

MONOGRAFÍAS FEMINISTAS

Salud y género

No. 1 _
DICIEMBRE
_ 2022

In_Mujeres

INSTITUTO
DE LAS
MUJERES



Revista In_Mujeres

ES UNA PUBLICACIÓN EDITADA POR:
INSTITUTO DE LAS MUJERES
C/Pechuán, 1
28002 - Madrid

DIRECTORA DEL INSTITUTO DE LAS MUJERES
M^a Antonia Morillas González

DIRECTORA DE LA REVISTA IN_MUJERES.
MONOGRAFÍAS FEMINISTAS:
M^a Antonia Morillas González

COORDINADORA DE LA EDICIÓN:
María Vázquez Sellán
(Subdirectora General de Estudios
y Cooperación)

CONSEJO DE REDACCIÓN:
Paz Alonso Gastón
Mónica Belinchón Rivas
Ana Blanco-Magadán
Pilar Blázquez Gómez
M^a Isabel García Calvo

EDITORA DE CONTENIDOS E IMÁGENES:
Diana Oliver Ortiz
www.tacatacomunicacion.com

ILUSTRACIÓN DE PORTADA:
Carmina Canseco

FOTOGRAFÍA E ILUSTRACIONES
Julia Sánchez-Escobero Petisco (Peti Collage)
Luana Fischer
elements.envato.com
freepik.es
pexels.com
unsplash.com
shutterstock.com

SUSCRIPCIONES REVISTA ELECTRÓNICA:
revista@inmujeres.es
www.inmujeres.gob.es

PRODUCCIÓN EDITORIAL:
Editorial MIC
www.editorialmic.com



Catálogo de publicaciones de la Administración
General del Estado | <https://cpage.mpr.gob.es>

Nipo Papel: 050-22-040-7
eNipo: : 050-22-041-2
Depósito Legal: M-26059-2022



In_Mujeres no se hace responsable de las opiniones expresadas en los artículos publicados. Solo se considerarán opiniones de In_Mujeres. Monografías feministas aquellas que vayan suscritas por su directora o aparezcan en forma de editorial. Se podrán reproducir total o parcialmente los trabajos publicados en In_Mujeres, citando la procedencia y solicitando la autorización de la revista.

QUEDA PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL DE ESTA PUBLICACIÓN, POR CUALQUIER MEDIO FÍSICO O ELECTRÓNICO, SIN CITAR LA PROCEDENCIA.

Sumario

S



11.

Mujer_es
Salud con perspectiva
de género

**Mujeres invisibles
para la medicina**



19.

Mujer_es
Salud Covid 19

**La importancia
de la perspectiva
feminista**



27.

Mujer_es
Salud y fármacos

**Lo que queda
por hacer**

31.

Mujer_es
Salud y vejez

-

Viejas,
no enfermas



53.

Mujer_es
Salud sexual
y reproductiva

-

De las buenas
palabras a las
buenas acciones



45.

Mujer_es
Salud mental

-

Necesitamos
un nuevo
paradigma



67.

Mujer_es
Salud reproductiva

-

Violencia
obstétrica

59.

Mujer_es
Salud menstrual

-

Visibilizando
la importancia
de la salud
menstrual



75.

Mujer_es
Salud ginecológica

-

Situación
y necesidades
de mujeres
con DID

37.

Mujer_es
Salud laboral

-

Condiciones
de trabajo que
enferman

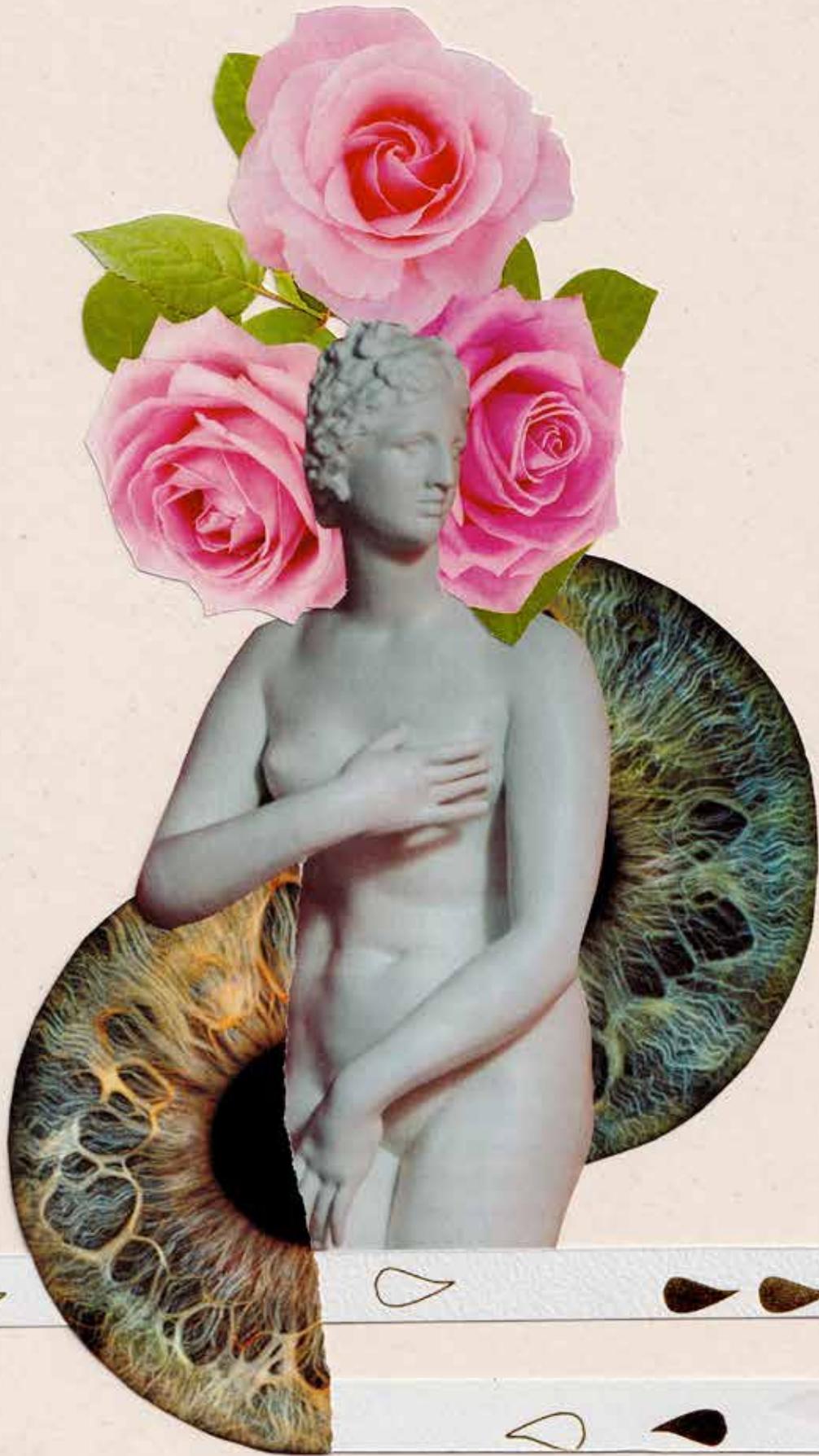


83.

Mujer_es

-

La salud de las
mujeres trans





*María Antonia
Morillas González*
Directora Instituto de las Mujeres

Ma. Morillas

Salud y género: Nos va la vida en ello

Presentamos el que es el primer número de la revista INMUJERES, Monografías feministas, una publicación semestral con la que el Instituto de las Mujeres pretende contribuir al debate, la reflexión y la divulgación de pensamiento feminista. Un espacio para dar visibilidad a las voces y al trabajo de expertas, profesionales y activistas, con el firme compromiso de compartir conocimiento y actualidad en clave feminista.

“Las ciencias de la salud han sido ciegas al género durante siglos, aceptando como única una visión patriarcal y sesgada de nuestros cuerpos y lo que les rodea, con consecuencias determinantes en su bienestar y en su autonomía”



P

resentamos el que es el primer número de la revista INMUJERES, Monografías feministas, una publicación semestral con la que el Instituto de las Mujeres pretende contribuir al debate, la reflexión y la divulgación de pensamiento feminista. Un espacio para dar visibilidad a las voces y al trabajo de expertas, profesionales y activistas, con el firme compromiso de compartir conocimiento y actualidad en clave feminista.

Desde su creación, el Instituto de las Mujeres ha sido un dispositivo institucional clave para fomentar la investigación y la divulgación de estudios feministas. Su programa “Mujeres en Cifras” fue una herramienta pionera en España para brindar datos estadísticos desagregados por sexo. Los estudios del Instituto y la colaboración con el feminismo académico han sido referencia y han contribuido al debate feminista y a orientar el diseño de las políticas públicas de igualdad en nuestro país.

Ahora que estamos en las vísperas del 40 aniversario del que fuera el primer organismo de igualdad de España, redoblamos nuestros esfuerzos poniendo en marcha nuevas herramientas que contribuyan a la construcción de conocimiento feminista y su divulgación, desde la convicción de que el Instituto de las Mujeres es un lugar de encuentro entre institución, ámbito universitario y movimiento feminista. La convocatoria de apoyo a estudios de postgrado y actividades universitarias, la nueva convocatoria de promoción de la investigación feminista, las becas de formación “María Telo”, el

premio de ensayo feminista “Celia Amorós” o la nueva versión divulgativa para redes sociales del programa “Mujeres en cifras” dan buena cuenta de esa apuesta renovada, de la que forma parte esta revista de monografías feministas.

Esta revista estrena su camino con un monográfico sobre salud y género, esta no es una elección casual, sino que se pretende ser una deliberada defensa de su importancia: la salud atraviesa nuestra cotidianidad, nuestros cuerpos, nuestro bienestar emocional; protegerla es un derecho humano y asegurarla, además de ser un pilar básico del estado del bienestar, es un deber de los poderes públicos. Es necesario hablar de salud, porque nos va la vida en ello.

Las mujeres hemos sido durante demasiado tiempo invisibles a la medicina, como titula el último libro de Carme Valls, cuya voz está presente en estas páginas. Por ello es fundamental que, al hablar de salud, lo hagamos incorporando el enfoque de género, desde la agencia y el protagonismo de las mujeres. Las ciencias de la salud han sido ciegas al género durante siglos, aceptando como única una visión patriarcal y sesgada de nuestros cuerpos y lo que les rodea, con consecuencias determinantes en nuestro bienestar y en su autonomía.

Algunos ejemplos de esta realidad se desarrollan a lo largo de este monográfico, con cuestiones como la hipermedicalización, el infradiagnóstico, los efectos diferenciados de tratamientos, la violencia obstétrica o el histórico tabú en torno a la menstruación y el climaterio.

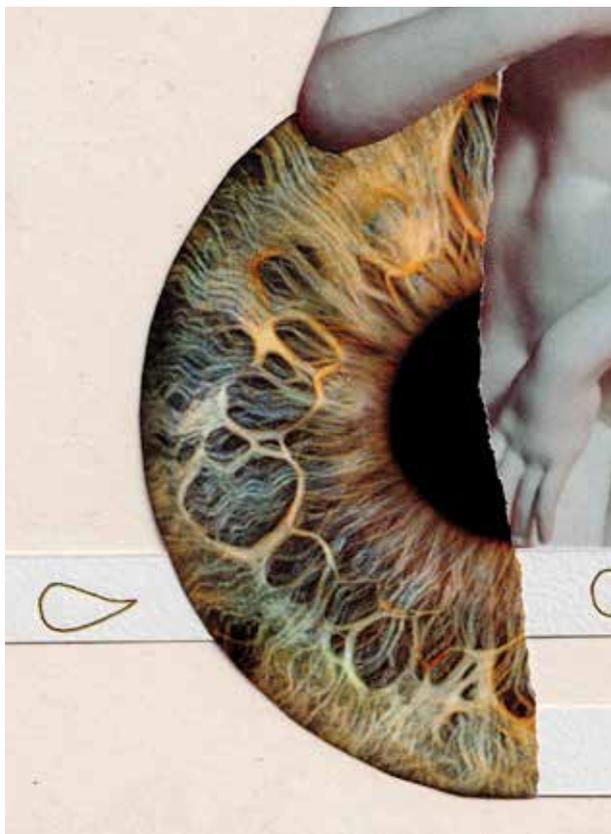
Los feminismos han hecho grandes aportaciones al campo sanitario, y una de las más importantes es que nos han enseñado que hablar de salud trasciende la consulta médica, e implica hablar también de la rela-

ción entre nuestro bienestar físico y mental y de las problemáticas que afectan a ambos; nos han enseñado que hablar de salud es también hablar de relaciones, de trabajo, de cuidados y dependencia, de sexualidad o de educación. Abordar la salud desde el género significa no solo hablar de mujeres, de estadísticas y porcentajes, sino desde nosotras y entre nosotras.

La falta de autonomía y de representación desde el género en el terreno de la salud ha tenido además impactos especialmente duros en algunas mujeres. Me refiero, por ejemplo, a las mujeres LTBI, que han visto limitado su derecho al acceso y protección de la salud, precisamente por su orientación o sus características sexuales, y con él, su derecho a vivir vidas plenas y dignas de ser vividas. Me refiero también a las mujeres con discapacidad, tanto física como intelectual o del desarrollo, cuyos derechos se han visto limitados y vulnerados, hasta el punto de ser víctimas de esterilizaciones forzadas, una gravísima vulneración de derechos humanos que, afortunadamente, cesó de practicarse en nuestro país en 2020, tras una deuda histórica con este colectivo.

Me refiero asimismo a las mujeres mayores, a las que la medicina ha tratado demasiado a menudo desde el paternalismo y la vulnerabilidad, negando sus malestares de género, relegando sus reivindicaciones, reduciéndolas a menudo a “*ser para otros*”. Reivindicar un enfoque de su salud implica hablar de problemáticas comunes largamente silenciadas, hablar también de sexualidad, de disfrute y goce de todos los cuerpos, de formas distintas de vivir la madurez a los estereotipos que también se refuerzan desde la salud. Y me refiero, claro, a todas esas mujeres migrantes, discriminadas por sus territorios de origen a las que se les ha llegado a negar, incluso, el acceso a la sanidad pública que debiera ser universal, gratuita y de calidad.

“Los derechos sexuales y reproductivos son parte fundamental de nuestra salud, por ello es tan importante celebrar conquistas legislativas como la Ley Orgánica de garantía integral de la libertad sexual”



Son muchas las mujeres que están siendo también protagonistas de este cambio, tomando la palabra en materia de salud. Un reciente estudio de este Instituto de las Mujeres sobre la sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español nos revelaba algunos datos muy importantes para comprender sus necesidades y preocupaciones en materia de salud sexual y reproductiva. Las jóvenes encuestadas no sólo suspendían a la educación sexual recibida en los centros de estudios, con una insuficiente valoración media de 4,4, sino que demandaban activamente de una mayor y mejor educación sexual, en torno a temas como el bienestar y la gestión emocional, la prevención de las ITS, la diversidad sexual, el placer o los métodos anticonceptivos.

A todas ellas debemos agradecer el haber puesto encima de la mesa cuestiones y problemáticas silenciadas durante mucho, demasiado tiempo. En este sentido, también es muy relevante abordar, como se hace en estas páginas, la importancia de la salud obstétrica, durante el embarazo y el parto, pero también durante la crianza.

Cada vez más mujeres comparten sus experiencias y a través de sus historias estamos conociendo vivencias compartidas, vivencias a veces atravesadas por la incertidumbre, por la falta de consentimiento libre, previo e informado; testimonios que hablan también de violencia. Si la perspectiva de género es fundamental en todas las ramas y ámbitos de la salud, lo es especialmente en el ámbito ginecológico y obstétrico.

En este sentido, tanto las libertades como los derechos sexuales y reproductivos, son parte fundamental de nuestra salud, por ello es tan importante celebrar conquistas legislativas como la Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual, recientemente aprobada. Esta ley no solo aborda la violencia sexual y amplía la protección frente a la misma, sino que tiene un impacto fundamental en la salud de las mujeres, pues pone el acento en la relación que las violencias sexuales contra las mujeres tienen en su salud física y mental, imprescindible para el derecho a la reparación de estas violencias. De hecho, no sólo es una ley que actúa en este sentido, sino que también previene, ya que garantiza la pedagogía feminista en la educación sexual para las personas más jóvenes.

Los movimientos feministas, en la lucha histórica por la salud sexual y reproductiva siempre ha tenido el derecho al aborto en el centro de sus reivindicaciones.

Querría aprovechar estas páginas para subrayar su importancia en nuestro país, con hitos como el Tren de la Libertad en 2013, que con su marcha puso freno al intento de limitar y retroceder en este derecho, pero también su importancia global. Las reivindicaciones de Chile, de Argentina, de Estados Unidos, de Brasil, protagonizadas por generaciones de mujeres que reivindican la autonomía sobre sus cuerpos y sus vidas, nos recuerdan que esta conquista debe ser siempre defendida y ampliada, desde las calles y desde los parlamentos, pero también desde las aulas, a través de la educación sexual obligatoria y adaptada a todas las etapas educativas.

Una educación que reconozca la diversidad sexual, la prevención de embarazos no deseados, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el abordaje de la salud menstrual con perspectiva de género. Este aspecto, también lo trabajamos y garantizaremos en la modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Finalmente, sabiendo que son muchas las cuestiones que no menciono pero que se abordan en el cuerpo de este número, quisiera acabar aprovechando estas páginas para homenajear a todas esas mujeres profesionales de la salud en distintos ámbitos, algunas de ellas autoras presentes en este número, por su indispensable labor y su valentía siendo pioneras y poniéndose al frente de los discursos y de las prácticas feministas en salud, en salud laboral, en medicina o en intervención sociosanitaria o de servicios sociales, por ejemplo.

Sirvan estas líneas, especialmente, para reconocer y agradecer el papel de todas esas mujeres imprescindibles que durante la COVID-19 sostuvieron la vida, especialmente en los centros hospitalarios, en las residencias y también en muchos hogares, demostrando que el lema feminista de "sin nosotras, se para el mundo" es una realidad material y concreta. Es más, no sólo a ellas, sirvan como reconocimiento a todas aquellas que, con pandemia y sin pandemia, nos sostienen a diario, en muchas ocasiones sin desearlo, pero asumiendo la ausencia y la corresponsabilidad de los servicios públicos.

Que los artículos que recoge este primer número de In_Mujeres sirvan para afirmar y confirmar el papel de las mujeres como sujetos activos, como protagonistas de su salud, y por tanto de sus vidas; sirva también, como siempre, para reivindicar y agradecer a los feminismos su poder para alumbrar el camino hacia vidas más diversas, más dignas y más sanas para todas nosotras.

“Los feminismos han hecho grandes aportaciones al campo sanitario, y una de las más importantes es que nos han enseñado que hablar de salud trasciende la consulta médica, e implica hablar también de la relación entre nuestro bienestar físico y mental y de las problemáticas que afectan a ambos”





POR _ ¹ *Carme Valls-Llobet*

¹ Médica experta en Medicina con Perspectiva de Género y Directora del Programa Mujeres, Salud y Calidad de Vida | CAPS.

Mujeres invisibles para la medicina

L

as ciencias de la salud no han incorporado a las mujeres en los trabajos de investigación hasta finales del siglo XX. La perspectiva de género ha permitido investigar aspectos de la ciencia desconocidos, aunque a veces el género ha contribuido a invisibilizar la salud de las mujeres.

Para ser tratados con igualdad, las mujeres y todos los seres humanos han de ser reconocidos en sus diferencias, precisamente para poder defender los derechos a la vida con calidad. Se deberá construir la ciencia de las diferencias y desigualdades, que forme parte de la investigación y docencia dentro de todas las especialidades de las ciencias de la salud.



En 1991 Bernardine Healy analizó...

*Una mala praxis de los servicios
de cardiología americanos al
no realizar las mismas técnicas
y exploraciones a mujeres
y a hombres*



“La medicina ha de hacerse sensible a la incorporación del sexo y género en la investigación y asistencia sanitaria”

Las ciencias de la salud, como muchas otras ciencias, han nacido en un periodo histórico determinado y aunque se había creído que la ciencia era objetiva y neutra, el mismo pensamiento feminista ya desarrolló un pensamiento crítico respecto a la pretendida “objetividad de la ciencia” en la que se hace evidente que la ciencia es una construcción social, por lo tanto, influenciada por intereses políticos, económicos, ideológicos y sociales, externos e internos a la misma generación científica. La ciencia tampoco es ajena a las actitudes que pueden tener los investigadores hacia las mujeres y a los estereotipos mentales que hayan marcado su conducta. Un análisis adecuado de las desigualdades en salud de hombres y mujeres requiere, en palabras de la doctora en antropología social Mari Luz Esteban, “una visión no determinista y desnaturalizadora del cuerpo y la salud, así como una utilización correcta del concepto de género, para lo que es preciso tener en cuenta las aportaciones y revisiones feministas”.

La ciencia médica ha nacido fundamentalmente del estudio de pacientes en los hospitales donde se empezó a acumular la información para construir el cuerpo científico, el diagnóstico de las enfermedades, el detalle de los diagnósticos y se comprobó la evolución de los tratamientos. Pero los ingresos hospitalarios son de predominio masculino. Las investigaciones de muchas especialidades médicas no incluyeron mujeres en los trabajos de investigación. Se suponía que al estudiar a los hombres, se estudiaba también a las mujeres, que los problemas que presentaban eran similares y que era posible ex-

trapolarlos. La ciencia médica nació sesgada porque nació androcéntrica, por lo que en el futuro será necesario investigar en qué aspectos y cómo ha conseguido invisibilizar a las mujeres o sesgar su aproximación diagnóstica y terapéutica.

Pero tal como he detallado en el libro *Mujeres invisibles para la medicina*, se va publicando una creciente evidencia en la investigación preclínica y clínica que demuestra que hembras y machos –y mujeres y hombres– pueden diferir significativamente en la susceptibilidad a enfermedades, en la respuesta a los tratamientos y en la eficacia de los mismos y sus efectos secundarios. Los mecanismos subyacentes a las diferencias por sexo y género se deben a factores epigenéticos, genéticos, endocrinológicos, ambientales, sociales, económicos y conductuales y todos los factores deben ser estudiados para poder realizar una buena asistencia teniendo en cuenta las diferencias.

Cuando en 1991 Bernardine Healy analizó la mala praxis de los servicios de cardiología americanos al no realizar las mismas técnicas diagnósticas y las mismas exploraciones a mujeres y a hombres, quiso entender de dónde nacía este posible sesgo inconsciente. Se remontó a las décadas de los 80 y 90, un momento en el que los programas de investigación que se realizaban relacionados con las enfermedades cardiovasculares se habían realizado solo con hombres dentro de la cohorte de estudio. Las mujeres fueron excluidas sistemáticamente de los ensayos clínicos durante años en las investigaciones cardiovasculares. Muchos ensayos

clínicos se habían realizado solo entre hombres porque se suponía que los resultados se podían aplicar automáticamente a las mujeres o que las mujeres estaban naturalmente protegidas para la cardiopatía isquémica, cuando es la primera causa de mortalidad de las mujeres en todo el mundo. La excelente revisión sobre la síntesis de datos globales de alto nivel sobre salud y género, resume el progreso que se está realizando para conseguir la igualdad de género en ciencia, medicina y salud global y señala que estamos en el buen camino de recoger datos cada vez más diferenciados en todo el mundo.

LA MEDICINA SENSIBLE AL SEXO Y GÉNERO (MSSG)

La medicina sensible al sexo y género se centra en el papel que juegan las diferencias biológicas y las estructuras de poder socio culturales en la asistencia de la salud. Es decir, estudia cómo el sexo y el género afectan las conductas saludables, el desarrollo de las enfermedades, sus diagnósticos, el manejo y seguimiento de su evolución y los efectos a largo plazo. Ulteriormente, la MSSG también se puede concentrar en la estructura del sistema de asistencia sanitaria y en como la forma tradicional de trabajar impacta en la fuerza de trabajo y en sus oportunidades. Esta sensibilidad también conducirá al análisis de cómo se está proporcionando la asistencia sanitaria y cómo se está realizando la investigación.

La medicina se ha hecho lentamente sensible al género y al sexo en los últimos 30 años. Las agencias públicas que financian la investigación en



En un total de 700 enfermedades

Existe un retraso en el diagnóstico a las mujeres

- » *Diabetes* 4,5 a + t
 - » *Cáncer* 2,5 a + t
- (A+T= AÑOS MÁS TARDE)



“Es preciso que se construya la Ciencia de las diferencias y las desigualdades en la salud”

Europa, Canadá y Estados Unidos están solicitando en las bases de sus requisitos para obtenerla que se considere el sexo y el género en los estudios becados o financiados. Las revistas científicas adoptan en sus bases la necesidad de que los trabajos publicados deben incluir las estadísticas diferenciadas por sexo para ser admitidos. Diferenciar las estadísticas por sexos en los trabajos de investigación biomédica ya ha sido una forma de profundizar en las diferencias de lo que ocurre a mujeres y hombres en determinadas enfermedades, o con relación a condiciones de vida o trabajo concretas. Ha sido un primer paso para visibilizar las diferencias. Pero el análisis de los resultados no siempre se ha hecho teniendo en cuenta la perspectiva de género. El hecho de entender que los roles de género (el papel de las mujeres como cuidadoras o trabajadoras en el ámbito doméstico, con la actual doble o triple jornada para las que trabajan también fuera de casa, y el del varón como suministrador exclusivo de los bienes de la familia) han supuesto una forma de supresión de los deseos y de enmascaramiento de los síntomas de uno y otro sexo.

Sexo y género no son sinónimos, aunque a veces la literatura anglosajona puede sustituir una palabra por otra. La perspectiva de género y la palabra género ha nacido de las ciencias sociales para identificar cómo los estereotipos mentales llegan a condicionar las conductas de la persona que observan e investigan, y también de las ciencias psicológicas que han comprendido como se han sesgado las construcciones de la subjetividad de mujeres y hombres por los este-

reotipos en que han vivido, sumergidos en el seno de las familias, de las escuelas y de la sociedad.

Pero a veces la palabra género puede encubrir las diferencias de las mujeres respecto a los hombres –la denominación violencia de género puede encubrir la violencia contra las mujeres–. Género no es igual a mujer y a veces el concepto de género se convierte en una nueva forma de reclusión de las diferencias en los discursos de algunas personas. La actual práctica médica investigadora y asistencial está todavía muy lejos de ser sensible al sexo, por lo que ni mucho menos es sensible al género. Sabine Oertelt Prigione nos propone reconsiderar qué estimamos como salud y nos invita a preguntarnos cómo podemos superar la investigación centrada primariamente en realidades privilegiadas para poder incluir temas que puedan dirigirse a estudiar el impacto de género en todas su amplitud.

SESGOS DE GÉNERO EN LA CIENCIA MÉDICA CLÍNICA

Los sesgos de género en medicina perpetúan de múltiples formas los estereotipos de género, al hacerlas invisibles, inferiores y controladas a través de la medicalización del cuerpo y la mente de las mujeres. Lo he descrito con detalle en mi libro *Mujeres, salud y poder*. Los sesgos en investigación y docencia, en el caso de que se incluyan mujeres en la cohorte de investigación, no valoran las condiciones vida y trabajo, ni la sobrecarga psicosocial, por lo que en los estudios de la evolución de patologías se analizan mujeres en abstracto de las que se desconoce si tiene hijos,

familia, si son cuidadoras o viven sometidas a situaciones de estrés. Son muchas las formas en que la medicina clínica actual sesga la visibilidad de los diagnósticos más prevalentes entre las mujeres a lo largo de toda su vida, desde el desconocimiento de los trastornos de la menstruación en la adolescencia hasta la magnificación de las consecuencias del hecho natural de que se retire la menstruación, junto con la aparición de patologías crónicas que producen dolor y que son más frecuentes entre las mujeres.

Existen creencias en el inconsciente de muchos profesionales de la salud que sesgan la claridad con la que se debería abordar el proceso de diagnóstico y tratamiento de muchas patologías. Se invisibilizan los diagnósticos suponiendo que los riesgos y morbilidad de hombres y mujeres son iguales, cuando en muchos casos son diferentes, y por el contrario se considera que existen diferencias biológicas o psicológicas cuando hay similitudes. En el caso de la asistencia a mujeres es más probable que las quejas o los síntomas sean consideradas psicósomáticas y se medicalice con ansiolíticos y antidepresivos en primera consulta. Es frecuente también que se minimice o magnifique la patología femenina y los resultados de las analíticas de laboratorio sin base científica, y que se ejerza un paradigma reduccionista de etiologías o cruce incorrecto de causa efecto. En un estudio realizado por la Universidad de Copenhague, con datos de casi siete millones de mujeres y hombres, se han publicado evidencias de que en 700 enfermedades existe un mayor retraso de diagnóstico en las mujeres con respecto a los hombres.



El cuerpo de la mujer

- » *Es el primer bioacumulador químico.*
- » *Más vulnerable a los trastornos de la alimentación.*
- » *El alcohol produce un doble efecto negativo.*
- » *El tabaco causa osteoporosis.*



“Las mujeres han estado ausentes de los trabajos de investigación sobre salud hasta finales del siglo XX”

Las mujeres son diagnosticadas de diabetes, 4,5 años más tarde que los hombres, y de cáncer 2,5 años más tarde también.

Tampoco se tiene en cuenta que hay riesgos y efectos tóxicos que son diferentes entre mujeres y hombres. El cuerpo de las mujeres es el primer “bioacumulador químico” ambiental (pesticidas, disolventes, derivados de los plásticos, hidrocarburos de coches) por la mayor composición de grasa en su cuerpo, ya que está preparado para dar la vida y para la lactancia. El alcohol produce un efecto doble por su mayor absorción y por su toxicidad hepática. El tabaco provoca osteoporosis en las mujeres, además del resto de toxicidad que afecta también a los varones. Las mujeres son más vulnerables a los trastornos de la alimentación como la anorexia o la bulimia, restringen la comida bajo la presión de la mirada social, de la mirada del otro, que determina cómo ha de ser el cuerpo de la mujer. Las terapias hormonales en la menopausia se han aplicado sin investigación ni control y se han desaconsejado por el exceso de cáncer de mama producido. Lentamente la ciencia avanza con la aportación de muchos trabajos de investigación que deben incorporarse a la docencia en la formación de las y los profesionales sanitarios.

DEBEMOS CONSTRUIR LA CIENCIA DE LAS DIFERENCIAS Y LAS DESIGUALDADES

Es muy difícil, y para algunas mujeres casi imposible, cambiar actitudes y valores, en un cuerpo cansado, agotado, por la doble jornada, por

las violencias en la vida, en el trabajo y en las relaciones personales, o por las carencias nutricionales, las disfunciones endocrinológicas, las menstruales y las provocadas por el medio ambiente o la medicalización excesiva del cuerpo, sino recibe apoyo de los servicios sanitarios empoderados con la ciencia de la diferencia.

Para darles soporte real, la ciencia médica ha de tener en cuenta las diferencias a la hora de enfermar y los distintos factores de riesgo en hombres y en mujeres, así como las desigualdades que presentan. Es necesario aumentar la investigación y docencia en morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. La organización sanitaria ha de ser progresivamente más sensible a los temas de sexo y género creando espacios y protocolos especiales que faciliten el diagnóstico diferencial. La ciencia de las diferencias y desigualdades debería formar parte de la investigación y docencia dentro de todas las especialidades de las ciencias de la salud.

“Se han constatado la persistencia de sesgos de género en la asistencia sanitaria”





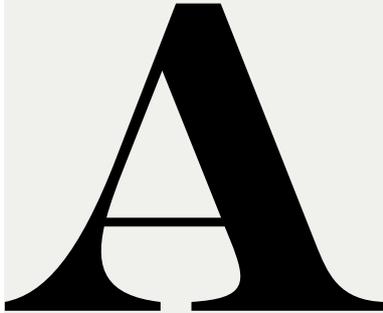


POR _ ¹ *Vita A. Arrufat Gallen*

¹ Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

La importancia de la perspectiva feminista en la evidencia científica: El impacto de la vacuna frente a la Covid-19 en la salud de las mujeres como ejemplo paradigmático

Las mujeres somos más longevas que los hombres y también acudimos con más frecuencia a los servicios sanitarios que los hombres. Las mujeres tenemos el protagonismo en las enfermedades crónicas, ya que somos mayoría las afectadas y también mayoría las cuidadoras, sea esta labor remunerada o no. Sin embargo, se nos diagnostica con mayor retraso que a los hombres de enfermedades como las cardiovasculares o las pulmonares. También de enfermedades agudas como la COVID-19. Los datos así lo demuestran: hemos padecido más casos de enfermedad COVID-19 que los hombres, aunque hemos sido menos diagnosticadas e ingresadas en hospitales.



fecha de 20 de abril de 2021, se habían notificado a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España 3.435.840 casos confirmados de COVID-19, de los cuáles 3.408.112 aportaban información completa para las variables de sexo y edad. Según esos datos, la franja de edad más afectada ha sido la comprendida entre los 40 y los 49 años, con 574.523 casos confirmados (16,9 %) a lo largo de todo el periodo, representando las mujeres el 52,4 % del total de casos. Las cifras de hospitalizados, sin embargo, las encabezan los hombres (54,9 %). Y la diferencia entre hombres y mujeres se amplía más en los casos de ingresos en UCI, donde la ratio hombre-mujer se sitúa en el 2,2 (69,1% hombres). Durante todo el periodo, se han registrado (con las variables sexo y edad completas) 76.707 casos confirmados de COVID-19 que han fallecido, 55,2% fueron hombres y 31.496 (41,1%) se encontraban en la franja de edad entre 80 y 89 años¹.

¿A qué puede deberse esta descompensación en los datos entre mujeres y hombres? María Teresa Ruiz Cantero nos muestra en *COVID-19: Análisis epidemiológico y clínico desde la perspectiva de género*², cómo las mujeres presentan síntomas diferentes a los hombres para el diagnóstico de COVID-19. Según las definiciones de caso que ha propuesto la OMS, la COVID-19 es una enfermedad inflamatoria con una consecuencia inmunológica grave

de una infección del SARS-CoV-2, pero no es universal. Se requiere el desarrollo de hipoxia e indicadores bioquímicos e inmunológicos³. Sin embargo, la COVID-19 se asocia a un innumerable rango de síntomas (Fiebre, disnea, dolor de garganta, tos, diarrea, distrés respiratorio, etc.) que no tiene por qué presentarse por igual en hombres y mujeres. Puede que la propia definición de la OMS haya conseguido que la tasa de ingresos hospitalarios sea mayor en hombres que en mujeres al tiempo que, por el contrario, la pandemia muestra un exceso de mortalidad en mujeres y muchos más fallecimientos de mujeres que de hombres en las residencias.

VACUNACIÓN COVID-19 Y EFECTOS ADVERSOS EN MUJERES

En la página web del Ministerio de Sanidad⁴ se pueden consultar los datos de vacunación por comunidades autónomas y por edad, pero

no por sexo. Según esos datos, el 87 % de la población tiene al menos una dosis puesta de vacuna contra la COVID-19. Entendemos que las mujeres somos población y que, partiendo de esa base, tenemos una tasa de cobertura vacunal media, igual que la de los hombres. Sin embargo, sigue faltando esta información, esta desagregación por sexos que tampoco existe en el apartado COVID-19 del Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE)⁵.

El Grupo de trabajo de efectividad de vacunación COVID-19, en su 5º informe, *Análisis de la efectividad de la vacunación frente a COVID-19 en España*⁶ (GRÁFICO INFERIOR) tampoco contempla la variable sexo. Sin embargo, esa perspectiva de género es fundamental porque puede que las mujeres necesitemos diferente dosis de vacuna contra la COVID-19 que los hombres, y que, incluso, presentemos diferentes efectos secundarios a la vacunación.

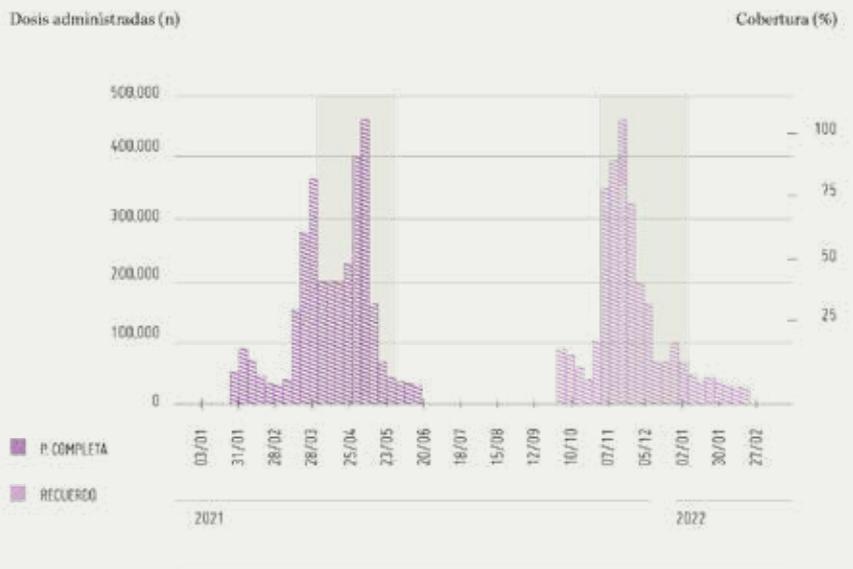
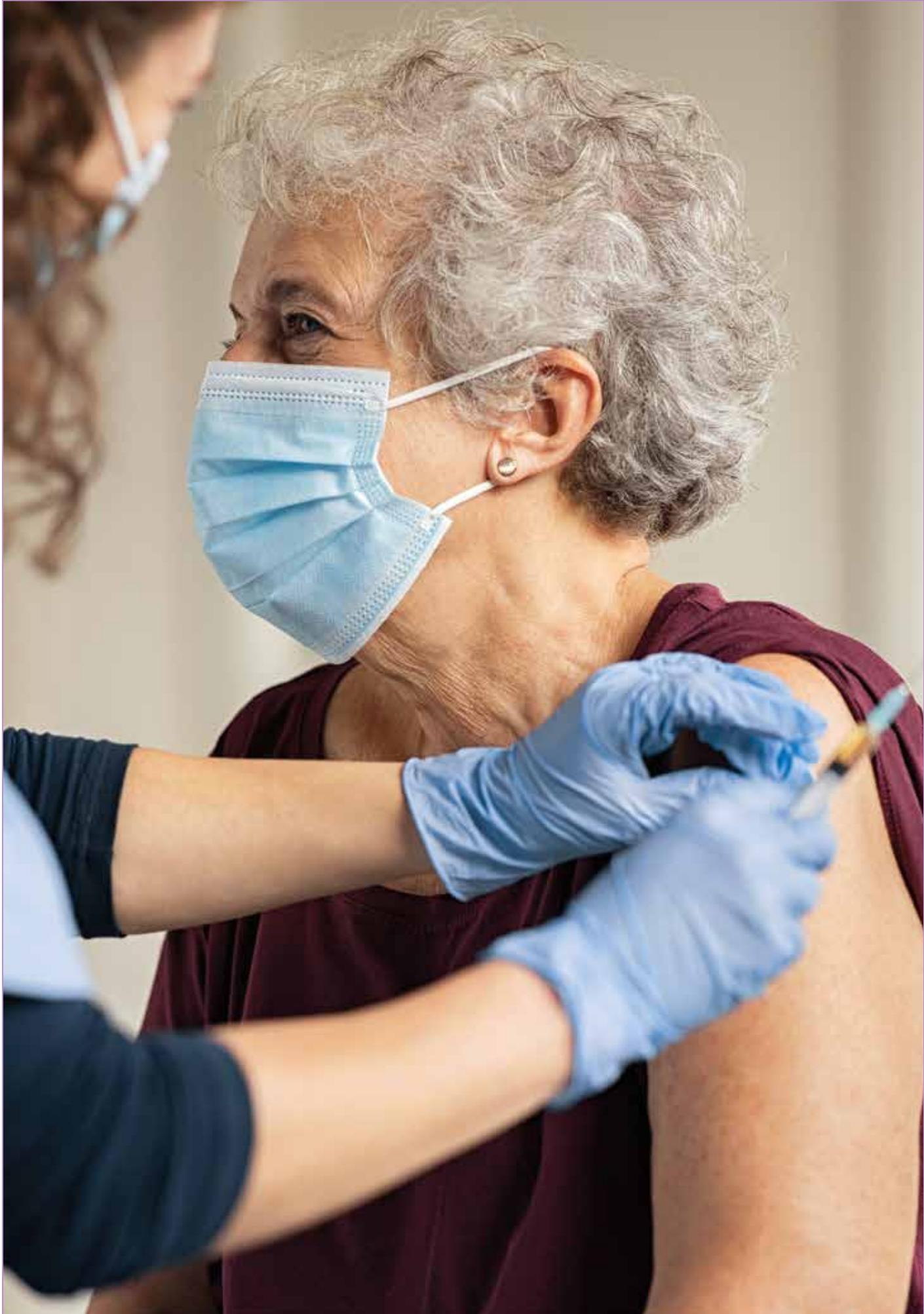


FIGURA 1. COBERTURA DE VACUNACIÓN Y NÚMERO DE PERSONAS QUE ALEJANZAN LA VACUNACIÓN COMPLETA POR SEMANA (COLUMNAS) EN PERSONAS DE 80 AÑOS. LA ZONA SOMBRADA SON LOS MESES INICIALES SELECCIONADOS PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD POR TIEMPO DESDE LA VACUNACIÓN.

“Se calcula que al menos cuatro de cada diez mujeres han reportado alteraciones menstruales tras recibir la vacuna contra la Covid-19”





“Las mujeres hemos padecido más casos de enfermedad Covid-19 que los hombres, aunque hemos sido menos diagnosticadas e ingresadas en hospitales”

Hasta el 10 de julio de 2022 se habían administrado en España 102.480.101 dosis de vacunas frente a la COVID-19, habiéndose registrado 75.978 notificaciones de acontecimientos adversos. Los acontecimientos notificados con más frecuencia siguen siendo los trastornos generales (fiebre y dolor en la zona de vacunación), del sistema nervioso (cefalea y mareos) y del sistema musculoesquelético (mialgia y artralgia)⁷.

Pese a esos datos, lo cierto es que desde el inicio de la vacunación contra la COVID-19 se han recibido miles y miles de testimonios de mujeres que señalaban cómo, tras ponerse la vacuna, experimentaban (entre otros síntomas más habituales) ausencia en el periodo, fuertes cólicos o sangrados excesivos o intermenstruales. Esta aparente afectación, sin embargo, no figuraba en la prescripción de la vacuna. Dos años después, un estudio científico realizado por la Universidad de Illinois en Chicago y publicado en la revista *Science Advances*⁸, corroboraba lo que la mayoría de nosotras, por propia experiencia, ya sabíamos: la vacuna provoca trastornos en la menstruación y en el flujo menstrual. De hecho, según apuntan las autoras, se calcula que “al menos cuatro de cada diez mujeres han reportado alteraciones menstruales tras recibir la vacuna”.

Este no ha sido el único estudio que avala esta evidencia. El Instituto No-

ruego de Salud Pública evaluó los cambios menstruales en 5.688 mujeres entre 18 y 30 años mediante cuestionarios enviados a los móviles de las participantes⁹. Si bien el 37,8 % reportó alteraciones en la menstruación antes de la vacunación, el aumento de casos tras la primera inyección fue significativo, especialmente el sangrado abundante. En general, los trastornos fueron temporales y volvieron a la normalidad dos meses después. Estas variaciones no afectaron a la aceptación de la vacuna: el 92,3 % de las mujeres que notificaron cambios tras la primera dosis también se administraron la segunda (94 % en el caso de aquellas que no habían informado de ningún cambio). La manifestación de cambios en la menstruación tras la segunda dosis fue algo más elevada. Dos de cada tres mujeres que presentaron alteraciones después de la primera dosis volvieron a experimentarlas con la segunda. Estos últimos datos se están evaluando y no hay conclusiones definitivas sobre su duración.

Por su parte, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos estudiaron la asociación entre la duración del ciclo menstrual y la vacunación. Para ello analizaron datos de 3.959 mujeres entre 18 y 45 años recogidos mediante una aplicación móvil. El grupo vacunado presentó una pequeña variación en la duración del ciclo, que llegaba un día más tarde, pero no en la duración del sangrado. El retraso

fue más notable en las mujeres que recibieron las dos dosis durante el mismo ciclo (dos días). En todos los grupos el efecto fue transitorio y la duración de los ciclos volvió a la normalidad dos ciclos después de la vacunación.

En España, un estudio reciente realizado por la Universidad de Extremadura ha encontrado que prácticamente la mitad de las encuestadas han tenido diferentes alteraciones en su ciclo menstrual o inflamación de los ganglios linfáticos de las axilas, al pasar la COVID-19 o al ponerse la vacuna¹⁰.

Durante la última reunión del Comité de Evaluación de Riesgos de Farmacovigilancia (PRAC) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) se discutieron los casos notificados de trastornos menstruales que han ocurrido tras la vacunación contra la COVID-19. La EMA ha señalado que, hasta el momento, no se ha establecido una asociación causal entre las vacunas COVID-19 (RNAm) y los trastornos menstruales. Sin embargo, el PRAC continuará revisando toda la evidencia disponible, incluidos los informes de presuntos eventos adversos y la literatura científica, y seguirá monitoreando el problema. Para ello, se ha solicitado a los titulares de la autorización de comercialización de todas las vacunas COVID-19 aprobadas en la UE que proporcionen más datos como parte de los informes de seguridad mensuales.

“Puede que las mujeres necesitemos diferente dosis de vacuna contra la Covid-19 que los hombres y que, incluso, presentemos diferentes efectos secundarios a la vacunación”

LA NECESIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

En el artículo científico *COVID-19: Analyzing Sex and Analyzing Gender*, publicado en *Gender Innovations*¹¹, concretamente en su apartado 2 (Centrarse en la dosificación y los efectos secundarios específicos del sexo de las vacunas y la terapéutica), podemos leer:

“Las mujeres parecen experimentar una mayor incidencia general de efectos secundarios de los medicamentos que los hombres. Esto podría estar relacionado con las diferencias biológicas, las diferencias en las opciones terapéuticas o las diferencias en los informes. Es necesario tener en cuenta las posibles diferencias de sexo en la respuesta y la eficacia de las nuevas terapias y vacunas (Tannenbaum et al., 2017). Es posible que se necesiten diferentes dosis de vacuna para mujeres y hombres, y los efectos secundarios pueden ocurrir a diferentes velocidades. Por ejemplo, las mujeres corren un mayor riesgo de desarrollar irregularidades en el ritmo cardíaco (prolongación del intervalo QT) debido a las diferencias fisiológicas en los latidos del corazón. Este riesgo aumenta con el uso de medicamentos para el corazón y muchas otras terapias, como la hidroxicloroquina y la azitromicina, que actualmente se están probando para su uso contra el COVID-19. Además, en el diseño de los ensayos clínicos deben tenerse en cuenta cuestiones específicas del sexo, como la

provisión de terapias que pueden salvarles la vida a las mujeres embarazadas mientras se previenen las complicaciones fetales. Esto es particularmente relevante en países con recursos de atención médica limitados y donde las tasas de fertilidad pueden ser más altas, lo que aumenta significativamente el número de pacientes con COVID-19 potencialmente embarazadas”.

Pese a esta recomendación, como explica la doctora María Teresa Ruiz Cantero¹², aunque en los ensayos clínicos para comercializar las vacunas para la COVID-19 se han estudiado a más mujeres voluntarias que hombres, en los resultados de esos estudios no hay una desagregación de la información por sexo.

Hasta ahora la información científica de la que disponemos nos permite decir que no conocemos la evolución de la pandemia COVID-19 en la población. Se requieren estudios poblacionales, con la dimensión del tiempo y por supuesto el estudio de la variable sexo. La pandemia es sindemia, ya que no afecta por igual según el sexo, la clase social o el barrio. Hemos leído estudios donde queda bien reflejado que las mujeres que ejercen como profesionales de los cuidados (educación, sanidad, limpieza, cuidadoras) se han visto más afectadas. Y si tenemos en cuenta estos estudios podemos decir que las repercusiones en la salud de las mujeres de la pandemia son peores que en los hombres.



Por eso, necesitamos tener en cuenta los factores determinantes de salud y enfermedad a la hora de investigar los efectos en la salud de las mujeres de la pandemia de la COVID-19. Hay que continuar produciendo evidencia científica que contenga la perspectiva feminista, y diseñar la agenda de servicios de Salud necesarios para reducir las desigualdades en la salud de las mujeres. Es necesaria la creación inmediata de un centro de referencia estatal en salud Pública¹³ que contribuya a estudiar la perspectiva de género en la pandemia COVID-19.



“Hay que continuar produciendo evidencia científica que contenga la perspectiva feminista, y diseñar la agenda de servicios de Salud necesarios para reducir las desigualdades en la salud de las mujeres”

Bibliografía

¹ Consultado 27/07/2022: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20210528_EPIDEMIOLOGIA.pdf

² COVID-19: Análisis epidemiológico y clínico desde la perspectiva de género: https://www.observatoriosaludmujeres.es/wp-content/uploads/2022/06/MT-Ruiz-Cantero_PPT.pdf

³ Bamji AN. Infection with SARS-CoV-2 is not the same as covid-19. *Br Med J.* 2021; 374: n1896.

⁴ Consultado 27/07/2022: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/pbiVacunacion.htm>

⁵ Consultada 27/07/2022: https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/browse/ta/ta_covid

⁶ Ministerio de Sanidad.
Dirección General de Salud Pública:
Aurora Limia Sánchez, Carmen Olmedo Lucerón (Área de Programas de Vacunación, Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención).
Ma José Sierra Moros, Elena Vanessa Martínez Sánchez (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias) Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, CIBERESP.
Amparo Larrauri Cámara, Susana Monge Corella, Ayelén Rojas-Benedicto, Clara Mazagatos Ateca. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, División de Farmacovigilancia y Farmacovigilancia: Elisa Martín Merino y Belén Castillo Cano. Estudio por el método de screening Estimaciones desde abril de 2021 a febrero de 2022 Grupo de Trabajo de Efectividad Vacunación COVID-19, 20 de abril de 2022. Revisión del 20 de mayo de 2022. Consultado 27/07/2022 en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Efectividad_VacunacionCOVID-19_Espana_EstScreening_5Informe.pdf

⁷ Consultado 1/08/2022: <https://www.aemps.gob.es/informa/boletines-aps/boletin-fv/2022-fv/160-informe-de-farmacovigilancia-sobre-vacunas-covid-19/>

⁸ Thousands report unusual menstruation patterns after COVID-19 vaccination <https://www.science.org/content/article/thousands-report-unusual-menstruation-patterns-after-covid-19-vaccination>
Confirmado: un nuevo estudio afirma que la vacuna de la covid puede alterar el ciclo menstrual <https://www.womenshealthmag.com/es/salud-bienestar/a40661338/vacuna-de-la-covid-alterar-el-ciclo-menstrual/>

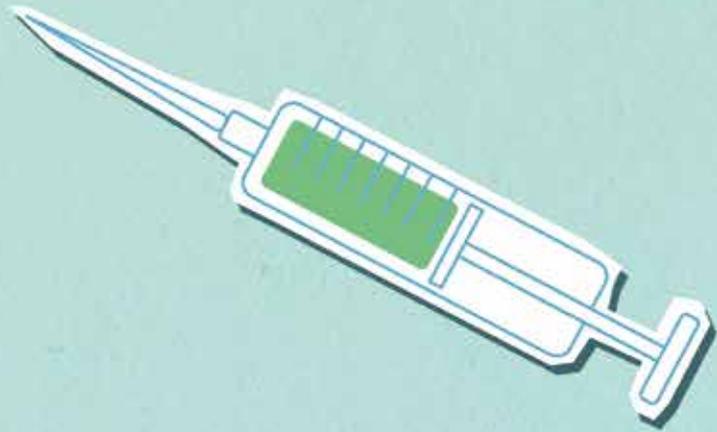
⁹ Consultado 2/08/2022: <https://theconversation.com/lo-que-sabemos-de-la-relacion-entre-la-vacuna-de-covid-19-y-la-menstruacion-177666>

¹⁰ Consultado 1/08/2022: <https://canalextramadura.es/noticias/extremadura/un-estudio-de-la-uex-confirma-que-el-covid-y-la-vacuna-afectan-al-ciclo>

¹¹ <http://genderinnovations.stanford.edu/case-studies/covid19.html#tabs-2>

¹² <https://www.youtube.com/watch?v=yxaW-2GBXq14>

¹³ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Consultado 1/08/2022: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>



Lo que queda por hacer

En la actualidad, pese a todos los avances del feminismo en el ámbito científico, se siguen aprobando fármacos sin los correspondientes estudios de farmacocinética diferencial. Urge que dispongamos de resultados segregados por sexo y que las agencias reguladoras también garanticen que la información específica por sexo esté disponible para los prescriptores y los pacientes, así como realizar estudios de vigilancia posteriores a la comercialización.



POR _ ¹ *María Gil Tomás*

¹ Farmacéutica comunitaria.

E

l interés de las diferencias de sexo en la respuesta a la enfermedad se remonta a Hipócrates, quien percibió ante un brote de fiebre que las mujeres se veían menos afectadas en términos de síntomas y mortalidad (Hipócrates de Kos, 400 a. C.). Aunque parezca increíble, no fue hasta los años noventa cuando un movimiento internacional de investigadores impulsó la inclusión de las mujeres en los ensayos clínicos (tanto in vitro como en ensayos con animales enteros). Históricamente se ha considerado como norma en los ensayos clínicos utilizar el cuerpo del hombre como único patrón y extrapolar los resultados obtenidos al cuerpo de la mujer. Esta idea se basaba en el supuesto de que el ciclo menstrual afectaba a la respuesta farmacológica de los medicamentos, afirmación obsoleta en la actualidad, pues sabemos que la variabilidad intrínseca es al menos tan grande en ratas macho como la variabilidad asociada al ciclo menstrual de las ratas hembra. Durante años se ha invisibili-

zado a la mujer en el modus operandi de la investigación clínica y, en esas condiciones, parece obvio que los resultados obtenidos en dichos estudios deberían de haberse aplicado únicamente a hombres por ignorar su efecto sobre las mujeres. Así pues, a finales de 1990 se retiraron 10 medicamentos de los mercados estadounidenses de los cuales ocho mostraron mayor riesgo para la salud de las mujeres. Aunque a partir de entonces los ensayos clínicos se suelen realizar con hombres y mujeres a partes iguales, los resultados no se aportan segregados por sexo, con lo cual no se puede comprobar si la seguridad es igual para mujeres y hombres o es diferente, en cuyo caso, son inexactos para ambos casos. No solo necesitamos los resultados segregados por sexo, sino que las agencias reguladoras también deberían garantizar que la información específica por sexo esté disponible para los prescriptores y los pacientes en los sitios web y en las etiquetas de los medicamentos, así como realizar estudios de vigilancia posteriores a la comercialización, con el objetivo de detectar efectos secundarios específicos de cada sexo y las diferencias en la respuesta, puesto que muchos productos farmacéuticos que se comercializan actualmente se probaron y aprobaron en años en los que las mujeres estaban excluidas de los ensayos clínicos.

Es necesario que las mujeres participen en todos los estudios clínicos a día de hoy, pero no es suficiente. Cada célula tiene un sexo. Nuestros tejidos y órganos están hechos de estas células, y el sexo determina, en parte, cómo funcionan las células y cómo responden a enfermedades, medicamentos, su entorno y otros estímulos. El estudio del sexo como variable bio-

lógica es clave para una mejor ciencia y, en última instancia, una mejor salud y así lo definen tanto la oficina para la salud de la mujer del Instituto Nacional de Salud americano como el *British Journal of Pharmacology* desde el 2006. Algunos medicamentos ya tienen dosis específicas para cada sexo. Es el caso de la Desmopresina, fármaco antiidiurético cuyo gen receptor se encuentra en el cromosoma X de la mujer. Al ser la mujer portadora de dos cromosomas X, tienen más probabilidades de experimentar una reducción de la concentración de sodio, lo que lleva a efectos secundarios como debilidad, mareos y desmayos. Para evitar daños innecesarios, tanto la Unión Europea como Canadá han recomendado dosis más bajas de Desmopresina para mujeres mayores. En consecuencia, el medicamento se comercializa con diferentes dosis recomendadas en el paquete de etiquetado para mujeres y hombres en Canadá.

Disponemos de multitud de estudios que demuestran mayor toxicidad o necesidad de ajuste de dosis en mujeres por diversas causas. Aún queda mucho por hacer. Primero, conseguir que los resultados de los estudios clínicos se aporten segregados por sexo y segundo, el ambicioso proyecto de analizar las diferencias farmacocinéticas propias de cada sexo con la finalidad de asegurar una correcta y segura dosificación. La farmacocinética estudia el destino de un fármaco en el organismo en sus diversas etapas de absorción, distribución, metabolismo y eliminación. Entre los factores que modifican la farmacocinética en función del sexo, nos centraremos en

los más importantes y determinantes para la mujer:

1) Un mayor porcentaje de grasa corporal en mujeres determina un mayor volumen de distribución de fármacos lipófilos como anestésicos, barbitúricos y benzodiazepinas y puede provocar una vida media más prolongada, porque el fármaco se distribuye con más lentitud desde la grasa a la circulación sanguínea antes de ser eliminado.

2) Una menor masa muscular y por lo tanto menor porcentaje de agua corporal en mujeres determina un menor volumen de distribución de fármacos hidrófilos, razón por la cual, a igual volumen de alcohol (hidrosoluble) ingerido, se concentra más en el cuerpo de una mujer dando niveles más altos de alcoholemia en sangre.

3) Una menor expresión genética de la proteína transportadora alfa-1glicoproteína ácida en mujeres, proteína a la que se unen los fármacos de carácter neutro y básico como es el caso de Diazepam, Clordiazepóxido, Imipramina y otros, determina que la fracción libre del fármaco sea mayor y por lo tanto la cantidad de fármaco disponible para su distribución a los tejidos será mayor con el consecuente aumento de su acción farmacológica y posible toxicidad.

4) Una mayor expresión genética del Citocromo P4503A4 encargado de metabolizar casi el 50% de los fármacos. Dado que la mayoría de estos fármacos o productos xenobióticos son de naturaleza lipofílica, poseen baja

solubilidad en agua y las mujeres son bioacumuladoras por tener mayor porcentaje de grasa. La finalidad de estos sistemas metabolizantes representados mayoritariamente por el Citocromo P450 es transformar los medicamentos en compuestos más polares y por tanto más hidrosolubles con el fin de eliminarlos rápidamente por orina, lágrimas o sudor.

Teniendo en cuenta que las mujeres tienen aproximadamente el doble de Citocromo P4503A4, todos los sustratos de dicho citocromo se metabolizarán más rápido en mujeres, aumentando así su eliminación y por tanto haría falta revisar si en el caso de la mujer se debería aplicar un factor corrector de la dosificación para mantener el efecto farmacológico adecuado. Son sustratos del citocromo P4503A4 fármacos tan comunes como Alprazolam, Eritromicina, Fentanilo, Lovastatina, Midazolam, Nifedipino, Simvastatina, Triazolam... Dicho citocromo puede verse inhibido o inducido a su vez por el uso de otros fármacos, que modificarían la acción farmacológica final del medicamento utilizado.

Cuando un paciente tratado con Ciclosporina (Inmunosupresor del Cyp3A4) precisa tratamiento o profilaxis con el antibiótico tuberculostático Rifampicina (inductor enzimático del Cyp3A4), es necesario duplicar o triplicar las dosis de Ciclosporina a fin de lograr la correcta inmunosupresión. Según el estudio de E. Tanaka, en mujeres esta isoenzima ya estaría inducida de partida, con lo que el ajuste de dosis debería ser aún mayor.

“Existen estudios que muestran las diferencias farmacocinéticas y sus diferentes consecuencias fisiopatológicas en mujeres y hombres, pero seguimos sin aplicar estos conocimientos a los estudios clínicos de los medicamentos”

“Durante años se ha invisibilizado a la mujer en el *modus operandi* de la investigación clínica y, en esas condiciones, parece obvio que los resultados obtenidos en dichos estudios deberían de haberse aplicado únicamente a hombres por ignorar su efecto sobre las mujeres”

5) Una menor excreción renal de fármacos en mujeres. La filtración glomerular es proporcional al peso corporal o a la superficie corporal, por lo que es alrededor de un 10% inferior en la mujer una vez realizada la corrección en función de la superficie corporal. Este factor influye en la disminución de la eliminación de medicamentos vía renal provocando un acumulo de ciertos fármacos en la mujer. Podría ser este el caso de la Digoxina, que muestra una mayor mortalidad en mujeres.

Habría que estudiar si los cambios en el aclaramiento en hombres y mujeres tienen significado clínico (aclaramiento hepático es el volumen de plasma que el hígado puede depurar de una sustancia determinada por unidad de tiempo), para lo cual la exposición del organismo al fármaco debería cambiar en más de un 20% (que es el margen que habitualmente se tiene en cuenta en estudios de bioequivalencia).

Pero... ¿se está investigando? Actualmente siguen aprobándose fármacos sin los correspondientes estudios de farmacocinética diferencial, como es el caso del Daridorexant, un medicamento para el tratamiento del insomnio y que ha sido autorizado por la Comisión Europea el 29 de Abril del 2020.

En definitiva, existen estudios que muestran las diferencias farmacocinéticas y sus diferentes consecuencias fisiopatológicas en mujeres y hombres, pero seguimos sin aplicar estos conocimientos a los estudios clínicos de los medicamentos. Ampliando nuestro campo de estudio a estas diferencias farmacocinéticas, haciendo el esfuerzo de modificar el hábito instalado en la praxis científica y presentando los resultados segregados por sexo, garantizaríamos unos tratamientos más seguros y eficaces que nos permitiría obtener un mayor rendimiento farmacológico con un menor coste de efectos secundarios.



Bibliografía

Sex: A change in our guidelines to authors to ensure that this is no longer an ignored experimental variable <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bph.14761>

Food and Drug Administration Beyond the 2001 Government Accountability Office Report: Promoting Drug Safety for Women <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33635140/>

Learn more about Sex as a Biological Variable and the NIH SABV Policy <https://orwh.od.nih.gov/sex-gender/nih-policy-sex-biological-variable>

Gender difference in antidiuretic response to desmopressin <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21367921/>

Diferencias farmacocinéticas entre hombres y mujeres. a) Begoña Calvo Hernández. b) Paloma Gómez López-Tello y c) María Dolores Ruiz de Alegria López a) Catedrática de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco. Vitoria-Gasteiz. b) Farmacéutica Comunitaria. Bilbao. c) Medicina Familiar y Comunitaria. CIAM San Prudencio. Vitoria-Gasteiz.

CYP3A4, presenta una mayor actividad en mujeres que en hombres. E. Tanaka <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10583696/>

The Making of a CYP3A Biomarker Panel for Guiding Drug Therapy <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Making-of-a-CYP3A-Biomarker-Panel-for-Guiding-Wang-Sadee/c649029d6bb0218fa0163614a1c1e4c913ec87fd>

The influence of age and sex on the clearance of cytochrome P450 3A substrates Monette M Cotreau, Lisa L von Moltke, David J Greenblatt <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15634031/>

Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure Saif S Rathore, Yongfei Wang, Harlan M Krumholz <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12409542/>

Safety and efficacy of daridorexant in patients with insomnia disorder: results from two multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials [https://www.thelancet.com/journals/lanear/article/PIIS1474-4422\(21\)00436-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanear/article/PIIS1474-4422(21)00436-1/fulltext)



Viejas,
no enfermas

“En nuestro país, la esperanza de vida de las mujeres es cinco años superior a la de los hombres, pero no siempre los sobrevivimos en buenas condiciones”



POR _ ¹ *Anna Freixas Farré*

¹ Escritora y profesora jubilada de la Universidad de Córdoba.

L

a salud de las mujeres es un tema que no solemos tomarnos demasiado en serio y cuando se trata de la de las mujeres a partir de la mediana edad o ya en la vejez, es como si este fuera un asunto inexistente. El cuerpo y la vida de las viejas importan poco. Hace apenas unas décadas, las mujeres de tan solo cincuenta y tantos años eran consideradas personas ya mayores, con escasas perspectivas y con una vida por delante que les deparaba pocas sorpresas. Sin embargo, desde mediados del siglo XX se ha producido un alargamiento espectacular de la esperanza de vida, de manera que vivimos prácticamente un tercio más de vida que antes y con facilidad nos podemos situar en los ochenta y tantos inmersas en una vida llena de proyectos y significado propio.

En nuestro país, la esperanza de vida de las mujeres es cinco años superior a la de los hombres, pero no siempre les sobrevivimos en buenas condiciones. Me interesan las explicaciones acerca de esta realidad que hacen hincapié en la importancia de los estilos de vida y también en la incidencia de otras causas de carácter psicosocial y relacional. Me apunto a la explicación que da Betty Friedan, según la cual la longevidad de las mujeres se fundamenta en su capacidad para *la intimidad, la conexión y los vínculos afectivos*. Esta facilita un estado de bienestar en cualquier momento del ciclo vital, pero en la edad mayor se convierte en un importante capital y un amortiguador de las pérdidas debidas a la edad.

El hecho de que las mujeres vivamos más años, sin embargo, no significa que disfrutemos de un mejor estado de salud. Solemos presentar una peor salud generalizada y una mala salud percibida porque tenemos más enfermedades crónicas y discapacidades. Además, unas y otros enfermamos por causas diferentes, muchas de las cuales no se relacionan en absoluto con la biología sino con determinadas circunstancias vitales que tienen su origen en la socialización de género. Mujeres y hombres recibimos desde la infancia una socialización diferencial: ellos son socializados como *seres-para-sí*, mientras que nosotras lo somos como *seres-para-los-otros* y, por lo tanto, vivimos vidas dispares en términos de costos y de esfuerzos que afectan de manera diferente a nuestra salud y a la percepción de bienestar. Entre estas causas diferenciales podemos destacar: el estrés, la pobreza, la edad, las condiciones de trabajo, la desigual distribución de las cargas familiares, la falta de acceso a la cultura, la etnicidad,

“El hecho de que las mujeres vivamos más años no significa que disfrutemos de un mejor estado de salud. Solemos presentar una peor salud generalizada y una mala salud percibida porque tenemos más enfermedades crónicas y discapacidades”

la violencia (visible e invisible), la exclusión social, el estado civil y las relaciones de poder. Un buen cúmulo de situaciones que se fraguan en la infancia y se consolidan como factores de riesgo a lo largo del ciclo vital, abocando a las mujeres en la vejez a una vida medicalizada, infeliz e insignificante.

El malestar de las mujeres –aquel que, según Betty Friedan, no tiene nombre– se fundamenta en estas condiciones de vida que nos alejan de nuestros deseos y necesidades y mantienen unas demandas estresantes sobre nosotras. Cuando las mujeres acuden en busca de ayuda la respuesta suele consistir en medicalizar y/o psiquiatrizar este malestar, en lugar de buscar la explicación en el marco de las relaciones cotidianas de explotación en las que se desarrolla su vida. A pesar de la ilusión de igualdad en la que nos encontramos, la diferente implicación de mujeres y hombres en ámbitos como la familia y el trabajo, el amor y el cuidado, el tiempo libre y el descanso, la alimentación y el dinero, la cultura y el espacio, se concreta en divergentes percepciones y vivencias de la salud y la enfermedad. Esta persistente y estresante desigualdad en las condiciones de vida y en el esfuerzo por mantener la felicidad de los demás supone una sobrecarga que afecta a la vivencia de la salud y en la vejez supone un impuesto con recargo.

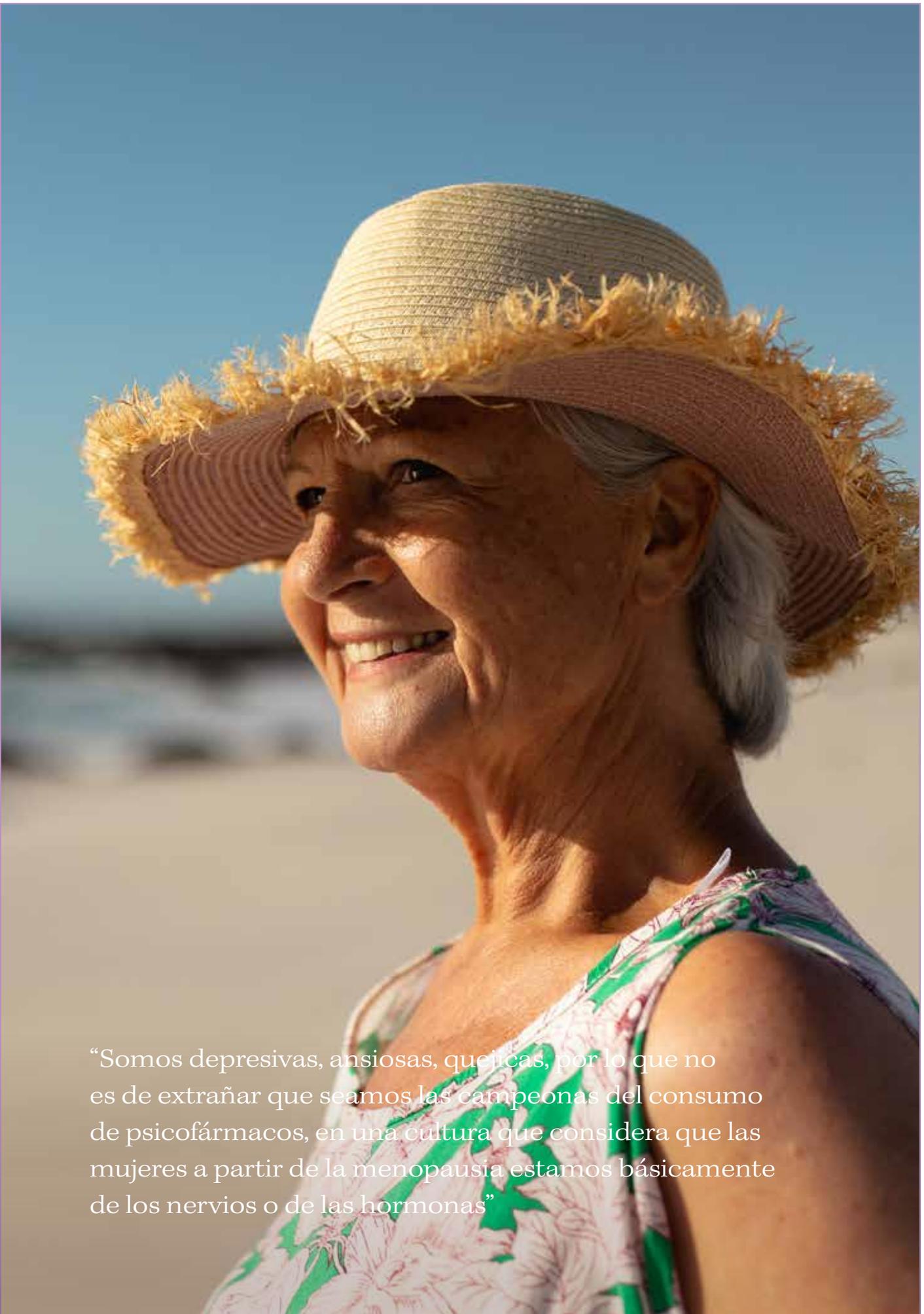
En los mismos años en los que se ha producido este aumento espectacular de la esperanza de vida han tenido lugar importantes cambios en las condiciones socioeconómicas y culturales que han afectado de manera notable la vida de las mujeres. Hemos logrado que algunas cosas hayan cambiado significativamente para nosotras: acceso a la educación, la cultura, el mercado laboral, la disposición de dinero propio y la gestión de la sexualidad. Todo ello lo hemos conseguido afrontando numerosos desafíos e iniciando un nuevo camino en el que hemos puesto en el centro el re/conocimiento de nuestras vidas y nuestros cuerpos. En términos estrictos de salud no lo hemos tenido fácil, puesto que –como queda claro en los estudios de Carme Valls– hemos sido víctimas de un sesgo de género sistemático en el diagnóstico y el tratamiento: de la misma manera que nos han curado también nos han enfermado y matado.

Este trato discriminatorio en la atención médica –que en los últimos años ha empezado a amortiguarse gracias al trabajo infatigable y lúcido de las redes de mujeres y salud– persiste de manera insoportable en la atención a las mujeres viejas. Nosotras tenemos que sufrir, además, la mirada errática y desinteresada de una clase médica que atribuye a *la edad* cualquier dolencia que tengamos, que no escucha a la gente mayor, que la puentea, la

ignora e infantiliza y no le ofrece una información suficientemente clara y veraz para que pueda tomar las decisiones que afectan a su cuerpo y, en definitiva, a su vida, desde el conocimiento y la agencia personal.

En cuanto a la salud de las mujeres postmenopáusicas se suele centrar la atención prioritariamente en el aparato reproductor (y sus derivados), como si en lugar de seres humanos con proyectos personales y vidas complicadas fuésemos úteros ambulantes. Este tipo de definición está en el origen de la obsesión patriarcal por el control de nuestra sexualidad y en la centralidad de esta definición de nuestros cuerpos que deja de lado una consideración de nuestra salud como un proyecto completo de relación. Y lo que es aún más grave: cuando no se nos puede diagnosticar a partir de las hormonas, se nos considera afectadas en el ámbito mental. Somos depresivas, ansiosas, quejicas, por lo que no es de extrañar que seamos las campeonas del consumo de psicofármacos, en una cultura que considera que las mujeres a partir de la menopausia estamos básicamente *de los nervios o de las hormonas*. Ello se concreta en una atención médica que silencia e ignora todo lo demás que nos constituye.

Ante semejante panorama estaremos de acuerdo en que las mujeres mostramos a lo largo de la vida una salud mental a prueba de bomba si, después de todo lo que hemos ido arrastrando, no nos hemos vuelto rematadamente locas. Han sido años y años de sonreír, decir que no nos cuesta nada, amortiguar las tormentas familiares, dormir poco, mantener la doble, triple e incluso cuádruple jornada –profesión, belleza, vida familiar, cuidados–, no llegar a fin de mes, vivir en una sociedad machista y violenta, carecer de poder y ser amables hasta decir basta.



“Somos depresivas, ansiosas, quejicas, por lo que no es de extrañar que seamos las campeonas del consumo de psicofármacos, en una cultura que considera que las mujeres a partir de la menopausia estamos básicamente de los nervios o de las hormonas”



“El malestar de las mujeres se fundamenta en condiciones de vida que nos alejan de nuestros deseos y necesidades y mantienen unas demandas estresantes sobre nosotras”

El hecho de que las mujeres se hayan vinculado históricamente más en relaciones interpersonales y afectivas que en relaciones de producción laboral ha hecho que no haya sido fácil para ellas articular un sentido de sí mismas. Este estado de indefensión emocional y relacional, al que hay que añadir la falta de autonomía económica, hace que carezcan de cualquier sentimiento de seguridad y dominio frente al dolor, las pérdidas y los avatares de la vida. Solo las mujeres que han ido poco a poco trazándose un nuevo marco para vivir, convirtiéndose en las protagonistas de su propia evolución y en el objeto principal de su cuidado, han podido situarse en el centro del mundo, buscando la medida en sí mismas y en otras mujeres. Ellas han sabido alejarse, cada vez más, del patrón que les impone una sociedad patriarcal que primero las pone a su servicio, al alejarlas del dinero propio –*vivirás como una reina* que en realidad significaba *me tendrás como un rey*– y, finalmente, las deja en la pobreza cuando son mayores y cualquier solución a este problema resulta prácticamente inalcanzable.

No quiero dibujar un panorama excesivamente negro, aunque no es fácil –ante una realidad como la que vive una parte importante de las mujeres viejas– hacer un canto a la felicidad. Insisto en pensar que la realidad de las viejas de hoy es cada día más esperanzadora, incluso cuando con la mejor voluntad, pero con escaso conocimiento y escucha de las necesidades reales de la vida en la vejez, su entorno se empeña en ponerse en *modo cuidado*, cayendo así en una sobreprotección que limita la libertad y la posibilidad de decidir por una misma.

Es muy necesario que durante la formación de las futuras profesio-

nales de la medicina se les sensibilice para que no perpetúen unos modelos de actuación clínica que suponen una intervención discriminadora y plagada de estereotipos que aleja a las mujeres de la toma de decisiones acerca de su propio cuerpo y medicaliza procesos que son naturales y, por lo tanto, esperables y no forzosamente trágicos. Me parece imprescindible que en la instrucción médica y asistencial se profundice en el concepto de edadismo, facilitando la revisión de las conductas, pensamientos y prácticas edadistas –propias, ajenas e institucionales– que se aplican continua y sistemáticamente, en ocasiones con la mejor voluntad.

Por otra parte, es preciso que las personas de edad dispongamos de una información extensa y actualizada sobre la amplísima gama de ayudas que nos permiten obviar algunas de las dificultades que pueden surgir en nuestra cotidianidad para así seguir disfrutando de lo que la vida nos ofrece.

Nos conviene tener toda la información posible acerca de las ventajas tanto ortopédicas como de estimulación sensorial y cognitiva que están disponibles en el mercado, de los programas de rehabilitación que nos pueden ayudar a recuperar la movilidad y conocer cómo utilizar la gran cantidad de medios existentes para mejorar la audición (audífonos complejos), la vista (gafas diversas en función de las necesidades concretas), la locomoción (artilugios de todo tipo y diversa sofisticación) o cualquier otra limitación que nos habite. Para no resignarnos a vivir en la oscuridad, en el aislamiento; para no darnos por vencidas si queremos seguir ahí.

Saber que dominamos nuestra propia vida es fundamental para tener

“Inaugurar los caminos de una vejez digna, respetuosa con nuestros cuerpos y nuestras vidas, requiere que centremos la mirada en nosotras mismas, de la mano de tantas otras que también se perdieron en la galaxia de la disponibilidad sin límites”

un sentimiento básico de bienestar psicológico: la satisfacción vital conduce a una disminución de los niveles de depresión y ansiedad.

Pero, ¿cómo conseguir conjugar en nuestras vidas los sentimientos de control y felicidad –entendida como placer, optimismo, plenitud–, en una cultura que nos ha alejado del dominio de nuestras propias vidas y ha hecho a las mujeres responsables nutrientes únicas del bienestar de quienes les rodean? Inaugurar los caminos de una vejez digna, respetuosa con nuestros cuerpos y nuestras vidas, requiere que centremos la mirada en nosotras mismas, de la mano de tantas otras que también se perdieron en la galaxia de la disponibilidad sin límites.

Pero no se trata de hacernos cargo una vez más. Para que la salud de las viejas sea una realidad urge que se pongan en práctica unas políticas de salud centradas en el respeto a la libertad, la justicia y la dignidad de las personas de edad, a las que se dote de las facilidades suficientes para ser agentes de la propia vida hasta el final de sus días.

Medidas que pongan la vida de las viejas en el centro.

Bibliografía

Burín, Mabel, Esther Moncarz, et al. (1991). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.

Freixas, Anna (2007). Nuestra menopausia. Una versión no oficial. Barcelona: Paidós. (Nueva edición en prensa en Capitán Swing 2023).

Freixas, Anna (2013). Tan frescas. Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI. Barcelona: Paidós.

Freixas, Anna (2021). Yo, vieja. Apuntes de supervivencia para seres libres. Madrid: Capitán Swing.

Friedan, Betty (1963/2009). La mística de la feminidad. Madrid: Cátedra.

Friedan, Betty (1993/1994). La fuente de la edad. Barcelona: Planeta.

Lagarde, Marcela (1996). Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Madrid: horas y HORAS.

MyS. Revista de Mujeres y Salud. Barcelona. (A fecha de julio de 2022 lleva 53 números publicados, disponible online).

Sáez-Buenaventura, Carmen (1993). ¿La liberación era esto? Mujeres, vidas y crisis. Madrid: Temas de Hoy.

Valls-Llobet, Carme (2021). Mujeres invisibles para la medicina. Madrid: Capitán Swing.



“Las actividades feminizadas se sitúan entre las diez primeras con mayor índice de incidencia de enfermedad profesional”



Condiciones de trabajo que enferman a las mujeres:

Evidencias de la discriminación invisible e instrumentos para la igualdad

La falta casi absoluta de integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales ha afectado y afecta a la vida, la integridad y la salud de las mujeres, constituyendo una anomalía de inaplazable solución.



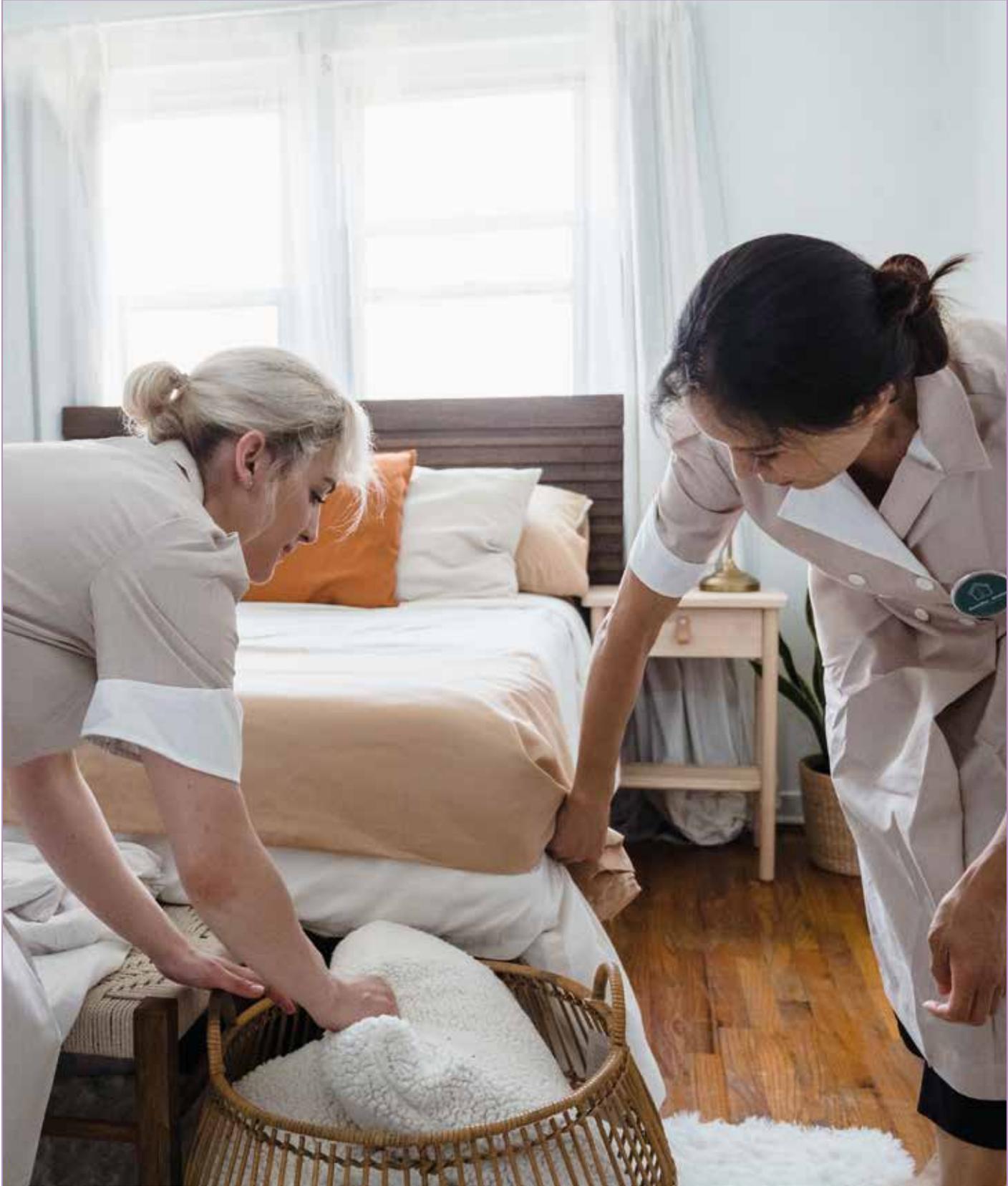
POR _ ¹ *Amparo Garrigues Giménez*

¹ Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

L

as mujeres trabajadoras enferman a causa de sus trabajos. Lo hacen en las actividades feminizadas, y también en las masculinizadas. La prevención de las patologías derivadas del trabajo resulta inadecuada para las mujeres, más allá de las cuestiones reproductivas: bien se banalizan los riesgos laborales presentes en sus trabajos, bien los diferenciales de sexo y de género resultan invisibles, ignorados o, simplemente, despreciados a la hora de evaluar los riesgos y planificar la prevención. La elocuencia de las cifras relativas a las enfermedades derivadas del trabajo así lo demuestra. Hasta hoy, la falta casi absoluta de integración de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales ha afectado y afecta, aún, a la vida, la integridad y la salud de las mujeres, constituyendo una anomalía democrática intolerable y de inaplazable solución.

Desde el mal llamado "síndrome Ardystil" (neumopatía químico-inhalatoria que en 1992 afectó a cerca de ochenta trabajadoras de la aerografía textil y provocó la muerte de seis de ellas), a la SSQ (sensibilidad química múltiple, en las trabajadoras de limpieza), los TME (trastornos músculo-esqueléticos, en camareras de pisos, trabajadoras sociosanitarias, en aparadoras del calzado...) o, muy recientemente, la masiva incidencia del SARS-CoV-2 entre las trabajadoras sanitarias, las condiciones de trabajo de muchas mujeres se han evidenciado nocivas, penosas y/o insalubres.



Según las últimas cifras del Observatorio de enfermedades profesionales, el 48,8% del total de partes de enfermedad profesional (en adelante, EP) comunicados en 2021 correspondieron a mujeres, habiendo experimentado ambos sexos un incremento próximo al 11% respecto a 2020. La mayor concentración de EP (88% en mujeres, y 85% en hombres) se produce en las patologías del Grupo 2 (causadas por agentes físicos) y, particularmente, los TME. Si bien con una incidencia mucho menor, también aparecen similitudes entre los sexos en las EP del Grupo 1 (producidas por agentes químicos). No obstante, tales iniciales semejanzas deben relativizarse, en tanto debe tenerse en cuenta que el peso de las mujeres en el global de la mano de obra asalariada es inferior

mientras para los hombres la mayoría de casos se produce en la industria manufacturera y sus ramas (alimentación, metal, automóvil) y en la construcción, en el caso de las mujeres, el mayor número de EP con baja se producen en el comercio minorista, la limpieza, la hostelería y la industria de la alimentación. Llama la atención, además, que la incidencia de las EP sobre las mujeres en las actividades feminizadas es, incluso, superior a la registrada por los hombres en aquellos sectores –masculinizados– en que ellos sufren más casos.

Si además se analiza la prevalencia de las distintas EP según los agentes causantes en los distintos sectores de actividad, se advierte que las provocadas por agentes biológicos se concentran masivamente

Hay otro asunto que es importante resaltar: la duración media de los procesos de EP. En el caso de las trabajadoras la duración es superior (más de 144 días) en comparación con los trabajadores; un fenómeno que se produce, además, en todas las actividades feminizadas y en todos los Grupos de EP, excepto –paradójicamente– en las causadas por agentes biológicos. Asimismo, son las actividades feminizadas – otros servicios, limpieza y comercio minorista– las que registran una mayor incidencia de declaración de invalidez permanente (IP) en mujeres.

De otra parte, la duración media de los procesos de EP es superior en las trabajadoras (más de 144 días) que en los trabajadores; un fenómeno que se produce, además, en to-

“La acción preventiva realizada es insuficiente y/o inadecuada, por la tradicional banalidad atribuida a los riesgos presentes en los «trabajos de mujeres»”

al de los hombres (48,5% vs. 51,5%, según datos del INE de 2021). Así, la incidencia real de estas EP sobre las mujeres resulta, de facto, bastante superior a la nominal y, por ende, a la registrada por los hombres.

También es importante destacar que en las EP del Grupo 3 (causadas por agentes biológicos) las cifras evidencian claras diferencias de afectación según el sexo: un 4% del total de partes de EP de las mujeres, mientras que, para los hombres, solo representan un 1,5%. Lo mismo sucede con las EP del Grupo 5 (enfermedades de la piel): 4,3% vs. 3,6%.

Atendiendo al número de EP con baja laboral por sectores económicos,

(90%) en la sanidad, un sector en el que las mujeres representan más del 75% del personal empleado. Si atendemos a las EP causadas por agentes químicos, el mayor porcentaje se registra en el ámbito de los servicios, un sector ya en sí mismo feminizado (62% de mujeres). Por último, en el caso de las EP originadas por agentes físicos –las ocasionadas por inhalación de sustancias, las que afectan a la piel y las producidas por agentes cancerígenos–, los casos se aglutinan en la industria manufacturera, un sector amplio y con una mano de obra predominantemente masculina (73% varones) salvo por lo que se refiere a la actividad de confección de prendas de vestir (73% mujeres).

das las actividades feminizadas y en todos los Grupos de EP, excepto en las causadas por agentes biológicos. Asimismo, son las actividades feminizadas las que registran una mayor incidencia de declaración de invalidez permanente (IP) en mujeres: otros servicios, limpieza y comercio minorista.

En cualquier caso, las patologías derivadas del trabajo no se agotan en aquellas consideradas normativamente como EP. El artículo 156.2 (apartados e y f) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social se refiere expresamente a las enfermedades contraídas con motivo de la realización del trabajo, así como a las enfermedades o de-

fectos padecidos con anterioridad por la persona trabajadora, que se vean agravados como consecuencia del mismo. Son las denominadas patologías no traumáticas causadas por el trabajo protegidas por el sistema de la Seguridad Social (PANOTRATSS). Sobre estas patologías, en 2021 se produjo un incremento próximo al 20% en el número de partes comunicados, habiendo aumentado la cifra de expedientes con baja hasta alcanzar el 77,5% del total, la mayoría en mujeres (52,4%). Sin embargo, la falta de información desagregada por sexos impide conocer la incidencia de dichas patologías en unos y otras según la actividad económica desarrollada.

LA BANALIZACIÓN DE LOS RIESGOS PARA LAS MUJERES

Los datos anteriormente expuestos muestran que las mujeres enferman

y también entre las diez primeras, el comercio minorista (82) y la hostelería (71). En todas ellas, la mano de obra femenina es mayoritaria.

- La elevada morbilidad registrada entre las mujeres empleadas en algunos sectores de actividad masculinizados (especialmente, la industria manufacturera), resultando alarmante –por superior a la de ningún otro sector– la incidencia de las EP causadas por agentes físicos, patologías inhalatorias, dérmicas y cáncer sobre dichas trabajadoras.

- Los índices de incidencia de las EP y las PANOTRATSS (en sectores productivos, en actividades, en grupos de enfermedades, etc.) no aparecen desagregados por sexos, lo que impide conocer de manera directa su incidencia en hombre y mujeres. Solo cabe conjeturar en función del carác-

las causas: bien quedan confinadas en categorías profesionales u ocupaciones "tradicionalmente femeninas" (y, no pocas veces, marginales) para las que opera el secular prejuicio relativo a la insustancialidad de los riesgos laborales a ellas asociados; o bien, aún integradas en categorías u ocupaciones masculinizadas, resultan invisibles a una praxis preventiva construida exclusivamente sobre el patrón masculino.

La situación hasta aquí descrita se inscribe, además, en el contexto de una normativa sobre seguridad y salud laboral prácticamente estanca a los diferenciales de sexo y de género, más allá de los aspectos reproductivos. Aunque su consideración estaba implícita en la propia Ley 31/1995, de prevención de riesgos laborales (LPRL) desde su misma entrada en vigor (artículos 15 y 16: principio de

“En sectores productivos masculinizados las mujeres resultan invisibles para una praxis preventiva construida sobre el patrón del trabajador-hombre”

demasiado, y tanto o más que los hombres a causa del trabajo, apuntándose tres primeras evidencias:

- La patologización de las condiciones de trabajo en la mayoría de sectores feminizados (ubicados en el ámbito de los "Servicios"). El ranking de actividades con mayor índice de incidencia (número de casos de EP por cada 100.000 personas empleadas) muestra que, entre las diez primeras (de 21), y muy por encima de la incidencia media (88,79), aparecen las "Actividades administrativas y Servicios auxiliares" y "Otros servicios" (con índices de incidencia de 106 y 105, respectivamente). De otra parte,

ter feminizado de los sectores y/o actividades y sus resultados totales.

La elevada morbilidad en los sectores feminizados fuerza a valorar la evaluación, la planificación y la acción preventiva así realizadas como insuficientes y/o inadecuadas, a buen seguro por la tradicional banalidad atribuida a los riesgos presentes en los "trabajos de mujeres".

De otra parte, y en sectores productivos masculinizados (la industria manufacturera como paradigma), las mujeres, aún minoría, también padecen unas condiciones preventivas inadecuadas. Dos pueden ser

adaptación del trabajo a la persona y obligación de las empresas de tener en cuenta las características de las personas trabajadoras en la evaluación de los riesgos de los distintos puestos de trabajo, respectivamente), tal consideración no se haría explícita hasta la aprobación de la LO 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, cuya DA 12ª modificaría el art. 5 LPRL, exigiendo la integración de los factores de riesgo ligados al sexo en la política preventiva de las empresas y en los estudios sobre prevención de riesgos laborales. A este respecto, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) ha publicado



cerca de una veintena de Notas Técnicas de Prevención que constituyen evidencia científica de la existencia de diferenciales significativos de sexo y de género en la exposición a diversos agentes (químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales) y sus efectos sobre la salud. Inexplicablemente, tales criterios no han sido incorporados a los reglamentos técnicos que, en desarrollo de la LPRL, establecen las condiciones mínimas de seguridad y salud de las personas trabajadoras frente a la exposición a los distintos riesgos.

MEDIDAS QUE NO ADMITEN DEMORA

La acción política viene siendo mucho más elocuente al perseguir la integración de la perspectiva de sexo y de género en la prevención de los riesgos derivados del trabajo. Hace

dos décadas, la OIT ya advertía de la necesidad de “tener en cuenta los factores específicos de género en el contexto de las normas, los demás instrumentos, los sistemas de gestión y la práctica en materia de seguridad y salud en el trabajo”. Actualmente sigue manteniendo como principio “la inclusión de una perspectiva de género significativa”. La UE ha manifestado idéntico propósito, también desde 2002.

En el plano nacional, la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 ponía, asimismo, de manifiesto la necesidad de promover un enfoque de género en las actividades preventivas, para detectar particularidades y garantizar su protección. La realidad de los datos expuestos a lo largo de estas páginas apunta, no obstante, al fracaso de tal

propósito. La Estrategia Española 2022-2027, por su parte, se halla pendiente de publicación en el momento de redactar estas líneas, por lo que no puede ser valorada siquiera en su formulación.

La integración técnica y normativa efectiva de la perspectiva de sexo y de género en la prevención de riesgos laborales es, por ahora, prácticamente nula, evidenciando un ámbito de desigualdad que, por afectar a derechos fundamentales básicos como son la vida, la integridad física y psíquica y la salud de las mujeres, resulta inadmisibles. Su materialización plena es, por tanto, inaplazable.

En este sentido han de entenderse las previsiones del III Plan Estratégico de Igualdad entre Mujeres y Hombres 2022-2025 que contempla, entre

“Las actividades feminizadas registran la mayor incidencia de declaración de invalidez permanente en mujeres”



sus líneas de actuación prioritarias, la construcción de un mercado laboral de calidad y en igualdad para las mujeres, prestando especial atención a los trabajos feminizados y sus condiciones de seguridad y salud, para cuya consecución se establecen ciertas medidas de intervención prioritaria. Las dos primeras, sustantivas: la 160, técnica, a ejecutar por el INSST, consistente en la "elaboración de herramientas que faciliten la integración efectiva de la perspectiva de género en la evaluación de riesgos laborales, en particular en lo relativo a los riesgos de naturaleza psicosocial"; la 165, promocional, a desarrollar por el Ministerio de Igualdad, ordenada al "desarrollo de actuaciones en materia de seguridad y salud con enfoque de género". Ambas presentan un notable interés, si bien ya desde 2014 se dispone de una herramienta para la integración de la perspectiva de género en seguridad y salud laborales a todos los niveles elaborada por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo que debería emplearse con tal propósito o, desde luego, tomarse como base en el desarrollo de las previstas.

Finalmente, la medida 169, de naturaleza instrumental, y de indiscutible valor estratégico: la encomienda a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de una "especial atención a la perspectiva de género en las actuaciones en materia de seguridad y salud, tanto en sectores especialmente feminizados como masculinizados".

En cualquier caso, se echa muy en falta una medida básica, cuya implementación resulta condición necesaria para cualquier actuación administrativa seria y mínimamente eficaz: la desagregación por sexos de toda la información y datos relativos tanto a los índices de incidencia de las EP como al impacto en los diferentes sectores y actividades de las PANOTRATSS. La aplicación de esta medida correspon-

dería al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, en tanto responsable orgánico del Observatorio de las Contingencias Profesionales de la Seguridad Social, hasta ahora mismo encargado de la elaboración de las estadísticas atinentes a dichas contingencias.

A la misma unidad de propósito responden, asimismo, las previsiones del recentísimo Real Decreto-Ley 16/2022, de 6 de septiembre, para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar, tanto por lo que hace a la salud laboral de este colectivo -casi exclusivamente femenino-, como a las condiciones de seguridad y salud de todas las mujeres trabajadoras en España. Así, su art. 1 elimina la anterior situación de exclusión del "personal al servicio del hogar familiar" del ámbito de aplicación de la LPRL.

Así, las empleadas del hogar quedan bajo el amparo protector de la normativa preventiva, si bien su efectividad material queda supeditada al previsto desarrollo reglamentario que garantice a dicho colectivo un nivel de protección de la seguridad y salud equivalente al de cualquier otra persona trabajadora, salvando las dificultades técnico-jurídicas y empíricas propias de la condición no empresarial de la persona empleadora. La DF Sexta. 2 del RD-Ley 16/2022 prevé un plazo de seis meses para su materialización.

De singular importancia, por su significado y alcance general, la DA cuarta del RD-Ley 16/2022, que establece el compromiso de creación de una comisión de estudio (participada por los departamentos ministeriales concernidos y por los agentes sociales) cuyo objetivo será la inclusión de la perspectiva de género en el cuadro de enfermedades profesionales (RD 1299/2006), "a efectos de que se iden-

tifiquen y se corrijan las deficiencias que existen en el ámbito de la protección ante las enfermedades profesionales de los trabajos desarrollados mayoritariamente por mujeres".

Sea como sea, el tiempo dirá si todas estas medidas despliegan la eficacia esperada. Una eficacia que ya no admite demora.

Bibliografía

CAMPOS-SERNA, J., RONDA-PÉREZ, E., ARTAZCOZ, L., G. BENAVIDES, F. (2012): "Desigualdades de género en salud laboral en España", en Gaceta sanitaria, nº 26.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK'S TOPIC CENTRE OSH (2014): Mainstreaming gender into occupational safety and health practice. Accesible (solo en inglés) en: <https://osha.europa.eu/es/publications/mainstreaming-gender-occupational-safety-and-health-practice>

GARRIGUES GIMÉNEZ, Amparo (2021): "Disposiciones y medidas preventivas y de seguridad social adoptadas en España frente a los riesgos laborales derivados del SARS-CoV-2: balance y propuestas desde un análisis gender sensitive", en Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo, Volumen 9, número 2, abril-junio de 2021.

- (2019): "El trabajo de las mujeres en España: estereotipos, sesgos e inercias. Una mirada hacia tres ámbitos de perentoria intervención normativa", en Revista del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social- Derecho del Trabajo, número Extraordinario.

- (2017): "Hacia un nuevo paradigma (no androcéntrico) en la prevención de riesgos laborales: la necesaria e inaplazable integración normativa y técnica del diferencial de sexo y de género", en Derecho de las Relaciones Laborales, núm. agosto-septiembre.

RIVAS VALLEJO, Pilar (2016): "Salud y género: perspectiva de género en la salud laboral", en Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, nº 74.

Necesitamos un nuevo paradigma en el abordaje de la salud mental de las mujeres





POR _ ¹ *Dra. Marta Evelia Aparicio García*

¹ Doctora en Psicología y profesora de la Universidad Complutense de Madrid en el Instituto de Estudios Feministas y en el Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial.

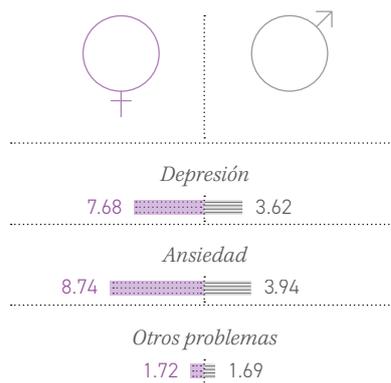


Aunque se han estudiado mucho las diferencias entre sexos a la hora de enfermar y morir, no parece que la biología tenga toda la información para entender las diferencias existentes. Debemos, por tanto, incluir el género en el análisis para explicar algunas diferencias que tienen que ver con nuestro estilo de vida, expectativas y otros aspectos culturales. Pero también, a la hora de valorar la salud de las mujeres debemos tener en cuenta la gestión emocional, los estresores que nos afectan y muchas otras variables que afectan a la salud mental.

El análisis y perspectiva de género en salud ha buscado durante los últimos 50 años conocer las diferencias en las relaciones y roles desempeñados por mujeres y hombres para determinar cómo repercuten en la salud. Las diferencias de sexo y de género influyen en la salud de las personas a través de los distintos determinantes de la salud, que van desde la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de ciertos problemas de salud, pasando por la manera en que los síntomas son percibidos por las personas y su entorno, hasta el modo de utilizar los servicios sanitarios. Esto a su vez puede generar diferencias en cuanto al esfuerzo diagnóstico y terapéutico, así como en cuanto a la adherencia al tratamiento, prevención y pronóstico de problemas de salud entre mujeres y hombres. Así, cuando las mujeres acuden a los servicios sanitarios, el trato de los y las profesionales puede estar sesgado por prejuicios de los que no son conscientes. Teniendo en cuenta que el primer motivo de consulta de las mujeres en atención primaria es el dolor y el cansancio como síntomas difusos e inespecíficos, sin tener un diagnóstico claro, a las mujeres se las medicaliza más y se las deriva más a servicios de salud mental pensando que sus problemas no son físicos, sino mentales, lo cual hace que la estadística siga reflejando este dato, pero sin tener en cuenta que en muchos casos estas somatizaciones pueden estar relacionadas con el género. Por otro lado, el no realizar estudios diferenciando por sexo y género lleva a planteamientos diagnósticos erróneos que conlleva asociar los síntomas presentados por las mujeres como sintomatología con base emocional, sin llegar a profundizar si estos síntomas tienen o no una base orgánica.

En la definición de salud mental ha existido un doble estándar para hombres y mujeres. Durante mucho

“Las diferencias de sexo y de género influyen en la salud de las personas a través de los determinantes de la salud”



tiempo, se han considerado sanas aquellas mujeres tendentes al conformismo, sumisas, dependientes y emocionalmente expresivas, mientras que los hombres sanos eran aquellos tendentes a ser lógicos, racionales, agresivos y no emocionales. Estos estereotipos han dado lugar a consecuencias perjudiciales para ambos sexos y en la actualidad se considera que la confianza en sí misma, la asertividad, sensibilidad hacia los demás, intimidad y comunicación abierta, son cualidades deseables para todos los seres humanos por sus características positivas para el bienestar.

En concreto, lo que se considera feminidad tradicional hegemónica se constituye como un factor de riesgo para la salud de las mujeres, sobre todo en dos aspectos: la sensación de culpa unida a la obligación de cuidar y la búsqueda de perfección en cuanto a los diferentes cánones de belleza física; lo que además lleva a que si no se cumplen estos ideales de género se dificulte la aceptación y favorece la sensación de frustración. Algunos aspectos como la conformidad con esos roles de género se relacionan con determinados problemas de salud física y mental en las mujeres, como son mayores niveles de ansiedad, depresión o más síntomas relacionados con trastornos de la alimentación. Es decir, observamos claramente la relación entre asumir las normas de género y una peor salud mental: aquellas mujeres que se ajustan más a la feminidad hegemónica sufren más.

Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud de España (2020) muestran una mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres que en hombres en los tres indicadores que incluyen: Depresión (3.62 vs 7.68), Ansiedad (3.94 vs 8.74), Otros problemas mentales (1.69 vs 1.72). Estos datos, como se señalaba anteriormente, pueden de-



“A las mujeres se las medicaliza más y se las deriva más a servicios de salud mental pensando que sus problemas no son físicos, sino mentales”

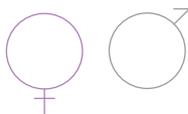
berse tanto a un ajuste a las normas de género que hacen sufrir más a las mujeres, que tienen que sobrevivir en entornos más hostiles para ellas, como a un mayor diagnóstico de problemas mentales en las mujeres ante síntomas como tristeza, dormir mal, agotamiento, malestar, etc. Estos síntomas no se diagnostican como ansiedad o depresión en hombres, pero sí en mujeres por lo general, que salen de las consultas de atención primaria con ansiolíticos o antidepresivos.

Pero tampoco la psicología ni la psiquiatría se ha aproximado a la salud de las mujeres de una forma adecuada. Basándose en un enfoque individualista, en una supuesta objetividad, en un paradigma positivista, los expertos en salud mental han obviado las inequidades estructurales y las desventajas sociales que sufren las mujeres a la hora de abordar su salud en general, y la mental en particular. ¿Por qué las mujeres tienen una peor salud mental? ¿Se aborda realmente lo que está pasando en la base de esa peor salud mental? En general, no, no se aplica una salud mental con perspectiva de género y se tiende a medicalizar los malestares de las mujeres. Esto ya se reflejó, por ejemplo, en una encuesta sobre las actitudes de las mujeres hacia los servicios de salud mental realizada en el año 2001, el análisis identificó cuatro temas principales:

- *Los servicios no satisfacen las necesidades de las mujeres; en particular, no toman en cuenta las necesidades derivadas del cuidado de los niños y niñas, la violencia doméstica, la experiencia de abuso sexual, aislamiento social y la necesidad de seguridad.*

- *Los servicios replican las desigualdades, estereotipando a las mujeres y sus necesidades son descartadas o menospreciadas.*

“Cuando las mujeres acuden a los servicios sanitarios, el trato de los y las profesionales puede estar sesgado por prejuicios de los que no son conscientes”



Cualidades deseables para todos los seres humanos:

- *Confianza en sí misma(o)*
- *Asertividad*
- *Sensibilidad hacia los demás*
- *Intimidad y comunicación abierta*

- *Los servicios no son seguros para las mujeres y son vulnerables a la violencia sexual, acoso, agresión física y sexual, abuso emocional, discriminación (incluido el racismo) y los efectos nocivos de medicación psiquiátrica.*

- *El predominio del modelo médico debilita aún más a las mujeres.*

A la vista de estos datos, está claro que las mujeres no sienten que sus problemas estén adecuadamente atendidos. También como resultado de los datos anteriores, se apostó por incluir la transversalidad del género, proponiendo incluir servicios que fueran sensibles a las necesidades de las mujeres. Estos servicios deberían permitir que las mujeres tomen decisiones sobre su cuidado y tratamiento; proporcionar espacios solo para mujeres; permitir que las mujeres se sientan seguras y sean tratadas con respeto; dar importancia a la comprensión de la angustia mental en el contexto de sus vidas y permitir abordar todas las dimensiones de los problemas experimentados; abordar el abuso sexual, la violencia de género, los problemas de la imagen corporal, los problemas reproductivos y de las diferentes etapas de la vida; valorar las fortalezas de las mujeres y el potencial de recuperación, trabajando desde un modelo de empoderamiento; o entender que las autolesiones o el abuso de alimentos o drogas tienen un significado para las mujeres en cuestión y ser capaz de explorar esto con ellas. También es necesario proporcionar oportunidades para que las mujeres pasen tiempo con otras mujeres y experimentan la amistad y el apoyo; que se permita que las mujeres tengan qué decir en su cuidado y tratamiento y sean incluidas en la planificación del tratamiento; que seamos culturalmente sensibles, especialmente con las refugiadas y solicitantes de asilo; y que podamos



“Lo que se considera feminidad tradicional
hegemónica se constituye como un factor de
riesgo para la salud de las mujeres”



contar con la seguridad y estabilidad en la financiación de los servicios sanitarios para poder ser consistentes en el apoyo prestado a las mujeres.

Sin embargo, aunque la propuesta de la transversalidad se lleva oyendo desde hace tiempo, la clave de la transversalidad del género está en promover acciones amplias que cambien las políticas y las prácticas, también en las prácticas sanitarias en la salud mental de las mujeres, lo que no se está consiguiendo claramente. Estas prácticas deberían incluir el compromiso con la diversidad de experiencias de las mujeres a través del trabajo con mujeres que utilizan los servicios de salud mental para codiseñar y coproducir servicios; servicios solo para mujeres que reconocen que la violencia y el abuso perpetrados por hombres dejan a las mujeres vulnerables en entornos mixtos; servicios de un solo sexo por razones religiosas o culturales; personal cualificado que brinde seguridad relacional y pueda comprender y apoyar a las mujeres que se autolesionan, y permitir que las mujeres revelen historias de trauma y abuso; y servicios especializados, que pueden trabajar terapéuticamente con mujeres sobre el impacto a menudo descuidado del abuso sexual infantil y el trauma en la salud mental.

Abordar y mejorar los servicios de salud mental para incluir estos ejes de actuación, ayudaría a mejorar la salud mental de las mujeres. En este sentido, la psicoterapia feminista apuesta por un nuevo paradigma para la relación terapéutica que sea más igualitaria, centrado en la mujer, que tenga en cuenta la realidad social de las vidas de las mujeres y que sea explícitamente emancipatoria. Si seguimos trabajando en explicar y promover este tipo de prácticas en salud mental acabaremos por entender mejor los malestares de las mujeres, limitando la medicación cuando sea

“La psicoterapia feminista apuesta por un nuevo paradigma para que la relación terapéutica sea más igualitaria, centrada en la mujer”

estrictamente necesario y aportando soluciones y prácticas profesionales más ajustadas a las necesidades individuales que tienen las mujeres, pero también los hombres.

Bibliografía

Aparicio García, M.E., Fernández-Castilla, B., Giménez-Páez, M.A., Piris Cava, S., Fernández-Quijano, I. (2018). Influence of feminine gender norms in symptoms of anxiety in the Spanish context. *Ansiedad y Estrés*, 24 (29), 60-66.

Barnes, M., Davis, A., Guru, S., Lewis, L., & Rogers, H. (2003). Women-only and women-sensitive mental health services: Expert briefing. Leeds: National Institute for Mental Health in England and Department of Health.

Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249.

Casado, R., & García-Carpintero, M. (2018). La familia. Casado, R. & García-Carpintero, M. Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books>.

Davies, J., & Waterhouse, S. (2007). Do women need specific services? In M. Nasser, K. Baistow, & J. Treasure (Eds.), *The female body in mind: The interface between the female body and mental health*. London: Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9780203939543>

Esteban Gonzalo, S., Aparicio García, M.E. & Esteban Gonzalo, L. (2017). Employment Status, Gender and Health in Spanish Women. *Women Health*, 58 (7), 744-758.

Llobet, C. V., Banqué, M., Fuentes, M., & Solsona, J. O. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 9-22. <https://doi.org/10.1344/%25x>

Van Mens-Verhulst, J., Bernadez, T., Goudswaard, H., Jacobs, G., Steketee, M., Williams, J., et al. (1999). Dilemmas as solutions: The development of feminist mental health care. Retrieved from: <http://www.vanmens.info/verhulst/en/wp-content/Dilemmas%20as%20Solutions-1999.pdf>.

Williams, J., & Scott, S. (2002). Service responses to women with mental health needs. *Mental Health Review Journal*, 7(1), 6–14. <http://dx.doi.org/10.1108/13619322200200003>.

De las buenas palabras a las buenas acciones





POR _ ¹ *Raquel Hurtado López*

¹ Coordinadora Área de Intervención Social de SEDRA-FPFE.

L

a salud sexual y reproductiva es un ámbito central de la salud, especialmente de la salud de las mujeres. Todos los organismos internacionales la reconocen, además, como un requisito para la igualdad entre los sexos, así como para el desarrollo de las comunidades y los Estados; de hecho, la Agenda mundial de desarrollo, que todos los Estados del mundo deberían cumplir antes del año 2030, pone el foco en la necesidad de garantizar el acceso universal a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.

Ahora bien, esta garantía solo es real cuando se recoge de forma explícita en legislaciones y políticas públicas. Nuestro país cuenta desde el año 2010 con una ley específica, que ha sido una de las más avanzadas de Europa en este ámbito, y que, más de diez años después de su aprobación, está siendo objeto de revisión y modificación en este momento, con el fin de abordar aquellas cuestiones cuya implementación ha sido incompleta, así como de enfrentar los nuevos retos que han aparecido en los últimos años.

Merece la pena, precisamente en este momento, realizar una valoración del nuevo proyecto de ley, así como conocer cuál es su grado de aplicación, tratando de prever si la legislación dará respuesta a las necesidades que todavía existen. En este sentido, resulta enormemente complicado concretar cuál es la situación de la atención de la salud sexual y reproductiva en nuestro país, teniendo en cuenta que no contamos con estudios integrales sobre salud sexual y reproductiva, y que encontramos una enorme desactualización por parte de fuentes oficiales, tanto estatales como autonómicas, así como una enorme heterogeneidad en el tratamiento de los datos por parte de las distintas fuentes y privadas, que utilizan indicadores diferentes y no equiparables y que, en muchos casos, ofrecen resultados que proceden de muestras no representativas.

Esta dificultad es todavía mayor si se tienen en cuenta las enormes diferencias autonómicas que existen, que se derivan de la gestión de la transferencia de competencias sanitarias y educativas, y que redundan en claras inequidades para las mujeres que residen en unas u otras comunidades autónomas. Aun así, a grandes rasgos, sí podemos revisar la situación de tres cuestiones clave: la educación sexual, la atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios públicos y la prestación del aborto.

EDUCACIÓN SEXUAL LA ASIGNATURA PENDIENTE

La educación sexual todavía no es una realidad en las aulas de nuestro país. Existe en forma de talleres cortos, desconectados, impartidos por entidades con diferentes enfoques y cuyos servicios son solicitados por comunidades autónomas y centros

educativos. Pero el hecho de que exista, no significa que se haga de la forma correcta. Llevamos años convirtiendo una cuestión de derechos en una cuestión de suerte: acceder a la educación sexual depende de la comunidad en la que se reside, del centro educativo en el que se estudia, del grupo al que se pertenece.

La educación sexual no solo es un derecho, se trata de una herramienta validada por la evidencia científica y sistematizada por los principales organismos internacionales. Además, es la norma en la mayoría de los países europeos. Pero lo más importante, es que está incluida en nuestra legislación. No solo en la ley de salud sexual y reproductiva, sino de forma explícita en la última reforma de la ley educativa –aunque lo haga tímidamente– en forma de materia transversal. Por ello no tiene cabida que determinados grupos, familias y partidos políticos con representación parlamentaria se opongan ferozmente a su impartición, sino que la educación sexual debe ser en sí misma, una herramienta para que toda la comunidad educativa conozca y reconozca su importancia.

Por otra parte, si bien no cabe duda de que la sexualidad atraviesa todas las etapas educativas, así como todas las materias, uno de nuestros temores reside en el hecho de que pueda ser un contenido tan amplio que acabe por no ser abordado por el profesorado, especialmente si no se le capacita para hacerlo.

ACCESO, ACCESO Y ACCESO

Durante las últimas cuatro décadas, la atención de la salud sexual y reproductiva en el sistema público ha seguido trayectorias diferentes para cada una de las comunidades autónomas, que han dependido de la voluntad política de sus gobernantes.

El modelo común de mediados de los años 80, por el que, a través del Ministerio de Sanidad se establecía una red de servicios denominados Centros de Orientación Familiar, ha derivado en tres modelos diferentes: la creación de servicios específicos en el marco de diferentes políticas públicas autonómicas; la reconversión de los centros en unidades dependientes de atención primaria; y el modelo de aquellas comunidades autónomas en las que la salud sexual no se atiende de forma específica porque aquellos centros que se crearon en su momento hoy han desaparecido.

Si bien es cierto que, en líneas generales, se ha producido un enorme avance, este ha sido irregular y no para todas las mujeres, especialmente en relación con tres temas concretos, que nunca acaban de resolverse: por una parte, la escasísima información pública que existe sobre los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y, especialmente, sobre anticoncepción, incluyendo la información para las usuarias sobre cuáles son los circuitos de atención. En segundo lugar, también respecto a la anticoncepción, la eliminación del coste para las usuarias en la adquisición de métodos modernos, eficaces y seguros, que está siendo asumido de manera desigual por las diferentes comunidades autónomas. Por último, salvo en aquellas comunidades autónomas que cuentan con estrategias específicas de atención a la salud sexual, y como es el caso de Cataluña, Aragón, Comunidad Valenciana o La Rioja, seguimos sin contar con unidades, servicios o centros específicos de atención a la salud sexual. Si bien la entrada a la atención de la salud sexual debería ser la atención primaria, sabemos que la presión asistencial y la falta de inversión en la capacitación del personal sanitario hacen que estos servicios no siempre puedan



“El proyecto que modifica la ley de salud sexual y reproductiva vigente, es una oportunidad para que se garantice de manera efectiva la atención de la salud sexual y reproductiva”

responder a todas las demandas que existen, por lo que contar con circuitos específicos y que no estén supe- ditados a la atención general, permite garantizar la atención de la salud sexual y reproductiva, no solo desde un marco de prevención, sino también de promoción.

La nueva ley de salud sexual y repro- ductiva hace referencia a estas cues- tiones y señala, de forma clara, que la atención de esta esfera estará pre- sente tanto en todos los niveles del circuito público de atención a la salu- da, como a través de espacios espe- cializados de atención. Sabemos que no es una cuestión sencilla, puesto que implica que todas las comuni- dades autónomas cumplan con esta cuestión y que, aunque los modelos sigan siendo diversos, eso no suponga un impedimento para la atención.

EL ABORTO COMO PRESTACIÓN PÚBLICA

La interrupción voluntaria del em- barazo se encuentra incluida en la cartera de prestaciones del sistema nacional de salud. A pesar de ser la cuestión que más espacio ha ocupado –en la ley de 2010 como en su actual modificación–, muchas mujeres toda- vía dudan de que sea una prestación pública, e, incluso, de que sea legal; y lo hacen porque la información públi- ca sobre este tema es completamente insuficiente, hasta tal punto que con- tribuye a la estigmatización que rodea a la práctica.

La nueva ley incluye dos cuestiones que son de máxima importancia y que coinciden con las principales deman- das de la sociedad civil. En primer lugar, devuelve a las mujeres de 16 y 17 años la autonomía para tomar la decisión de interrumpir su embarazo sin necesidad de contar con el con- sentimiento de sus progenitores. Algo imprescindible, no porque los abortos

en esta franja de edad sean elevados, que para nada lo son en comparación con otras franjas; ni porque este gru- po de mujeres interrumpa su emba- razo sin conocimiento de sus familias, que no lo hace y suele contar con el apoyo y la presencia de estas en la mayoría de los casos; sino porque no es posible considerarlas suficiente- mente maduras para ser madres y no lo suficiente como para tomar deci- siones sobre su embarazo.

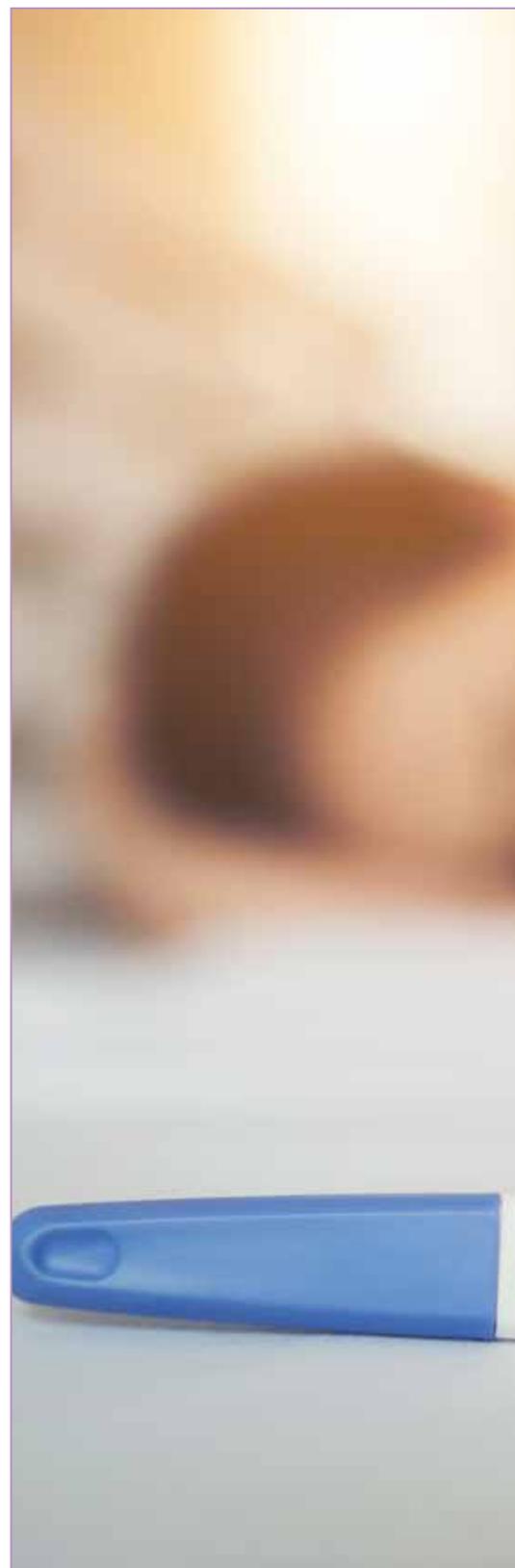
La segunda cuestión está relaciona- da con la importancia de ofrecer esta prestación en el circuito público, nor- malizándola y garantizando que todas las mujeres que así lo requieran pue- dan acceder a ella sin necesidad de desplazarse de su provincia, algo que solo el Estado puede garantizar.

Para ello, serán necesarios protoco- los, formación y un registro claro de aquellas personas que se declaren objetores para esta práctica, garanti- zando que no haya objeción colectiva, puesto que esta no es legal; y que la objeción no suponga un menoscabo en la prestación del servicio.

DE LAS BUENAS PALABRAS A LAS BUENAS ACCIONES

El proyecto que modifica la ley de salud sexual y reproductiva vigente, y que se encuentra en trámite par- lamentario, es una oportunidad para que se garantice de manera efectiva la atención de la salud sexual y re- productiva, así como de que se reco- nozca su importancia, al tratarse de un ámbito de la salud que atraviesa la vida de todas las mujeres.

Se trata de un proyecto que deberá acompañarse de una estrategia na- cional, recursos, formación y coor- dinación. Y, sobre todo, de voluntad política, tanto a nivel estatal como a nivel autonómico.





“Muchas mujeres todavía dudan de que la interrupción voluntaria del embarazo es una prestación pública, incluso creen que es ilegal”





POR _ ¹ *Alicia Botello Hermosa*

¹ Antropóloga social y cultural | Enfermera experta en enfermería de la infancia y de la adolescencia | Doctora en Estudios de las Mujeres y de género.

Visibilizando la importancia de la salud menstrual como una cuestión de derechos humanos: Logros y retos para el futuro

Aunque la OMS ha reconocido la menstruación como una cuestión de salud pública, de derechos humanos y de igualdad de género, para alcanzar una completa salud menstrual es fundamental alcanzar hitos como una mayor investigación científica, la ruptura con el tabú menstrual o la de eliminar la pobreza menstrual, entre otros.

En los últimos diez años, promovido principalmente por investigadoras, activistas y distintos colectivos feministas, se ha producido en todo el mundo un movimiento menstrual que ha visibilizado como en pleno siglo XXI todavía existe en muchos lugares el tabú menstrual. Dicho tabú potencia que sigan existiendo creencias erróneas que producen estigmas y desigualdades de género relacionados con la menstruación y también pobreza asociada a este proceso.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la menstruación como una cuestión de salud pública, de derechos humanos y de igualdad de género. UNICEF también insiste en ello: "El miedo al estigma, la pobreza y la falta de acceso a servicios básicos como el agua o los inodoros están provocando que las necesidades de higiene y salud menstrual de

“La salud menstrual es una cuestión de salud pública, de derechos humanos y de igualdad de género”





millones de mujeres y niñas en todo el mundo no se satisfagan y que aumente su nivel de riesgo a padecer infecciones. Estos desafíos son particularmente agudos entre los más pobres, los grupos étnicos, los refugiados y las personas con discapacidad”.

Por tanto, aunque todavía falta mucho por hacer para que la salud menstrual sea una realidad para todas las niñas, mujeres y personas que menstrúan, se puede afirmar que poco a poco se van consiguiendo hitos al respecto. Por ejemplo, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se ha incluido por primera vez la salud menstrual y en concreto, un primer conjunto de indicadores para monitorear el progreso en materia de salud e higiene menstrual en todo el mundo por el Programa conjunto OMS/UNICEF de monitoreo para el abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene.

CONCEPTO DE SALUD MENSTRUAL

Podemos comenzar definiendo la salud menstrual. Según la OMS, entendemos por salud menstrual una parte integral de los derechos a la salud sexual y reproductiva y por tanto, un factor decisivo para la realización de todos los derechos humanos de las niñas y las mujeres, en toda su diversidad, el logro de la igualdad de género y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Es un “problema de salud y de derechos humanos” y “no de higiene” que se debe de abordar en la perspectiva de un curso de vida, desde antes de la menarquia hasta después de la menopausia.

“La salud menstrual significa que las mujeres y niñas tengan acceso a información y educación al respecto, a los productos menstruales que necesitan, a las instalaciones de agua, saneamiento y eliminación, a

la atención competente y empática cuando es necesario, y a vivir, estudiar y trabajar en un entorno en el que la menstruación se vea como algo positivo y saludable, no como algo de lo que avergonzarse”, recoge la Declaración de la OMS sobre la salud y los derechos menstruales.

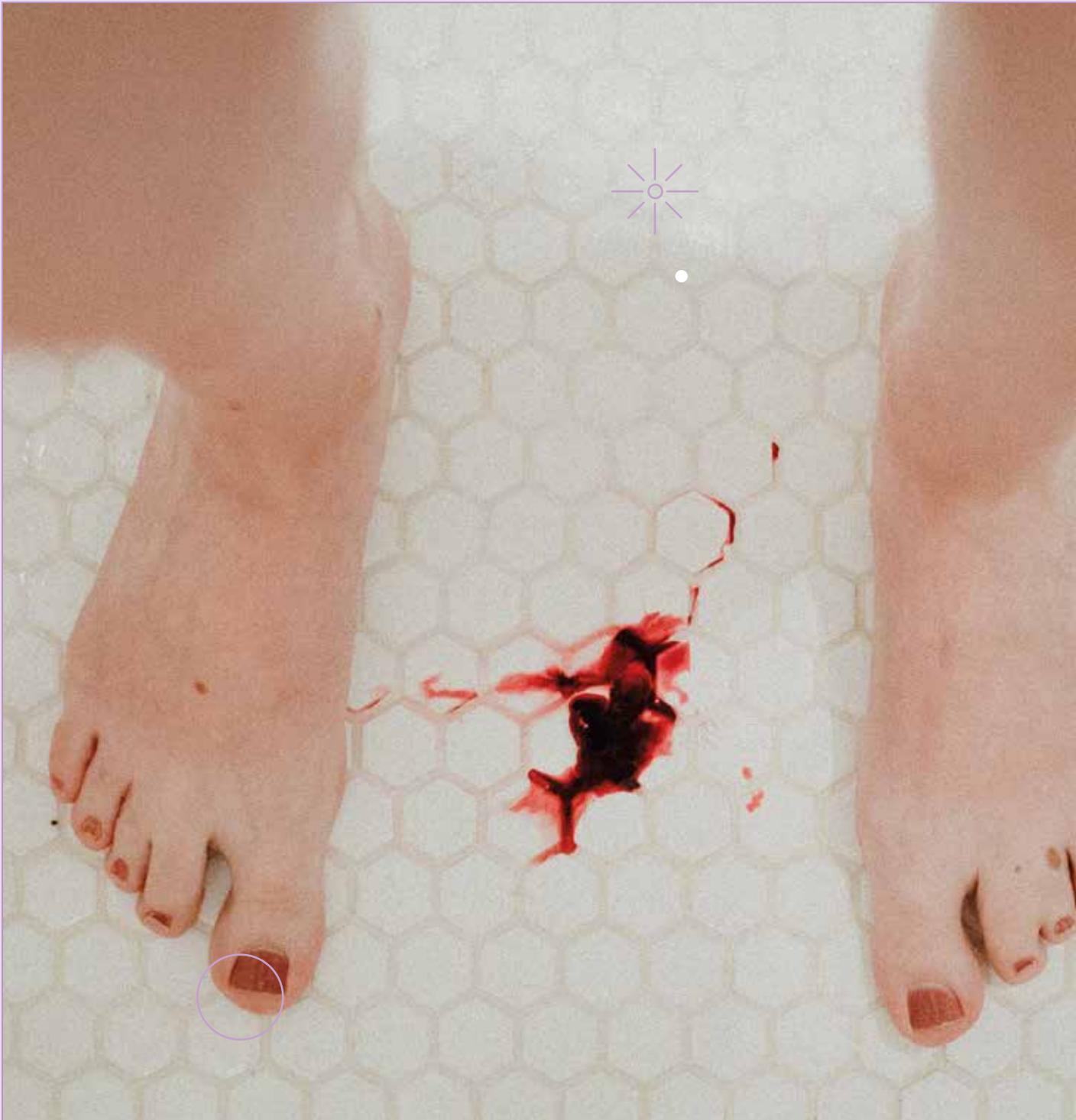
FACTORES CULTURALES

¿Y por qué un proceso biológico y fisiológico que es positivo y saludable tiene asociada tantas cargas culturales, la mayoría de carácter negativo? Porque el ciclo menstrual es un fenómeno no solo biológico, sino también social y cultural.

La diferencia biológica de la menstruación conlleva una desigualdad social y cultural basada principalmente en el género a la que se le asociaron características negativas reforzadas por las sociedades y sistemas patriarcales. Además, debido al androcentrismo imperante en la ciencia durante siglos, la menstruación fue considerado lo más “invisible de lo invisible” a pesar de ser una experiencia cotidiana en la vida de millones de mujeres. De hecho, la ciencia médica ignoró y fue poco objetiva con la menstruación hasta la década de 1980, cuando comenzó el estudio riguroso del ciclo menstrual, de las bases neuroendocrinas y de los efectos periféricos por todo el cuerpo. Carme Valls-Llobet puso de manifiesto que “es muy difícil encontrar estudios que especifiquen cuáles son las características normales de un ciclo menstrual”.

Es importante destacar que, como señala Michelle Bachelet, anterior Alta Comisionada de la ONU, “las experiencias menstruales de las niñas y las mujeres no son homogéneas, sino que están moduladas por factores conexos, tales como la edad, el género, la raza, la discapaci-

“La menstruación es el hecho biológico y fisiológico con más cargas sociales y culturales asociadas”





cidad, la condición económica o social, la migración y otros factores y contextos, tanto en la paz como en situaciones de conflicto, desastre o crisis sanitaria".

La importancia de estas connotaciones culturales acerca de la menstruación es que implican un modo de actuar y comportarse con respecto a ella y, por ende, también un modo de autocomportarse las propias mujeres con sus cuerpos y con su salud; y también la sociedad.

Culturalmente la sangre menstrual es asociada todavía en muchos lugares a sangre impura, sangre sucia o mala o incluso sangre tóxica con peligros tanto para la niña o mujer que menstrua como para su entorno. Por tanto, siguen existiendo muchas creencias populares erróneas y estigmas, basadas en el miedo y apoyadas por el desconocimiento, que articulaban una extensa red de prohibiciones relacionadas con la menstruación y lo que se podía o no hacer, creencias que eran discriminatorias y que se fueron transmitiendo de forma oral de madres a hijas o abuelas a nietas de generación en generación.

Algunas de esas creencias se remontan a la época romana y han llegado hasta nuestros días sin apenas cambios. De hecho, todavía hoy en día en España – sobre todo en algunas zonas rurales –, se articulan prohibiciones a las mujeres menstruantes como no poder ir a las bodegas, participar en elaboración de embutidos o en la recogida de frutos o no se les permite tocar las plantas. También está muy extendida por todo el mundo la idea de que la menstruación es incompatible con el agua y que el más mínimo contacto con la misma puede tener efectos negativos en la salud, exponiéndolas a riesgo de infecciones, quistes o, incluso, embolias.

Otra creencia errónea que sigue existiendo es la idea de que la menstruación es suciedad y desechos y de que se tiene que ocultar, generando en muchos hombres rechazo y en muchas mujeres vergüenza, por lo que se percibe con connotaciones negativas en vez de como un hecho fisiológico con connotaciones positivas. Los comentarios negativos por parte de la sociedad relacionados con suciedad en torno a la menstruación canalizan sentimientos de inseguridad y vergüenza que llevan a guardar silencio, convirtiéndolas en cómplices de su propia victimización.

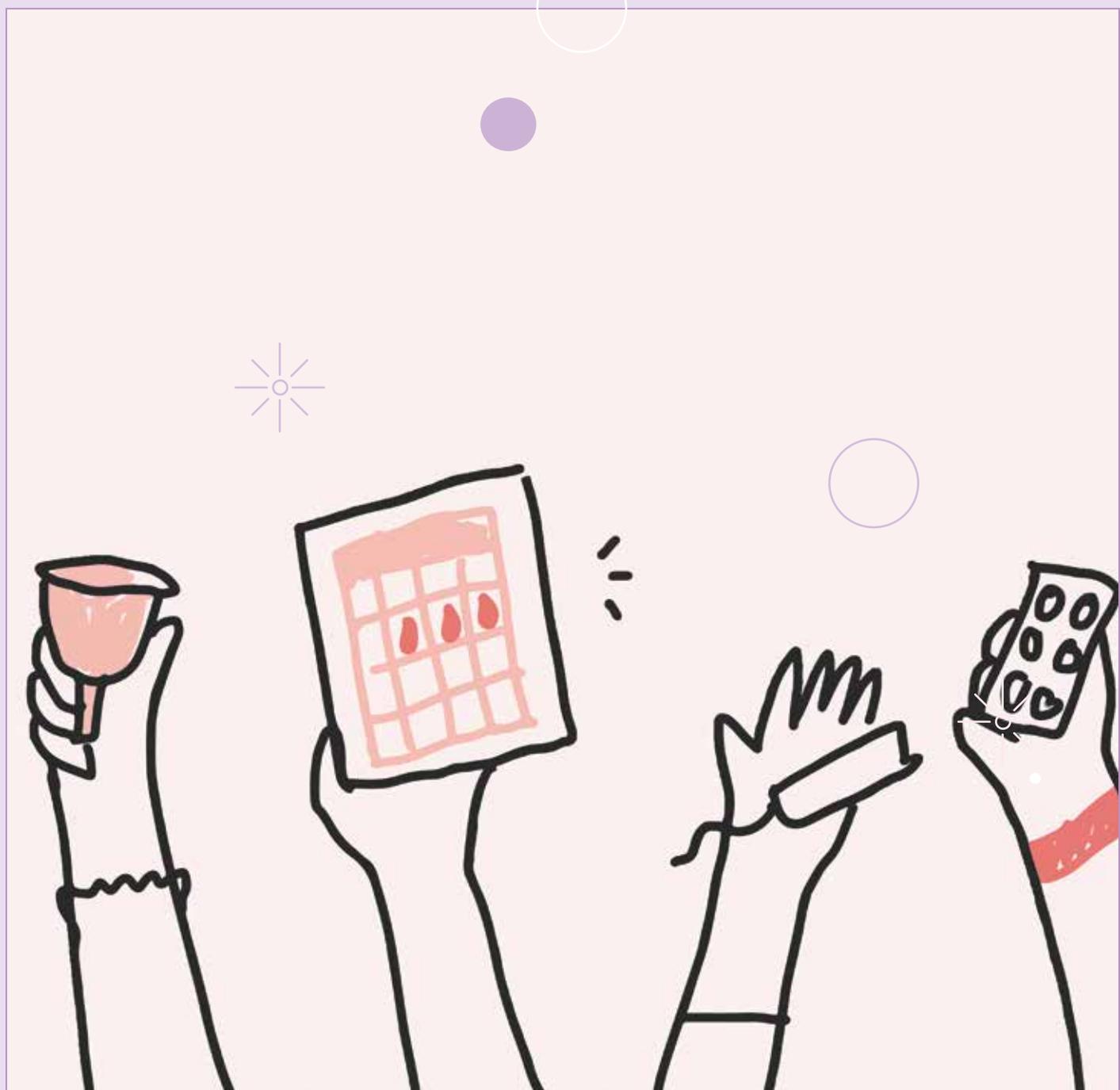
Esto lleva a muchas adolescentes en los institutos a tener los productos menstruales muy ocultos porque a veces son motivos de burlas y de vergüenza si les son vistos. También a veces esta vergüenza les dificulta a la hora de obtener más información sobre el ciclo menstrual y preguntar dudas con respecto a los productos menstruales. Dudas que muchas veces intentan responder en internet o entre iguales.

EL TABÚ MENSTRUAL

Aunque no se puede afirmar que el ciclo menstrual continúe siendo un tema tan tabú en España como hace varias generaciones, sin embargo, es patente el desconocimiento general existente sobre el mismo y sobre los factores sociales y culturales que son fundamentales conocer para un manejo adecuado de la menstruación.

Hoy en día, para muchas personas la menstruación sigue rodeada de tabúes que se visibilizan en la forma de ocultarlo y en el silencio sobre el tema. Este ocultamiento se observa en el léxico popular en la cantidad de metáforas y eufemismos; en todo el mundo se calcula que pueden

“Todavía están presentes muchas creencias erróneas sobre la menstruación basadas en el miedo que articulan prohibiciones y discriminación”



existir 60 billones de eufemismos relacionados con el ciclo menstrual.

En nuestro entorno se utilizan muchos eufemismos diferentes para referirse a la menstruación como por ejemplo "la regla", "el periodo", "estar mala", "ya llegó mi primo" o "ya se ha puesto los pendientes rojos", entre otros.

UNA IMAGEN ESTEREOTIPADA

Además, el imaginario popular mediante la cultura popular ha ido transmitiendo mitos sobre la menstruación que todavía están presentes en estereotipos y sesgos de género. Por ejemplo, se puede afirmar que la menstruación sigue siendo hoy en día un elemento decisivo del "hecho de ser mujer", poseyendo fuertes connotaciones culturales que van a influir desde la menarquia a la menopausia. Se deduce que es un fenómeno biológico pero que está fuertemente cargado de connotaciones culturales y que va más allá de un ciclo fisiológico y hormonal, significando en muchas mujeres un hito importante cuando se establece mediante la menarquia porque supone el comienzo de la etapa fértil y su desaparición, con la menopausia, el comienzo de la etapa no fértil. Ambas etapas están cargadas de este-

reotipos de género, aunque de signo opuesto. Mientras que la menarquia supone la fertilidad de la niña-mujer y la posibilidad de engendrar si así lo quisiera, la menopausia, al suponer el fin de la etapa fértil, se carga en muchas ocasiones de connotaciones negativas que se asocian a vejez y deterioro.

Relacionada con esta creencia de la menarquia y convertirse en mujer, Bachelet recuerda que está la práctica nociva vigente en muchas sociedades de que las niñas están listas para casarse al término de su primer ciclo menstrual, "lo que las expone a un riesgo mayor de matrimonio precoz y forzado, de violencia sexual y embarazos prematuros y no deseados, lo que a su vez amenaza sus oportunidades educativas y económicas, constituye una vulneración de sus derechos y pone sus vidas en peligro".

Es importante destacar que el Convenio de Estambul indica que es necesario promover cambios en los modos de comportamientos socio-culturales de mujeres y hombres con vistas a erradicar los prejuicios, costumbres, tradiciones, y cualquier otra práctica basada en la inferioridad de la mujer o en un papel estereotipado de mujeres y hombres.

Por tanto, concluimos que para alcanzar una completa salud menstrual es fundamental seguir incidiendo en la investigación científica sobre el ciclo menstrual, transmitir conocimientos y educación menstrual de calidad desde antes de la menarquia a toda la población, romper el tabú menstrual, eliminar la pobreza menstrual y seguir desmontando las creencias erróneas para que se viva la menstruación con dignidad y empoderamiento.

Bibliografía

Declaración de la Alta Comisionada para los Derechos Humanos sobre la salud menstrual. 50º periodo de sesiones del Consejo de Derechos Humanos Mesa redonda de debates sobre la gestión de la higiene menstrual, los derechos humanos y la igualdad de género. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/statements/2022/06/high-commissioner-human-rights-statement-menstrual-health>

UNICEF.

La salud y la higiene menstrual siguen siendo inaccesibles para millones de mujeres y niñas vulnerables. Disponible en: <https://www.magisnet.com/2022/05/la-salud-y-la-higiene-menstrual-siguen-siendo-inaccesibles-para-millones-de-mujeres-y-ninas-vulnerables/>

OMS WHO statement on menstrual health and rights. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>

Botello Hermosa, A. (2020). ¡Llegó la regla! Un análisis antropológico y de género sobre la menstruación en España. Sevilla: Editorial Universidad de Sevilla.

García-Dauder, S., Pérez-Sedeño, E. (2018). Las "mentiras" científicas sobre las mujeres. 2.ª ed. Madrid: Los libros de la catarata.

Valls-Llobet, C. (2010). Mujeres, salud y poder. Madrid: Cátedra.

Botello-Hermosa, A., Casado-Mejía, R. (2016). Estereotipos de género con respecto a las etapas reproductivas de las mujeres y sus implicaciones en la salud. *Matronas profesión*.4:130-136. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-estereotipos-de-genero.pdf>.

Bourdieu, P. (2012). Symbolic Violence. *Rev. Latina de Sociología*. 2: 1- 4.

Martínez-San Andrés F, Parera-Junyent, N., Rius-Tarruella, J. (2018). Características e impacto de la menstruación en la mujer española: el porqué del interés de la posibilidad de supresión de la menstruación. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica* .5 (2): 71-9. DOI:10.1016/j.mdre.2017.10.002

Stein, E., Flow, S. K. (2009). *The cultural study of menstruation*. New York: St. Martin's Griffin.

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género



POR _ ¹ *Esther Vivas*

¹ Periodista y socióloga | Autora de *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad.*



Cuántas mujeres dan a luz cada día y cuántas son violentadas? Muchas, si nos ceñimos a las estadísticas y a los testimonios. Sin embargo se trata de una violencia profundamente normalizada e incluso aceptada por la sociedad, porque nos han dicho que parir es esto. Visibilizar la violencia obstétrica, denunciarla y poner medidas para erradicarla es imprescindible para acabar con esta violencia física y psicológica que sufren de forma cotidiana tantas mujeres y bebés.

“En el quirófano me trataron como un pedazo de carne (...) Recuerdo el golpe pasándome a la mesa de operaciones (...) Entraba y salía gente que hablaban de sus vacaciones (...) Pasé mucho frío y no paraba de temblar y me echaban bronca (...) Cuando sacaron al niño grité para que me lo enseñaran. Una auxiliar se giró para hacerlo y le echaron la bronca y se lo llevó sin que lo pudiera ver (...) Luego me pasé cuatro horas en reanimación sola, pidiendo que me trajeran al bebé, pero no lo hicieron (...) Estuve cuatro horas sin mi hijo y le dieron biberones a pesar de que había pedido iniciar lactancia materna.”





“La violencia obstétrica
forma parte estructural
de la atención sanitaria al
parto, no se trata de malas
prácticas aisladas”

“El parto no solo viene atravesado por desigualdades de género sino también por desigualdades de clase y raza”

Con estas palabras Nahia Alkorta narra cómo fue atendida en el parto de su primer hijo en 2012, en una entrevista en La Vanguardia. Un caso de abuso, violencia y maltrato en la atención sanitaria al parto. Alkorta llevó a juicio su caso. Sin embargo la justicia española lo desestimó. A posteriori, elevó la queja a las Naciones Unidas, que diez años más tarde, en 2022, emitió un dictamen dándole la razón y condenando al sistema de salud español por violencia obstétrica. El caso de Nahia Alkorta no es una excepción.

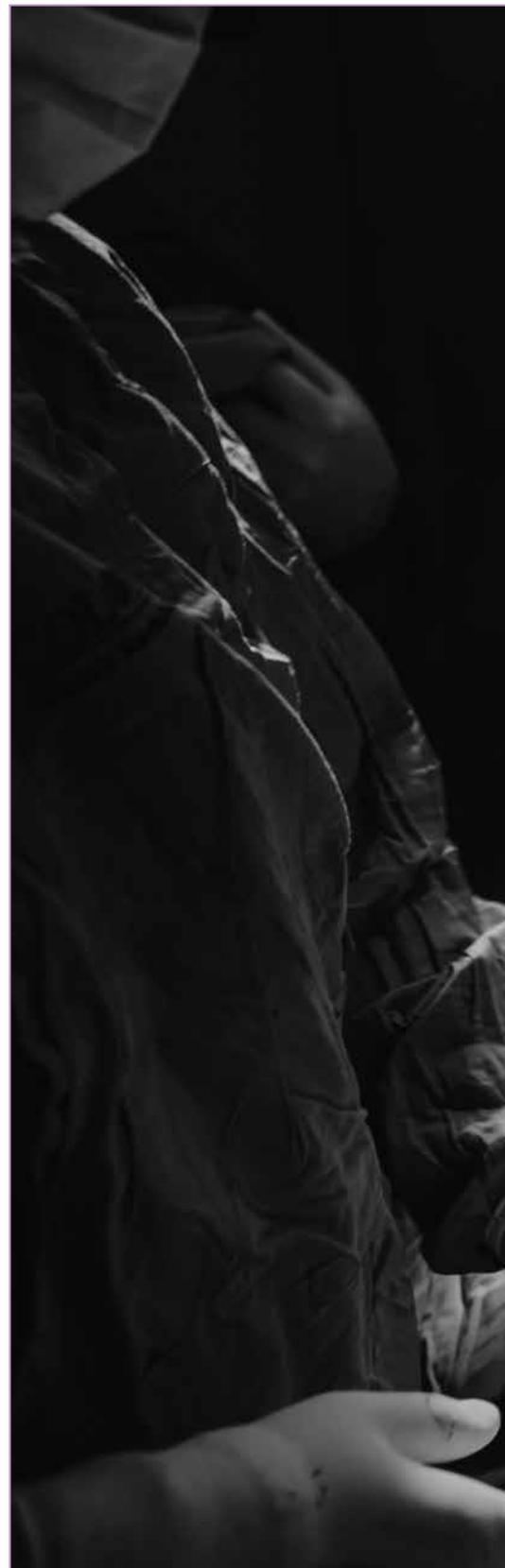
La violencia obstétrica consiste en el conjunto de prácticas constitutivas de violencia física, verbal y/o psicológica ejecutadas por el personal sanitario en la atención al embarazo, el parto y el posparto, las cuales dañan la salud de la madre y el recién nacido. Algunos ejemplos son que se induzca el parto sin necesidad, que no se informe a la parturienta de los procedimientos que se le realizan, que no se le permita estar con un acompañante en las visitas de seguimiento del embarazo o en el parto, que se le falte al respeto y no se tenga en cuenta su opinión, que a la hora de parir le sean realizados tactos vaginales sin su permiso y por distintas personas, que le suministren fármacos y anestesia sin informarla, que haya estudiantes en el parto sin su consentimiento, que se le haga una episiotomía por rutina, una cesárea innecesaria o una maniobra de Kristeller, o que la separen del recién nacido sin motivo. Pero la violencia obstétrica también se produce cuando una intervención médica es necesaria y no se da.

La violencia obstétrica ocurre asimismo en esos partos donde la criatura muere antes de nacer y no se permite a la madre parirla, verla, tomarla en brazos, despedirse de ella, tener acceso a su cuerpo o cuando apenas se reconoce a la madre y a su hija o hijo como tal porque este ha muerto antes del alumbramiento. En dichos casos, la violencia obstétrica está aún más silenciada y normalizada.

A menudo se responsabiliza a la madre de ser la detonante de una situación de violencia obstétrica. Se le dice que no empuja, no colabora, se queja demasiado, que por su culpa el parto no avanza y se le tiene que aplicar tal o cual maniobra... Con esta estrategia se busca atribuir a la parturienta la responsabilidad sobre lo que ha ocurrido o podría haber ocurrido. Las mujeres no solo se sienten culpables por haber sufrido violencia obstétrica, sino que muchas veces son juzgadas y culpadas por las decisiones que toman. Cuando una madre rechaza un parto inducido, una cesárea o quiere un parto en casa, se la acusa no pocas veces de ser una irresponsable. Hay obstetras que se erigen como máximos defensores del feto, considerando que deben protegerlo de su mamá, y los presentan como antagonistas. Hay casos incluso que acaban ante los tribunales, y el abuso médico puede contar con el apoyo de la estructura jurídico institucional.

UNA REALIDAD DEMASIADO COTIDIANA

Las cifras y el testimonio de las mujeres corroboran como la violencia obstétrica es una realidad demasia-









“Un parto necesita tiempo, confianza y respeto; no prisas, miedo y violencia”

do cotidiana en nuestros centros sanitarios. En España, un 28% de las mujeres dan a luz mediante cesárea, siendo un porcentaje más elevado en la sanidad privada, un 35%, e inferior en la pública, un 22%, según datos del Ministerio de Sanidad. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud, a delante de un cifra justificable de cesáreas no debería superar el 10% o el 15%. Además, en función de donde vivas tienes más números de dar a luz mediante esta operación de cirugía mayor: si resides en Extremadura tienes el doble de opciones que si vives en el País Vasco o Navarra, como asegura el Ministerio de Sanidad.

Algo parecido sucede con el hecho de poder sufrir una episiotomía. La media de episiotomías en España, según datos facilitados por el mismo Ministerio, se situaba en 2019 en el 26%, pero es que hace más de veinte años, entre 1995 y 1996, esta cifra llegaba al 89%, como recoge un artículo publicado en la revista *Progresos en Obstetricia y Ginecología*. Teniendo en cuenta que el periné de las mujeres no ha cambiado en este tiempo, queda claro que no es la fisiología del parto ni la de las mujeres la que determina cómo parimos sino cómo se atiende el parto en los hospitales. De hecho cada vez son menos las mujeres que dan a luz en fin de semana, y el parto en horario laboral es el más frecuente desde las últimas décadas, según un informe de la asociación *El Parto es Nuestro*. Esto constata la supeditación del parto a una lógica productivista, que menosprecia las consecuencias que estas prácticas tienen para la salud de madres y bebés.

La opinión de las madres sobre cómo han sido atendidas en su parto a menudo es negativa. Cuando se les pregunta al respecto, un 83% asegura que en su momento no se les pidió el consentimiento informado, un 54% dice haberse sentido insegura, vulnerable, incapaz o indiferente en el trato recibido, un 44% percibió que se le estaban aplicando procedimientos innecesarios y/o dañinos para ella o su criatura y un 38% aseguró haber vivido violencia obstétrica, según un exhaustivo estudio realizado en España y publicado en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

UNA VIOLENCIA SILENCIADA, ACEPTADA Y JUSTIFICADA

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género, que sufrimos las mujeres por el solo hecho de serlo, con la particularidad de que es una violencia ejercida también por mujeres, porque a pesar de que en el siglo XX la obstetricia se feminizó, ello no comportó un cambio en el enfoque hegemónico patriarcal de la atención al parto. La violencia obstétrica consiste en un tipo de violencia silenciada, aceptada y justificada por la sociedad y las instituciones y, a menudo, también por las madres que la sufren, porque nos han dicho que parir es esto.

Cuántas mujeres a pesar de haber sido maltratadas describen su parto como bueno. ¿Por qué tenemos que quejarnos –pensamos y nos dicen– si tenemos un hermoso bebé entre los brazos? El miedo, el abandono, la impotencia y el daño físico y emo-

cional que podamos haber sufrido no cuentan. Llega a ser considerado algo normal, y en consecuencia no es reconocido como un acto de violencia.

La violencia obstétrica tiene consecuencias físicas y/o psicológicas en la madre y el bebé. La intervención médica puede derivar en una cascada de intervenciones y dejar secuelas. De aquí que una inducción, una cesárea, una episiotomía, un parto instrumental... solo deberían realizarse cuando son realmente necesarios. Sufrir violencia obstétrica puede dar lugar a una depresión posparto y/o a estrés postraumático. El trauma puede afectar el vínculo inicial entre la madre y el recién nacido, dificultar el comienzo de la lactancia materna, tener consecuencias en las relaciones sexuales y dejar secuelas en el trato con los profesionales de la salud. Se trata además de experiencias que pueden hipotecar embarazos y partos futuros, llegando incluso a posponer un segundo embarazo o a no tener el número de criaturas deseadas por miedo a ser víctima de violencia otra vez.

La violencia obstétrica se ejerce en mayor medida contra mujeres pobres, racializadas, adolescentes, solteras, inmigrantes... Lo afirma la Organización Mundial de la Salud, en su informe Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, cuando asegura que estas mujeres tienen más posibilidades de sufrir un trato irrespetuoso y ofensivo a la hora de dar a luz. Las personas trans o no binarias con capacidad gestante son también víctimas de violencia obstétrica e incluir sus derechos en la lucha a favor del parto respetado es imprescindible. No solo el género explica la violencia que se ejerce contra las mujeres en el embarazo, el parto o el posparto, sino que



también la clase, la raza, la edad y la orientación sexual determinan cómo somos atendidas, y demasiado a menudo maltratadas, en nuestro parto.

NO SE TRATA DE MALAS PRÁCTICAS AISLADAS

La violencia obstétrica forma parte estructural de la atención sanitaria al parto, no se trata de malas prácticas aisladas. Es fruto de un sistema patriarcal que menosprecia y vulnera los derechos de todas las mujeres y de un sistema productivista que supedita la vida, y en este caso el parto, al mercado. La obstetricia no escapa al machismo de la sociedad. La cultura, a través de los medios de comunicación, el cine o las series, contribuye a perpetuar y normalizar estas prácticas. No se trata de estar en contra de la intervención sanitaria per se en el parto sino de señalar que dichas intervenciones deben realizarse cuando son necesarias, no por rutina, prejuicios o motivos de organización laboral.

Poner nombre al abuso que se da en los paritorios y hablar de violencia obstétrica, no significa criminalizar al personal sanitario sino constatar una realidad que solo nombrándola podremos contribuir a erradicarla. Hay también profesionales que sufren las consecuencias de dicha violencia, e incluso algunos llegan a abandonar su puesto en el paritorio al sentirse incapaces de trabajar en este contexto de maltrato o plantar cara a quienes lo ordenan y ejercen.

UNA MIRADA AL PARTO DESDE UNA PERSPECTIVA FEMINISTA

El parto es una cuestión feminista, ya que estamos hablando de una experiencia que transitamos millones de mujeres, y esta debería ser vivida libre de abuso y violencia. Sin embar-

go, no es así. Acabar con la violencia obstétrica tendría que ser un objetivo central de la agenda feminista. Tan importante es poder decidir si queremos quedarnos embarazadas y seguir adelante con una gestación como, en caso de hacerlo, poder decidir sobre nuestro parto.

Necesitamos una atención sanitaria al parto con perspectiva feminista, donde la madre sea tratada como sujeto de derechos, con capacidad de decisión, y que esta pueda escoger dónde parir, ya sea en un hospital, una casa de partos o en casa acompañada por una comadrona, y la sanidad pública debe garantizar este derecho. Urge también una atención al parto que comprenda la fisiología del parto, y que dar a luz no sea considerado una enfermedad, ni la mujer una mera paciente. Un parto necesita tiempo, confianza y respeto; no prisas, miedo y violencia.

Hacen falta profesionales de la salud que sean aliados para atender el parto en clave feminista y respetuosa. Hay quienes trabajan en esta dirección, pero no son mayoría. Aún hay demasiados negacionistas de la violencia obstétrica en el entramado sanitario. Las asociaciones en defensa del parto respetado, como El Parto es Nuestro o Dona Llum, entre otras, llevan años denunciando que la violencia obstétrica es una realidad, y gracias a su lucha se han conseguido avances significativos. Sin embargo, necesitamos un compromiso político y social para acabar con la violencia obstétrica, un compromiso que pase por reconocer que esta existe, que se implementen medidas reales para combatirla, que se forme al personal sanitario en clave feminista y que se destierren intervenciones obstétricas obsoletas. Hace falta más inversión pública para una atención sanitaria de calidad; en particular con una mayor contratación de

comadronas y mejores condiciones laborales. Y todo esto es necesario no solo para acabar con la violencia obstétrica, sino para que todas esas mujeres y bebés que la han sufrido puedan pasar de víctimas a supervivientes, les sea posible sanar sus heridas, con recursos públicos que lo garanticen, y se repare públicamente el daño ocasionado. Se trata de zanjar una deuda con el pasado y de un compromiso con el presente y el futuro de tantas madres y bebés.

Bibliografía

Ferro, L., "Víctima de violencia obstétrica: Durante el parto me trataron como un trozo de carne", *La Vanguardia*, 16 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.la-vanguardia.com/vida/20220816/8439430/victima-violencia-obstetrica-onu-parto-trozo-carne.html>

Melchor, J.C., Bartha, J.L., Bellar, J., Galind, A., "La episiotomía en España. Datos del año 2006", *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 51(9), 2008, doi:10.1016/S0304-5013(08)72329-X.

Mena-Tudela, D., et al., "Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences", *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(21), 2020, doi: 10.3390/ijerph17217726.

Ministerio de Sanidad, Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2019, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2021.

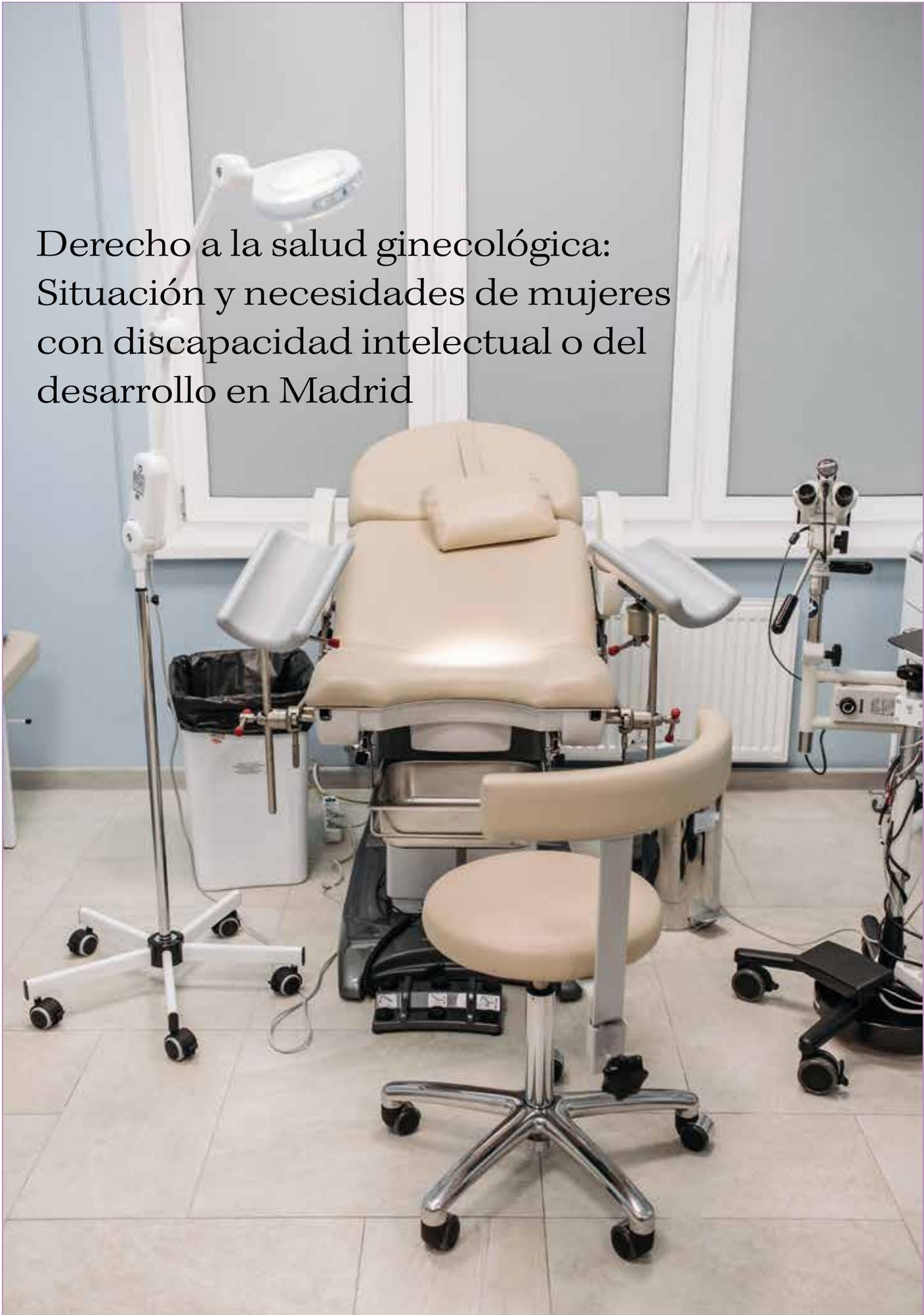
OMS, Declaración de Fortaleza, 1985. Disponible en: <http://lobafilm.com/wp-content/uploads/2014/07/oms.pdf>

OMS, Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, Ginebra: OMS, 2014.

Recio, A. y A. E. Müller, *Nacer en horario laboral*, Madrid: El Parto es Nuestro, 2016.

Requena, A., "Episiotomías, el corte en la vagina desaconsejado por la OMS que sufre una de cada tres madres en España", *Eldiario.es*, 15 de noviembre de 2021. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/episiotomias-corte-vagina-desaconsejado-oms-sufre-tres-madres-espana_1_8470215.html

Derecho a la salud ginecológica: Situación y necesidades de mujeres con discapacidad intelectual o del desarrollo en Madrid





POR _ ¹ *María Sotillo* _ ² *Nieves García-Herraiz* _ ³ *Rebeca Tur Barja*

¹ Profesora titular Departamento Psicología Básica Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Madrid.

² Psicóloga educativa y social e investigadora de la Universidad Autónoma de Madrid.

³ Coordinadora de programas de Plena inclusión Madrid.

L

a salud constituye un derecho fundamental de todas las personas (Asamblea ONU, 1948). El objetivo de promoción de la salud está en la Carta de Ottawa (OMS, 1986) y en la Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud (OMS, 1997). Por ello, es imprescindible abordar tanto las acciones y los comportamientos individuales, como los cambios ambientales, sociales, económicos y políticos que impacten en la salud de las personas. También la organización de los servicios, ya que dicha organización puede condicionar el acceso a la asistencia sanitaria, lo que da lugar a que algunas personas vean dificultado el acceso al cumplimiento de su derecho a la asistencia sanitaria, como es el caso de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (en adelante, DID) y que es el asunto que queremos tratar en estas líneas.

Como punto de partida es importante señalar que desde distintas plataformas sociales se han elaborado directrices y documentos para promover una adecuada respuesta institucional que reduzca las barreras para acceder al cumplimiento del derecho a la salud. Los avances tecnológicos, las políticas legislativas y el interés por un diseño universal han promovido mayor concienciación del impacto que estas barreras en la salud y en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, mitigando algunas de ellas. Pero los procesos de exclusión interseccional hacen que las mujeres con DID

“Las mujeres con discapacidad intelectual encuentran aún importantes dificultades para acceder a información sobre sus necesidades de salud, especialmente en salud sexual y reproductiva”

sean un grupo especialmente vulnerable. Estas mujeres encuentran dificultades para acceder a información sobre sus necesidades de salud, especialmente en salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, algunos estudios señalan que las mujeres estadounidenses con DID participan menos en exámenes de detección de cáncer de mama y de cuello uterino. Asimismo, las mujeres que conviven con sus familiares tienen menos probabilidades de acudir a las revisiones recomendadas en comparación con aquellas que viven en residencias o de manera autónoma.

Por todo ello, nos preguntamos por la situación de salud ginecológica de mujeres con DID en la Comunidad de Madrid. Así nació Gine para todas, un proyecto de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y Plena Inclusión Madrid, desde el que elaboramos dos cuestionarios sobre salud ginecológica: uno para mujeres con DID y otro para sus familias (página 78 a la 81). El cuestionario de mujeres tenía 59 preguntas: dos sobre datos demográficos (edad y centro de procedencia) y 57 sobre salud e higiene, menstruación y menopausia, revisiones ginecológicas, y formación en salud ginecológica. El 94,7% de las preguntas eran de elección múltiple y el resto abiertas. Para garantizar la comprensión del cuestionario se adaptó a lectura fácil. El cuestionario para las familias tenía la misma estructura y bloques de contenidos. Los cuestionarios, remitidos desde la red de entidades de atención a personas con DID de Plena Inclusión Madrid, podían ser rellenados online o físicamente. Obtuvimos 308 cuestionarios de mujeres con DID (edades entre 12 y 73 años, media 35) y 83 de familiares.

RESUMEN DE RESULTADOS

El informe completo será publicado desde Plena Inclusión Madrid a lo largo de 2022, pero por el momento podemos adelantar algunos de los resultados más destacables:

A la vista de la globalidad de los resultados consideramos que urge diseñar y poner en marcha un plan de mejora de acceso a la salud ginecológica de las mujeres con DID. Este plan debe abordar desde aspectos de información y divulgación de hábitos de higiene y salud, hasta un programa de acercamiento de la salud ginecológica. Asimismo, y en la comprensión de que solo será eficiente un abordaje sistémico, parece imprescindible un trabajo simultáneo con profesionales de la sanidad, en el ámbito de ginecología y obstetricia, para ofrecerles una formación sobre las características y posibles necesidades de apoyo de sus pacientes mujeres con DID. La salud, también la salud ginecológica, es un derecho. También de las mujeres con DID.

“Desde el proyecto Gine para todas, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y Plena Inclusión Madrid, se ha investigado la situación de salud ginecológica de mujeres con DID en la Comunidad de Madrid”

Bibliografía

Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. 217 (III) A. Paris, 1948. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Havercamp, S. M., Scandlin, D., y Roth, M. (2004). Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health Reports*, 119, 418–426. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pphr.2004.05.006>

Lewis, M. A., Lewis, C. E., Leake, B., King, B. H., y Lindemann, R. (2002). The quality of health care for adults with developmental disabilities. *Public Health Reports*, 117, 174–184.

Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza: Autor.

Organización Mundial de la Salud (1997) Declaración de Jakarta para la Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza: Autor.

Parish, S., Mitra, M., y Jezzoni, L. (2016). Health promotion and disease prevention for women with disabilities. En Miles-Cohen, S. E. y Signore, C. (Eds.). *Eliminating inequities for women with disabilities: An agenda for health and wellness*. pp. 61–79. American Psychological Association.

Parish, S. y Saville, A. W. (2006). Women with cognitive limitations living in the community: Evidence of disability-based disparities in health care. *Mental Retardation*, 44, 249–259. [http://dx.doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44\[249:WWCLLI\]2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[249:WWCLLI]2.0.CO;2)

Parish, S., Swaine, J. G., Luken, K., Rose, R. A., y Dababnah, S. (2012). Cervical and breast cancer-screening knowledge of women with developmental disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(2), 79–91. <http://dx.doi.org/10.1352/1934-9556-50.2.79>

Parish, S. L., Swaine, J. G., Son, E., y Luken, K. (2013a). Determinants of cervical cancer screening among women with intellectual disabilities: Evidence from medical records. *Public Health Reports*, 128, 519–526.

Schopp, L. H., Sanford, T. C., Hagglund, K. J., Gay, J. W., y Coatney, M. A. (2002). Removing service barriers for women with physical disabilities: Promoting accessibility in the gynecologic care setting. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 47(2), 74–79.

Swaine, J. G., Dababnah, S., Parish, S. L., & Luken, K. (2013). Family caregivers' perspectives on barriers and facilitators of cervical and breast cancer screening for women with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(1), 62–73. <http://dx.doi.org/10.1352/1934-9556-51.01.062>

Esther Muñoz
Fotografía: Luana Fischer
Plena Inclusión Madrid



1 _ Resultados de la encuesta a mujeres

_ Salud e Higiene

97,4%

LA GRAN MAYORÍA CONOCE LAS COMPRESAS

69,4%

CONOCE LOS SALVASLIPS

69,1%

CONOCE LOS TAMPONES

PERO MÁS DE UNA CUARTA PARTE AFIRMA NO ELEGIR EL PRODUCTO QUE EMPLEA

24%

ASEGURA NO SENTIRSE CÓMODA CON LOS MISMOS

+40%

DESCONOCEN CUÁNDO HAN DE PROCEDER AL CAMBIO DEL PRODUCTO HIGIÉNICO

28,7%

INDICA QUE SE PONE Y QUITA AUTÓNOMAMENTE EL PRODUCTO HIGIÉNICO QUE UTILIZA

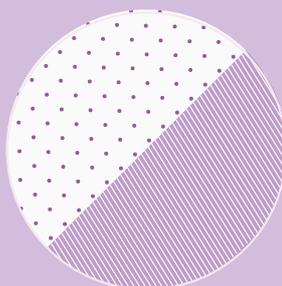
78,2%

INTERRUMPE SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS CUANDO TIENE LA REGLA

_ Hábitos de Higiene

SOLO LA MITAD DICE PRACTICAR HÁBITOS DE HIGIENE Y VIDA SALUDABLE

(HIGIENE, ALIMENTACIÓN, CUIDADOS DE LA ROPA ÍNTIMA, ETC.).



_ Formación en salud ginecológica

46%

IGNORA SI EN SUS CENTROS HAY FORMACIÓN SOBRE ESTOS TEMAS. ALGUNAS INDICAN QUE DE "ESTOS TEMAS" HABLAN EN LOS GRUPOS DE MUJERES DE LAS ENTIDADES.

_ Revisiones Ginecológicas

1_3 | ♀

NO HA ACUDIDO NUNCA A CONSULTA GINECOLÓGICA.

Entre los motivos para ello aducen:

- Vergüenza
- Miedo
- Creencia de no necesitarlo
- Porque no les han llevado
- Porque no se lo permiten sus familiares
- Por no mantener relaciones sexuales
- Por no tener molestias o irregularidades con la regla
- Por falta de personal especializado
- Por la creencia de que solo van las mujeres embarazadas o las que ya han sido madres

20 años

ES LA MEDIA DE EDAD, ENTRE QUIENES SÍ ACUDEN AL GINECÓLOGO POR 1ra. VEZ

22,7%

DICE QUE NO PERMITE LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS

31,3%

DICE QUE NO PERMITE LA EXPLORACIÓN DE LOS GENITALES INTERNOS

59,2%

DICE QUE EL PERSONAL MÉDICO NO SE DIRIGE A ELLAS O LO HACE DE MANERA ESPORÁDICA, HABLANDO DIRECTAMENTE CON LA PERSONA QUE LAS ACOMPAÑA

+50%

AFIRMA QUE SÍ SE SIENTAN EN EL SILLÓN EXPLORATORIO

“La organización de los servicios puede condicionar el acceso a la asistencia sanitaria, lo que da lugar a que algunas personas vean dificultado el acceso al cumplimiento de su derecho a la asistencia sanitaria”

_ Regla, menstruación y menopausia

54,8%

NO SABE QUÉ DÍA LES VA A VENIR LA MENSTRUACIÓN

89,4%

ASEGURA TENER MOLESTIAS FÍSICAS (DOLOR DE VIENTRE Y ESPALDA) DURANTE LA MENSTRUACIÓN



34,8%

DICE NO HABER SIDO INFORMADA DE LOS CAMBIOS QUE PUEDEN OCURRIR DURANTE LA REGLA.

QUIENES SÍ HAN RECIBIDO INFORMACIÓN, REFIEREN QUE esta HA SIDO FACILITADA POR SU FAMILIA, SEGUIDO DE SUS PERSONAS DE APOYO

40,7%

NECESITA AYUDA PARA SABER CUÁNDO Y DURANTE CUÁNTO TIEMPO TENDRÁ LA REGLA

51,6%

NO SABE QUÉ ES LA MENOPAUSIA

2 _ Resultados de la encuesta a familiares

_ Salud e Higiene

27,7%

DE LAS FAMILIAS SEÑALA QUE SUS HIJAS NO TIENEN INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS DE HIGIENE ÍNTIMA. QUIENES INDICAN LO CONTRARIO SEÑALAN QUE SUS HIJAS CONOCEN...

91,5%

CONOCE LAS COMPRESAS

62,7%

CONOCE LOS SALVASLIPS

54,2%

CONOCE LOS TAMPONES

72,3%

ELIGE EL PRODUCTO QUE UTILIZA SU HIJA

10,6%

ES OTRO FAMILIAR QUIEN ELIGE

6,3%

SEÑALA QUE ELIGE UN PROFESIONAL DEL CENTRO

6,3%

INDICA QUE SU HIJA ELIGE ENTRE LOS PRODUCTOS QUE HAY EN CASA

31,3%

INDICA QUE SU HIJA ES AUTÓNOMA EN EL USO DE PRODUCTOS

+50%

AFIRMA QUE SUS HIJAS NO REALIZAN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS DURANTE LA REGLA

_ Hábitos de Higiene

72%

DE LAS FAMILIAS AFIRMAN QUE SUS HIJAS CONOCEN Y PRACTICAN HÁBITOS DE HIGIENE.

CON RELACIÓN A LA VACUNACIÓN DE PREVENCIÓN DEL PAPILOMA HUMANO (COMERCIALIZADA DESDE 2006)

FAMILIAS CON HIJAS + 20 AÑOS | FAMILIAS CON HIJAS - 20 AÑOS



_ Formación en salud ginecológica

45,8%

CASI LA MITAD DE LAS FAMILIAS NO SABE SI SE HA DADO FORMACIÓN SOBRE ESTOS TEMAS EN EL CENTRO DONDE ACUDEN SUS HIJAS. ALGUNAS FAMILIAS COMENTAN QUE TRATAN DE HABLAR DE ESTOS TEMAS EN EL HOGAR. ALGUNAS FAMILIAS DICEN QUE SUS HIJAS HAN RECIBIDO CHARLAS EN SUS CENTROS, EN EL CENTRO DE SALUD, O EN EL GRUPO DE MUJERES

_ Revisiones Ginecológicas



FAMILIAS QUE INDICAN QUE SUS HIJAS CON DID NUNCA HAN IDO A LA CONSULTA GINECOLÓGICA

38,6%

Las razones se agrupan en:

- Falta de acceso a la información (creencia de que no es necesario, vincular la consulta a presencia de molestias)
- Concepciones de las familias (vincular ginecología a relaciones sexuales y a reproducción)
- Percepción de barreras personales y dificultades de accesibilidad (problemas de comunicación, dificultades en la exploración)
- Atribuirlo a concepciones de los profesionales de la salud (no tener derivación al especialista por parte de atención primaria)
- Barreras institucionales (falta de recursos adecuados a las condiciones de did)



DE LAS FAMILIAS QUE INDICARON QUE SUS HIJAS CON DID SÍ HAN IDO A LA CONSULTA GINECOLÓGICA

31,4%

SEÑALA QUE SU HIJA NO SE SIENTA EN EL SILLÓN NI PONE LOS PIES EN LOS ESTRIBOS

19,2%

INFORMA DE QUE SU HIJA NO PERMITE LA EXPLORACIÓN SUPERFICIAL DE LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS

44,2%

REFIERE QUE SU HIJA NO PERMITE LA EXPLORACIÓN DE LOS GENITALES INTERNOS

_ Regla, menstruación y menopausia

62%

LAS FAMILIAS CONSIDERA QUE SUS HIJAS DESCONOCEN QUÉ DÍA LES VA A VENIR LA REGLA.

50%

DE LAS FAMILIAS AFIRMA QUE SUS HIJAS NO HAN SIDO INFORMADAS DE LOS CAMBIOS ASOCIADOS A LA MENSTRUACIÓN.



43,3%

CONSIDERA QUE SUS HIJAS NO ESTÁN BIEN INFORMADAS SOBRE EL DESARROLLO SEXUAL.

QUIENES SÍ CONSIDERAN QUE SUS HIJAS ESTÁN BIEN INFORMADAS, SEÑALAN QUE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN SON LAS PROPIAS FAMILIAS, PROFESIONALES DE CENTROS Y DESPUÉS MÉDICOS, AMIGOS O INTERNET Y REVISTAS.

65,8%

INDICA QUE SUS HIJAS NECESITAN APOYO PARA SABER CUÁNDO LES VA A VENIR LA REGLA. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SON AYUDADAS POR SUS MADRES Y, EN SEGUNDO LUGAR, POR PERSONAS DEL CENTRO

69,9%

SUS FAMILIARES NO SABEN LO QUE ES LA MENOPAUSIA NI LOS CAMBIOS ASOCIADOS A LA MISMA





POR _ ¹ *Jesús Generelo* _ ² *Alberto Martín-Pérez*

¹ Expresidente FELGTBI+ | Consejero técnico Ministerio Igualdad.

² Sexólogo | Diplomado en salud pública y género.

La salud de las mujeres trans*

E

l sexo que se asigna al nacer se basa sobre todo en los genitales externos, aunque en realidad el sexo clínico o biológico es algo bastante más complejo que incluye diversos niveles: genético, hormonal, fenotípico, genotipo, e incluso, tal vez, la identidad sexual.

Esta práctica de asignación sexual, radicalmente binaria y con vocación de permanencia, deja en situación de desprotección a muchos niveles a las personas trans e intersexuales. Personas, que, obviamente, también deben ver respetados sus derechos humanos, entre los que se encuentran, como parte indisoluble, el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales y otros acuerdos de consenso que incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia y un mayor estándar de salud, en relación a la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Estos derechos reconocen, en primer lugar, la existencia de la sexualidad humana asociada a la salud de las personas y a su dignidad. Por ello incluye derechos tan importantes como el de la vida, la igualdad y la no discriminación, la libertad de pensamiento, la libertad y la seguridad, así como que reconocen la autonomía, la capacidad de decisión propia, la libertad y el derecho a la salud de todas las personas, independientemente de su origen, clase, etnia, género, edad, identidad sexual, etc.

“El acceso a la atención sanitaria es un ámbito que se presta especialmente a la vivencia de experiencias negativas para las personas trans”

* (Extraído del curso “Consumo de sustancias en mujeres trans” que la Escuela Online de FELGTBI+ ofertó el 2018, con subvención del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, e impartido por Elena Longares y Alberto Martín-Pérez) Alberto Martín-Pérez y Jesús Generelo

La realidad social, cultural y económica a la que hacen frente las mujeres trans hace necesario un enfoque de derechos que favorezca que las personas se hagan cargo de su salud a través de información y diferentes intervenciones educativas, sin olvidar poner en marcha intervenciones dirigidas a mejorar sus condiciones de vida y a garantizar la protección y el disfrute de sus derechos, así como fomentar su autonomía y capacidad de decisión propia.

El acceso a la atención sanitaria es un ámbito que se presta especialmente a la vivencia de experiencias negativas para las personas trans, resultando en una mala comunicación con profesionales y una baja satisfacción con la atención y el trato recibido. Un informe de TGEU¹ de 2017 mostraba cómo las personas trans de Georgia, España, Polonia, Serbia y Suecia tenían una mala percepción de su estado de salud y bienestar y más de la mitad reconoció haber retrasado acudir a un centro sanitario a causa de su identidad de género. Los motivos más comunes citados fueron el miedo al prejuicio de los y las profesionales (44,1%) y la falta de confianza en los servicios prestados por el sistema sanitario (41,1%).

En nuestro país, igualmente, una encuesta realizada por FELGTBI+² apuntaba que un 48% de las personas informantes han tenido un trato discriminatorio o poco adecuado por parte del personal sanitario por el hecho de ser una persona trans. 48,5% señala que ha anulado o retrasado la

visita a un centro médico por miedo a la discriminación. Y el 75% cree que el personal sanitario tiene un conocimiento muy bajo o bajo de la realidad trans.

En relación a la salud mental, el mencionado estudio de la FELGTBI+ encontró que tres de cada cuatro personas LGTB se habían sentido tristes o deprimidas en el último mes, teniendo peores resultados las mujeres frente a los hombres y las personas trans frente a las cis. El porcentaje de mujeres trans que habían tenido ideas suicidas en el último año se elevaba hasta el 28%.

El colectivo de las mujeres trans es, a diferencia de lo que puede pensarse un grupo muy heterogéneo. Algunas deciden someterse exclusivamente a hormonación, otras a intervenciones quirúrgicas, algunas rechazan toda intervención médica... Estas diferencias van a determinar necesidades diferentes en relación al proceso de transición o afirmación por el que se adapta el sexo fenotípico a la identidad de género.

El hormonal, no obstante, suele ser el primer tratamiento clínico que buscan las mujeres trans y para muchas, el único que necesitan para sentirse más a gusto con su cuerpo y su expresión de género. Cuando se sigue bajo control médico, el tratamiento hormonal de tránsito es completamente seguro y la mayoría de personas no experimentan ningún tipo de problema, si bien, todo tratamiento crónico presenta potenciales efectos

secundarios. De ahí la importancia de una adecuada monitorización del tratamiento.

La población de mujeres trans, sobre todo aquellas que crecieron en una época de fuerte exclusión social y desigualdad, acumula numerosos factores de exclusión: bajo nivel formativo, baja o nula empleabilidad, pobreza extrema, mayores problemas de salud mental y uso de drogas y alcohol, desarraigo familiar, etc. Esa falta de oportunidades explica que para gran parte de mujeres trans de una cierta edad, la prostitución fuera la única opción posible de ganarse la vida. En el caso de las mujeres inmigrantes, se unen situaciones administrativas y xenofobia que refuerzan su exclusión. Y para todas aquellas que viven con el VIH, se suma la serofobia y la vivencia de la discriminación asociada al VIH.

La teoría del estrés de minorías postula que las personas LGTBI sufren elevados niveles de estrés crónico debido al estigma social, el estigma interiorizado y la discriminación. A ello se suman otros eventos estresantes que afectan a toda la población por lo que las personas trans pueden requerir recursos adicionales para hacerles frente. La consecuencia es un incremento del malestar psicológico y físico y, desde esta teoría, el consumo abusivo de sustancias en personas trans se conceptualiza como una consecuencia de la transfobia internalizada y confirmada en forma de discriminación y violencia.

“Los programas dirigidos a abordar “las causas de las causas”, es decir la pobreza, la exclusión laboral y educativa, la transfobia, la violencia, la discriminación, etc. son los que tendrían un impacto mayor en la salud y la calidad de vida de las mujeres trans”



“La realidad social, cultural y económica a la que hacen frente las mujeres trans hace necesario un enfoque de derechos que favorezca que las personas se hagan cargo de su salud a través de información y diferentes intervenciones educativas”

Desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud, los programas dirigidos a abordar “las causas de las causas”, es decir la pobreza, la exclusión laboral y educativa, la transfobia, la violencia, la discriminación, etc. son los que tendrían un impacto mayor en la salud y la calidad de vida de las mujeres trans. Especialmente aquellos que incidan en los primeros años de la vida, ya que estos años son los que más contribuyen a la equidad en salud.

Sin embargo, es necesario también trabajar en promover estilos de vida más saludables entre las personas trans en todos los momentos del ciclo vital. Hay una visión muy extendida, también dentro del asociacionismo LGTBI+, por el que las únicas necesidades de salud de las personas trans son el acceso al sistema sanitario, la atención al proceso de tránsito, la prevención del VIH y del consumo de drogas y estas son las que centran todos los recursos y toda la atención. Sin embargo, falta una visión de promoción de la salud, de “ganar salud”, de favorecer que las personas trans

ganen años de vida en buena salud a través de la adopción de estilos de vida más saludables y de la mejora de los entornos en los que viven.

Respecto a la toma de datos para registros e investigaciones cualitativas, es importante compaginar los intereses de las investigaciones cuantitativas de salud con la necesidad de conocer las necesidades de las personas trans. Por ello distintos organismos están proponiendo la recogida de datos relativos a la identidad sexual en las encuestas poblacionales.

Para terminar este rápido y somero repaso a la salud de las mujeres trans, proponemos algunas buenas prácticas en atención a estas personas que, sin duda, ayudarán a establecer una mayor confianza que redundará en un mayor nivel de salud. Se trata de consejos de la organización Transgender Law³.

1. Explicitar que las personas trans son bienvenidas en la organización o servicio.

2. Dirigirse siempre a la persona trans por el nombre y pronombre que se corresponda con su identidad de género.

3. Establecer un protocolo efectivo para combatir comentarios y comportamientos transfóbicos.

4. Centrarse en la atención y no en la curiosidad que pueda suscitar la persona.

5. La presencia de una persona trans no es una “oportunidad formativa” para otros/as profesionales.

6. No es adecuado preguntar a una persona trans sobre sus genitales si no tiene relación con la atención.

7. Si la información no es necesaria para darle una mejor atención, no revelar nunca a otros/as profesionales si una persona es trans.

8. Mayor formación sobre temas de atención sanitaria a personas trans.

¹ Transgender Europe (2017). Overdiagnosed but Underserved, trans health care in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden. Berlin, 2017.

² FELGTBI+ (2019) Las personas trans y el sistema sanitario.

³ Transgender Law Center (2016). 10 tips for working with transgender patients. An information and resource publication for health care providers. Disponible en: <http://transgenderlawcenter.org/wp-content/uploads/2011/12/01.28.2016-tipshealthcare.pdf>

Mujeres en cifras

OCTUBRE 2022
SALUD

85,8 años  80,2 años 

Las mujeres tienen una **esperanza de vida mayor**.

 > 
5,8 millones  4 millones

Pero su **percepción** de la salud **es peor** que la de los hombres.



Además, la **sobrecarga por cuidados** afecta a su salud.



El doble de mujeres que de hombres tiene recetados **medicamentos para dormir o no sufrir dolor**.



Las mujeres sufren el doble de **depresión y ansiedad**.

LA PANDEMIA HA AGUDIZADO ESTAS BRECHAS



La sensación de depresión o decaimiento ha crecido **más del doble en las mujeres**.



Y han aumentado, en mayor medida, los **problemas para dormir** en las mujeres.



Índice de autoría y contenidos

*María Antonia
Morillas González*
Salud y género:
Nos va la vida en ello.

Carme Valls-Llobet
Mujeres invisibles para la
medicina

Vita A. Arrufat Gallen
La importancia de la perspectiva
feminista en la evidencia científica

María Gil Tomás
Lo que queda por hacer

Anna Freixas Farré
Viejas, no enfermas

Amparo Garrigues Giménez
Condiciones de trabajo que
enferman a las mujeres

*Dra. Marta Evelia
Aparicio García*
Necesitamos un nuevo paradigma
en el abordaje de la salud mental
de las mujeres

Raquel Hurtado López
De las buenas palabras
a las buenas acciones

Alicia Botello Hermosa
Visibilizando la importancia
de la salud menstrual como una
cuestión de derechos humanos

Esther Vivas
La violencia obstétrica es una
forma de violencia de género

*María Sotillo,
Nieves García-Herraiz,
Rebeca Tur Barja*
Derecho a la salud ginecológica:
Situación y necesidades de
mujeres con discapacidad
intelectual o del desarrollo

*Jesús Generelo
Alberto Martín-Pérez*
La salud de las mujeres trans

Agradecimiento a todo el personal del Instituto de las Mujeres que de alguna manera ha colaborado en esta edición.



inmujeres.gob.es

ILUSTRACIÓN DE PORTADA:
Carmina Canseco

FOTOGRAFÍA E ILUSTRACIONES
Julia Sánchez-Escobero Petisco (Peti Collage)
Luana Fischer
elements.envato.com
freepik.es
pexels.com
unsplash.com
shutterstock.com