le rôle des professionnels*. Francia: Autor.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014). "Journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes" en *Dossier de presse*. Disponible en: <http://femmes.gouv.fr/journee-internationale-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/> [Consulta: 24.03.2015].

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014). "Violence au sein du couple: la loi avance" en *Confinancé par le programme PROGRESS de l'Union Européenne*. Disponible en: [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/depliant\\_violences\\_web-3.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/depliant_violences_web-3.pdf) [Consulta: 24.03.2015].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Protocolo común para la atención sanitaria ante la Violencia de Género*. Madrid: Informes, estudios e investigación 2012.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud. España 2012*. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). "Mujeres en cifras" en *Boletín estadístico*, número 4. Madrid: Autor.

Molpéceres Álvarez, Laura (2012). "Situación laboral de las mujeres inmigrantes en España" en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, volumen 30, número 1. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Páginas 91-113.

Nutreov Laboratoires Phycience. *Dossier Santé: Qu'est-ce que c'est la ménopause?*. Disponible en: <http://www.nutreov-phycience.com/fr/2i.dossiers/97.dossier-sante> [Consulta: 22.03.2015].

O'Grady, Kathleen (2008). *Critique de livre: La puberté précoce chez les filles. La nouvelle « norme » et pourquoi il y a lieu de s'inquiéter*. Le Réseau canadien pour la santé des femmes. Disponible en: <http://www.cwhn.ca/node/39401> [Consulta: 22.03.2015].

Organisation Mondiale de la Santé OMS (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*. Ginebra: Autor. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/summary\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/summary_fr.pdf) [Consulta: 24.03.2015].

Organisation Mondiale de la Santé OMS (2015). Centre de medias. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/fr/> [Consulta: 19.03.2015].

Organisation Mondiale de la Santé OMS (2015). *Cancer du sein: prévention et lutte contre la maladie*. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/fr/> [Consulta: 22.03.2015].

PasseportSanté.net. *La ménopause*. Disponible en: [http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=menopause\\_pm](http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=menopause_pm) [Consulta: 22.03.2015].

Planificanet (2009). *¿Qué es el DIU?*. Disponible en: <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/diu.php> [Consulta: 18.03.2015].

Polyclinique du Parc Cholet: Anesthésie et Réanimation Chirurgicale. *L'anesthésie péridurale et l'accouchement*. Disponible en: <http://www.anesthesistes-polyclinique-cholet.com/02-Infomed-l-anesthesie-peridurale.php#Q1> [Consulta: 23.03.2015].

Portail terminologique multidisciplinaire TermSciences. Disponible en: <http://www.termsciences.fr/> [Consulta: 03-04.2015].

PraxisAsbl. Les différents formes de violences conjugales et familiales. Disponible en: <http://www.asblpraxis.be/violences-conjugales/differentes-formes-violences-conjugales-familiales> [Consulta: 21.03.2015].

Red Europea de Migraciones EMN (2012). *Glosario 2.0 sobre Migración y Asilo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Disponible en: [http://extranjeros.empleo.gob.es/es/redeuropeamigracion/glosario/EMN\\_Glossary\\_ES\\_Version.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/redeuropeamigracion/glosario/EMN_Glossary_ES_Version.pdf) [Consulta: 20.03.2015].

Reid (1934) citado por la Dirección General de Familia (2004). El reparto de responsabilidades domésticas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid.

Rohlf, Isabella, et al. (2000) *Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos*. Barcelona: CAPS.

Samaranch Consulta Ginecológica. Disponible en: <http://www.samaranch.com/cat/ginecologia.html> [Consulta: 19.03.2015].

San Francisco City Clinic (2005). "Monilia (yeast)". Disponible en: <http://www.sfcityclinic.org/providers/monilia.pdf> [Consulta: 18.03.2015].

Santoro, Silvana. *La pareja: dependencia económica / proveedor responsable*. Centro de Psicología Clínica, Laboral y Forense. Disponible en: [http://www.cpcb.com.ar/dependencia\\_economica.html](http://www.cpcb.com.ar/dependencia_economica.html) [Consulta: 21.03.2015].

Servicio Andaluz de Salud (2014). Área de atención a la familia. *Abordaje familiar* Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_cartera\\_II\\_1\\_1](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_II_1_1) [Consulta: 19.03.2015].

Servicio Murciano de Salud (2012). *Programa Integral de Atención a la Mujer*. Murcia: Primera edición PIAM.

Sistema de Información de Atención Sanitaria (2007). *Atención a la mujer*. Madrid: Instituto de Información Sanitaria.

Sexconseil.com, pour une sexualité sans complexe. *Anorgasmie et frigidity*. Disponible en: <http://www.sexoconseil.com/traitement-sexologue/anorgasmie-frigidite>. [Consulta: 24.03.2015].

Sholtis Brunner, Lilian & Smith Suddarth, Doris (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie: 4. Fonctions rénale et reproductrice*. Bruxelles: De Boeck & Larcier s.a. Página 155. Disponible en: [https://books.google.fr/books?id=g8JF8SYv0ggC&pg=RA1-PA65&lpg=RA1-PA65&dq=Soins+infirmiers+en+m%C3%A9decine+et+en+chirurgie:+4.+Fonctions+r%C3%A9nale+et+reproductrice&source=bl&ots=k-UIyZbQUP&sig=sZwu0tBzPPtCWOCgcqjwpZclg3g&hl=fr&sa=X&ei=ICYRVYvUC4fVau\\_RgNAG&ved=0CEQQ6AEwBQ#v=onepage&q=examen%20bimmanuel&f=false](https://books.google.fr/books?id=g8JF8SYv0ggC&pg=RA1-PA65&lpg=RA1-PA65&dq=Soins+infirmiers+en+m%C3%A9decine+et+en+chirurgie:+4.+Fonctions+r%C3%A9nale+et+reproductrice&source=bl&ots=k-UIyZbQUP&sig=sZwu0tBzPPtCWOCgcqjwpZclg3g&hl=fr&sa=X&ei=ICYRVYvUC4fVau_RgNAG&ved=0CEQQ6AEwBQ#v=onepage&q=examen%20bimmanuel&f=false) [Consulta: 21.03.2015].

Sociedad Española de Oncología Médica (2013). "Cancer de mama" en *Info Cáncer*. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=1#sthash.Bqr6Uirn.dpuf> [Consulta: 17.03.2015].

Soins Infirmiers. *La prévention de la santé selon l'OMS*. Disponible en: [http://www.soins-infirmiers.com/prevention\\_de\\_la\\_sante.php](http://www.soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php) [Consulta: 21.03.2015].

Solidarité des femmes Genève. *Violence économique*. Disponible en: de <http://www.solidaritefemmes-ge.org/page/63/la-violence-%C3%A9conomique> [Consulta: 23.03.2015].

Statistique Canada. *Définir la population cible*. Disponible en: 24 <http://www.statcan.gc.ca/edu/power-pouvoir/ch13/sample-echantillon/5214900-fra.htm> [Consulta: 24.03.2015].

TermCat Centre de Terminologia. Disponible en <http://www.termcat.cat/es> [Consulta: 04.2015].

UNESCO (2014). *Igualdad de género*. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-sustainable-development/gender-equality/> [Consulta: 24.03.2015].

Valls-Llobet, Carme (2008). "Género y salud: de la invisibilidad al mainstreaming de género en las políticas de salud" en *Diez años de cambios en el Mundo, en la Geografía y en las Ciencias Sociales, 1999-2008. Actas del X Coloquio Internacional de Geocrítica*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Disponible en: 16 de marzo de <http://www.ub.es/geocrit/-xcol/61.htm> [Consulta: 16.03.2015].

Velasco Arias, Sara (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de la Salud de la Mujer.



Women's College Hospital (2012). *Le programme de santé en ligne: les traumatismes*. Disponible en: <http://www.femmesensante.ca/centres/mental-health/trauma/signes-de-traumatismes.html> [Consulta: 24.03.2015].

## Anexos

### Anexo 1: Glosario

Debido al formato en el cual se ha realizado el glosario especializado monolingüe con equivalencias, es decir en formato Microsoft Excel, incluirlo como anexo en el tomo impreso no ha sido posible, sino solo en versión digital.

### Anexo 2: Consultas personales

#### 1. Consulta personal con la profesora y terminóloga Tatiana Lugo.



Tatiana Lugo

1 mar

a me

Hola, Carolina.

Las fichas terminológicas se elaboran de acuerdo con los objetivos de cada investigación, podemos afirmar que son personalizadas, esa es la razón por la cual en las fichas va el nombre del terminólogo y/o de la institución responsable. La definición debe ser redactada por el terminólogo con base a las fuentes consultadas.

Las fichas de Valen son de las mejores que evalué.

Ocúpate especialmente de la estructura conceptual. Es allí donde fallan muchos trabajos. Deben estar todos los términos y reflejar las relaciones entre ellos.

En Núcleo, no recuerdo bien el número y perdí mi ejemplar, publiqué un artículo titulado "Como se hace un trabajo en Terminología". Puedes consultarlo. Creo que el número es el 8 ó el 13. Si hay alguien que pueda consultarlo en la biblioteca de la EIM, podrías revisarlo. Allí también está mi Trabajo de Ascenso que tiene el mismo título, y la tesis de Valen que se titula " Glosario monolingüe con equivalencias sobre iluminación teatral."

Disculpa lo largo, pero me apasiona el tema.

Saludos.



Tatiana Lugo

3 mar

Hola, Carolina:

Los criterios de selección de unidades terminológicas dependen, en principio, de la base social que haya establecido el terminólogo, es decir, para quién y para qué. Eso es parte de la teoría comunicativa expuesta por Cabré, si no me equivoco, en su artículo Hacia una teoría comunicativa de la Terminología, que hace parte del libro de 1999 que es una compilación de artículos de ella. Revísalo. Estoy segura de que allí encontrarás lo más preciso para tu trabajo.

Ahora bien, yo parto de la estructura conceptual, ahí no hay pele. Supongamos, por ejemplo, que vamos a hacer un glosario sobre instrumentos musicales para los chicos que empiezan en el Sistema de la Orquesta Sinfónica de Venezuela con el objetivo de que conozcan sus características y se familiaricen con la terminología del área (aquí están la base social: los chicos, y el para qué). Una estructura conceptual básica sería más o menos así:

I Instrumentos musicales de una orquesta sinfónica

II.1 Viento

II.2 Cuerdas



II.3 Percusión  
II.4 Frotación

III En este nivel empiezo a incluir los instrumentos correspondientes a cada tipo, supongamos, cuerdas

III.1 violín  
III.2 viola  
III.3 violoncello  
III.4 arpa  
etc., etc.

Y así con cada sub campo si el trabajo es sistemático, o con los campos que previamente hayas delimitado.

Los términos que entran al glosario, obligatoriamente deben aparecer en la estructura conceptual. No puedes incluir ningún término que no aparezca en la estructura.

Con toda esta perorata quiero decir que el principal criterio para la selección de las unidades terminológicas es que formen parte de la estructura conceptual del campo de trabajo puesto que esta estructura es la estructuración del conocimiento del área que se investiga, es decir, allí se evidencian las relaciones entre los conceptos que conforman un determinado campo. Las unidades terminológicas son apenas las etiquetas que se le ponen a los conceptos (el término principal -que estableces por frecuencia de uso-, los sinónimos, las variantes, los equivalentes en otras lenguas, etc., etc.)

Suerte :)



**Carolina Madrid**

9 mar

a Tatiana

Hola profe,  
muchas gracias por sus referencias, haré buen uso de ellas.

Sabe que estaba investigando un poco más y leí en un libro de Fedor de Diego que, además del método que usted me ha comentado y que también Cabré usa, existe también el método de la escuela canadiense, que se basa más en un criterio semasiológico porque parte del término hacia el concepto. Sé que este método sería más lexicográfico que terminográfico, pero al mismo tiempo permite crear un sistema conceptual a partir de los términos recabados y no empezando por el sistema ya preestablecido y seleccionando los términos después. O sea van al revés. Entonces, como yo he leído distintos documentos especializados en el área que estoy tratando y de ahí he ido tomando los términos, en mi caso prácticamente empezaría a formular el glosario a partir de los términos que considero más pertinentes dentro del tema (aún no me he puesto de lleno a formar bien bien el glosario, eso me toca esta semana).

Sin embargo, Fedor de Diego también dice que este tipo de sistema canadiense no es muy bueno ya que puede crear vacíos terminológicos en el producto final, donde fallen algunos términos o hagan falta otros...

Usted qué opina, ¿debería remitirme al método tradicional de Wüster y Cabré, o seguir el método canadiense? Se me ocurría que podía plantear esto como un problema dentro del capítulo del análisis y al final irme por el método establecido de Cabré y crear desde el principio el sistema conceptual. ¿Qué le parece?

Aquí le dejo el libro al que hago referencia de Fedor de Diego, lo que le comento se encuentra en las páginas 99-100. Se titula "Terminología: teoría y práctica" del año 1995.

<https://books.google.es/books?id=vog3R9KqvxAC&pg=PA80&lpg=PA80&dq=como+clasificar+un+trabajo+terminologico&source=bl&ots=81-MmE1f43&sig=PFNGjdpAEKW97WH6D-SKbqIWnw4&hl=es-419&sa=X&ei=3dX1VlaiHoy1UablGMAO&ved=0CCKQ6AEwAQ#v=snippet&q=sistema&f=false>

Un abrazo,  
Carolina



**Tatiana Lugo**

10 mar

a me

Hola,

El libro de Alicia es bastante viejo y se apoya en la teoría de Wüster, que es el cuerpo teórico que da origen a la Terminología como disciplina. Dicho esto, debo decirte que el método postulado por Wüster tiene un defecto visto desde este momento histórico: postula la univocidad del término, lo cual, en estos momentos no es cierto ya que hay términos con sinónimos, pero, más interesante aún, hay términos polisémicos (en diferentes campos) como 'virus', y términos que se usan con diferente significado dentro de un mismo campo, dependiendo de factores como la afinación del concepto debido a los avances científicos o tecnológicos.

Cabré postula algo novedoso como es la Teoría comunicativa de la Terminología que parte del hecho de que las unidades terminológicas pueden tener sinónimos e incluso variantes, caso del español y sus múltiples variantes en las diferentes regiones que lo hablan.

En este sentido, yo te sugiero que te decantes por la teoría comunicativa, es mucho más actual y más cercana a la realidad. Wüster es de principios del siglo XX.

La escuela canadiense también es muy interesante, de hecho, cuando te recomendé consultar Termium, el tutorial de Terminología, te estaba refiriendo a esa escuela. De ahí me gusta particularmente los postulados de Robert Dubuc en neología, sobre todo la clasificación que hace de los préstamos.

Si quieres trabajar a partir de los términos, puedes elaborar un "Glosario monolingüe con equivalencias", que es una propuesta de Cabré en "Hacia una teoría comunicativa de la terminología: aspectos metodológicos", publicado en el libro: La terminología. Representación y comunicación. (1999 IULA-UPF: Barcelona).

En este artículo Teresa hace una comparación entre la Teoría Wüsteriana y postula la Teoría Comunicativa de la Terminología. Propone los trabajos monolingües con equivalencias como trabajos más dinámicos, dirigidos a intermediarios lingüísticos. Los caracteriza así: "En un trabajo monolingüe con equivalencia, estas procederán de diccionarios o consultas a especialistas y traductores especializados en un tema."

Yo te recomiendo especialmente que lo revises, allí están contenidas las pautas metodológicas más modernas y funcionales. Te recomiendo igualmente, que te decantes por un solo enfoque porque si no te vas a enredar tu misma y tu trabajo no va a tener la claridad teórica ni metodológica que debería.

Con respecto a tu idea de plantear como problema la divergencia de métodos, me parece un enfoque correcto, sería el preámbulo perfecto para explicar tus razones de selección de uno o de otro.

Bueno, Carolina, espero haber aclarado algo de tus dudas.

Un abrazo.



**Carolina Madrid**

15 apr

a Tatiana

Hola profe, ¿cómo le va? Espero que esté bien.

Como le había comentado antes, ando con lo del trabajo de fin de máster. Ya he hecho el trabajo terminográfico y vaya que ha significado una hazaña, no es algo de poca cosa.

Con esto quería hacerle una pregunta muy puntual que todavía no me queda claro: ¿cuál es la diferencia entre una ficha terminológica y una ficha de vaciado? Porque según lo que he leído tengo entendido que la ficha de vaciado es donde se introducen todas las entradas al momento de recopilar los términos, mientras que la ficha terminológica es el trabajo final dividido por áreas y sub-áreas.

Otra cosita que se me escapaba es si también el fichaje de vaciado se convierte en el glosario final, o sea, si al momento de mostrar el trabajo final se debe hacer bajo formato de fichaje de vaciado.

Un saludo,

Carolina



Tatiana Lugo

17 apr

a me

Hola, Carolina:

Veo un poco de confusión. Vamos por partes. La ficha de vaciado es el documento preliminar, ahí vacías, colocas pues, toda la información pertinente para describir el término. Ahí puedes tener tres definiciones y cinco contextos, es decir, toooooo lo que vas encontrando que consideres puede ser útil.

La ficha terminológica es el documento definitivo. Ahí va solo la información validada por los expertos. Por ejemplo, la definición es la que tú armaste a partir de toooooo la información recabada.

Los campos que tienen las fichas poco tienen que ver con los campos o áreas del campo de conocimiento que investigas. Son cosas, digamos paralelas. En un campo de la ficha puedes colocar área y subárea, pero eso, por rigor de investigación debe estar desde un principio para no desorganizar el trabajo.

Espero no haberte enredado más.

Siempre a la orden.

Un abrazo.



Tatiana Lugo

17 apr

a me

Se me pasó lo más importante: el glosario.

El glosario es el producto de tu investigación. En él se incluye la información depurada, validada por los expertos, nunca la del vaciado que es preliminar. Cuidado con eso. Te recomiendo que revises diccionarios especializados, glosarios para que veas cómo se presenta. El glosario es la puesta a disposición del usuario toooooo la tecnología del área que investigaste. Cuidado, mucho cuidado. Debe quedar impecable.

Ahora sí, chaito.

## 2. Consulta con la profesora Valentina Cruz sobre los diferentes modelos de fichas terminológicas.

Valentina Cruz

02/04/11

a Alejandra, Anais, Andrew, Angel, Beatriz, me, César, Cindy, Karla, Leidy, Leomar, Lisbeth, Sergio, Adriana, Ana, Celeste, Fernanda, Freynet, Gabriel, Gabriela, Gabriela, Génesis, Glayredt, Hector, Iskra

Buenas noches, les estoy enviando nuevamente los modelos de ficheros que pueden utilizar, si les parece conveniente, en su trabajo de terminología.

Saludos,  
Valentina

 Propuesta de fichas.xls

a Alexandra, Anais, Andrew, Angel, Beatriz, me, César, Cindy, Karla, Leidy, Leomar, Lisbeth, Sergio

Buenas noches;

Adjunto otro modelo de ficha terminológica. Lo pueden modificar para adaptarla a sus trabajos.

Saludos,  
Valentina



### Anexo 3: Modelos de fichas terminológicas

Nº de ficha:	Notación numérica:	
ÁREA:	SUB – ÁREA:	SUB-ÁREA ESPECÍFICA:
ENTRADA:	FUENTE (S) DE LA ENTRADA:	CATEGORÍA GRAMATICAL:
SINÓNIMO (S):	FUENTE (S) DE(L) (LOS) SINÓNIMO (S):	
EQUIVALENTE (S):	FUENTE (S) DE(L) (LOS) EQUIVALENTE (S):	
DEFINICIÓN:		
FUENTE (S) DE LA DEFINICIÓN:	OBSERVACIONES:	
FECHA:	AUTOR:	