

Nº 50

## ENTREVISTA

“LAS KELLYS”:  
nuestro  
trabajo roza La  
explotación

## GENÉTICA

contra La  
modificación  
genética  
hereditaria

## NUTRICIÓN

ventajas e  
inconvenientes  
de La dieta  
vegana

## PENSIONES PÚBLICAS

cómo disminuir  
La brecha de  
género

## SEXUALIDAD

consultas Libres  
de LGTIFobia

DOSSIER:  
Nuestros  
cuerpos,  
nuestras  
vidas...  
¡hoy!



# staff

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi  
Directora

Carme Valls Llobet

Olga Fernández Quiroga

Ariadna Ferrer March  
Secretaría

## CONSEJO EDITORIAL

Altable Vicario, Charo

Artazcoz Lezcano, Lucia

Arrufat Gallen, Vita

Aterido Martín-Luengo, Irene

Barranco Castillo, Enriqueta

Blanco Prieto, Pilar

Català Pérez, Consuelo

Hernández Ortiz, María José

Miqueo Miqueo, Consuelo

Porroche-Escudero, Ana

Romano Mozo, Dolores

Parra Barrachina, Pilar

## CONSEJO ASESOR

Cervera Rodón, Montserrat

Cervera Rodón, Montserrat

Esteban Galarza, Mari Luz

Freixas Farré, Anna

Català Pujol, Carme

Dio Bleichmar, Emilce

Fuentes Caballero, Maria

González de Chávez Fernandez,  
Asunción

López Carrillo, Margarita

Matamala Vivaldi, Isabel

Moreno Sanz, Neus

Norsigian, Judi (OBOS)

Olza Fernández, Ibone

Ortiz Gómez, Teresa

Sanchez Contador, Carmen

Sanz Ramón, Fina

Stolke Stolke, Verena

## EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis  
y Programas Sanitarios)

Rambla Santa Mónica 10.  
Barcelona 08002

Tl. 93-3226554

e-mail: caps@pangea.org

Web: <http://mys.matriz.net>

Diseño y maquetación:

Paz Talens. [www.labodoni.com](http://www.labodoni.com)

Impresión: amadip-esment.

Centre especial de treball

Depósito legal: B 16354-2017

# sumario

EDITORIAL: ¡Felicidades mys 50! Judy Norsigian y Norma Swenson.....	3
ENREDHADAS. La herencia recibida. Leonor Taboada Spinardi .....	4
ON: merecido premio. NO somos enemigas. OFF: Ajuso y La sanidad Pública .....	5
entrevista a Las kelly's. nuestro trabajo roza La explotación. Lourdes Durán Ramírez. . .	6
COSAS QUE NOS PASAN. ¡VA POR VOSOTRAS! Margarita López Carrillo .....	9
NO A GATTACA: POR una moratoria a La modificación genética hereditaria. Sally Whelan y Ayesha Chatterjee.....	10
EL uso de haloperidol como sedante en el parto: una práctica obsoleta y peligrosa a erradicar. Ibone Olza Fernández.....	13
violencia vicaria. Redacción. MYS CONFIDENCIAS. ¿quién tiene La culpa? L.P. ....	16
inmigración, pateras y género. Silvia Lorenzo, Maria Alonso, Evelyn Fernandez, Ana Gonzalez. . .	17
coeducación afectiva y sexual.cómo prevenir La violencia y difundir el buen trato y el placer. Charo Altable Vicario.....	19
La revolución que queremos: consultas Libres de LGTBifobia. Lena Castells Torrens . .	22
EL asesinato de samuel Olga Fernandez Quiroga .....	23
NUESTRO LINAJE: obituario nawal AL saadawi Nina Parrón Mate. ....	24
ventajas e inconvenientes de La dieta vegana. Pilar Parra Barachina.....	25
Atención sanitaria en menopausia y climaterio. Carolina Ackermann.....	27
con el derecho al aborto no se juega. Consuelo Catalá Pérez. ....	29
cómo disminuir La brecha de género en Las pensiones públicas. Olga Fernández Quiroga .....	30
DOSSIER	
de La invisibilidad de Las mujeres en La medicina, a La ciencia de La diferencia y La desigualdad. Carme Valls Llobet .....	32
¡mys número 50!!!!. Vita Arrufat Gallen .....	34
de Lo personal a Lo político: avances y retos en torno a La salud de Las mujeres desde La medicina familiar y comunitaria y La Atención primaria. Mar Rodríguez Gimena .....	36
parece que 20 años no son nada. Enriqueta Barranco Castillo .....	39
50 números, 20 años, nuestra vida... y La quiropráctica. M <sup>a</sup> José Hernández Ortiz .....	41
24 años de mys contra La medicalización. Margarita López Carrillo.....	43
La gerontología crítica feminista, un marco desde el que pensar el envejecer de Las mujeres. Anna Freixas Farré .....	45
con feminismos, salud y redes...seguimos adelante. Montserrat Cervera Rodon .....	46
MYS LIBROS .....	47
MINIDOSIS.....	48

## MYSES PUBLICADOS

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.	11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.	22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDUSTRIA?	37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA
2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.	13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.	23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!	38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS
3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.	15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.	24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.	39 CUANDO LA VIDA SE ACABA
4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.	16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.	25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN	40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES
5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.	17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.	26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS	41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS
6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.	18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.	27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO	42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS
7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.	19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.	29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR	43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA
8 OTRO MUNDO ES POSIBLE	20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.	30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS	44 LAS MIL CARAS DEL DOLOR
9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.	21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres SÍ.	31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA	45 LAS REGLAS DE LA CUARTA OLA FEMINISTA
10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia.		32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE	46 10 AÑOS DE VACUNA DEL PAPILOMA. CON ELLA LLEGÓ EL ESCÁNDALO
		33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA	47 VIOLENCIAS INVISIBLES A PLENA LUZ
		34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA	48-49 PALABRAS DE ABUELAS. ESPECIAL COVID-19
		36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR	

## ¡FELICIDADES A “MUJERES Y SALUD” Por La publicación de su número 50!



**Judy Norsigian y  
Norma Swenson**  
Cofundadoras del Boston  
Women’s Health Book  
Collective, verano de 2021

Es un gran honor para *Our Bodies Ourselves* (anteriormente conocido como el Colectivo del Libro de la Salud de la Mujer de Boston) enviar nuestras felicitaciones y celebrar el número 50 de la revista *Mujeres Y Salud*!

Ahora estamos celebrando el 50 aniversario de *Our Bodies, Ourselves*, que apareció por primera vez como un folleto en papel periódico en 1970, titulado “Las mujeres y sus cuerpos”. No es sorprendente que tanto su grupo como el nuestro hayan recorrido caminos similares durante tantos años, viendo nuestro trabajo en un contexto global y promoviendo una perspectiva feminista en un mundo que a menudo no responde a las necesidades y preocupaciones de las mujeres y las niñas.

El próximo año se cumplen 50 años desde nuestra incorporación como organización benéfica sin fines de lucro y la firma del contrato con nuestro primer editor, Simon & Schuster, para nuestro primer libro convencional, *Our Bodies, Ourselves*. La segunda edición de este libro, publicada en 1976, se convirtió en un éxito de ventas durante casi 3 años, lo que resultó en libros igualmente populares en países europeos. Nuestra experiencia con la publicación global se ha expandido en las últimas décadas, y en la actualidad existen treinta y dos traducciones / adaptaciones de *Our Bodies, Ourselves*, en todos los idiomas principales, además del inglés, y en todos los continentes. Pero la estrella de estas interpretaciones, por pura distribución e influencia, seguramente ha sido *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas [NCNV]*. Vuestra Directora, Leonor Taboada, fue una de las primeras mujeres, junto con Raquel Salgado, en traducir *Our Bodies, Ourselves* al español. Leonor siempre se ha asegurado de que las próximas ediciones de NCNV encuentren un lugar en las librerías de España.

Algunos dicen que NCNV ha transformado la conciencia de todo un continente. Pero nuestros dos grupos creen que la difusión de información precisa y veraz, y el derecho de todas las personas, especialmente las mujeres y las niñas, a tener acceso a ella, sigue siendo uno de nuestros valores fundamentales comunes. Somos “hermanas” de grupos en la red mundial co-



nocida como Movimiento Mundial por la Salud de la Mujer. Ambas comenzamos nuestro trabajo respondiendo a un despertar entre muchas mujeres en nuestros dos países, comenzando con el reconocimiento del derecho y la necesidad de servicios de aborto. Muchos llamaron a este período “La segunda ola” del feminismo estadounidense.

Llegando “al otro lado del charco” y a lo largo de muchos años de historia paralela, *Our Bodies Ourselves* y *Mujeres Y Salud* han trabajado unidas en muchos proyectos. A veces, vuestra Directora se reunió con nosotras en Boston, o trabajamos juntas en Roma, África o en otros varios lugares.

Hacemos un seguimiento de las cuestiones y controversias sobre las mujeres, la salud y la sexualidad, combinando las ciencias sociales y la salud pública. siempre escuchando atentamente e iluminando las voces auténticas de las mujeres que describen sus propias experiencias.

La necesidad de que la salud se encuadre realmente en un marco de derechos humanos nunca ha sido tan fuerte, ya que las mujeres en todas partes continúan exigiendo y organizándose para tantas cosas, incluido por supuesto el fin de la violencia contra las mujeres.

Las condiciones rara vez han sido más difíciles de lo que son hoy, y estamos orgullosas de estar junto a vosotras y ser parte de la resistencia a aquellos que quieren silenciarnos.



## La herencia recibida

**Leonor Taboada Spinardi**  
Directora MyS  
[leonortaboada6@gmail.com](mailto:leonortaboada6@gmail.com)

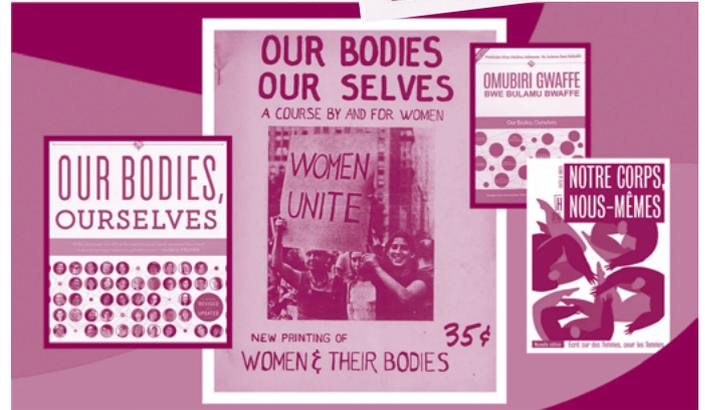
A veces me pregunto que sería de nosotras, mujeres comprometidas con la salud de las mujeres, si un día, hace 50 años, el grupo al que pertenecen nuestras editorialistas no se hubiera reunido y dado a luz el libro del Colectivo de Boston, Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas.

Nosotras, como millones de mujeres en el mundo, somos las herederas de esa iniciativa. Nos ha dado inspiración y fuerzas. Y, sobre todo, han despertado la sororidad universal.

Con ellas empezó la segunda ola del feminismo pero ya estamos en la cuarta. Porque el movimiento no ha cesado y cada vez más jóvenes se unen y van incorporando nuevas maneras de llegar a cada una.

Siguiendo su huella, nuestra revista, el MYS, llega hoy al número 50... Gracias al talento, el compromiso y la generosidad de nuestras colaboradoras de siempre y a las nuevas, seguimos el camino de las maestras y así como ellas no cesan en la introducción de los nuevos instrumentos de comunicación, (ver la página web del Colectivo), nosotras nos preparamos para dar el mismo salto a partir de ahora.

¡Seguid atentas!





on

## MERECIDO PREMIO

Esta foto, premiada en el 16 Congreso Mundial de Salud Pública (WCPH) celebrado on line en plena pandemia del 12 al 15 de octubre de 2020 y con la participación de 3.750 participantes de 125 países, tiene un significado especial para nosotras no sólo porque fue realizada por una de nuestras estrechas colaboradoras, la doctora Vita Arrufat Gallén, sino también porque las fotografiadas son su hija Vita y su nieta Etna.

## NO SOMOS ENEMIGAS

Mientras Israel sigue acosando cruelmente a Palestina, en el hospital Rambam de Haifa dos compañeras, una judía y otra árabe, posan juntas por la paz.

La joven árabe lleva impresa la palabra hebrea "shalom", y la joven judía el "salam" árabe.



off

## AYUSO Y LA SANIDAD PÚBLICA

Me dijo mi madre un día:

"He oído en la radio que Ayuso quiere dejar solo seis centros de salud abiertos en Madrid en verano. ¡Qué disparate! Habrá que salir a protestar, ¿no?"

Corren malos tiempos para la sanidad pública en la Comunidad de Madrid. Para la lírica, que dirían Golpes Bajos. Su presidenta, la señora Díaz Ayuso, no apuesta por ella y los gobiernos anteriores del Partido Popular directamente la despreciaron y no la dotaron de presupuesto. Los datos hablan por sí solos: el Grupo de Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad publicó en junio de 2020 que el presupuesto para Atención Primaria en Madrid era de un 12,7 %,

en recursos para Atención Primaria.

El Plan de Atención Primaria que prepara el Gobierno de Ayuso recortará más de 2.000 empleos en los centros de salud y consultorios. En septiembre de 2020, el Gobierno de Ayuso anunció 83 millones de euros para refuerzo de la plantilla en atención primaria. Finalmente lo ha reducido a 73 millones cuando las necesidades reales serían de más de 250 millones. Para poner la guinda a este pastel, la Comunidad de Madrid va a cerrar 37 servicios de urgencia de Atención Primaria.

La manifestación organizada por la Marea Blanca el 20 de Junio de 2021 por las calles del centro de Madrid ha

denunciado el cierre de 41 de los 49 centros de salud en el área Centro de la capital y ha reclamado una mayor inversión en Atención Primaria. Esta política sanitaria de recortes sabemos que afectará más a las personas más vulnerables y dentro de ellas, a las mujeres.

Solo nos queda una opción: la movilización de manera coordinada entre los y las profesionales de la sanidad pública y todas las personas que la quieran defender a toda costa. A base de mareas y, ojalá, de tsunamis en defensa de lo nuestro, de lo público, quizá podamos revertir estas políticas. Lo necesitamos, nos lo debemos y se lo debemos a las personas que atendemos. Además, en las manifestaciones haremos ejercicio y haremos más amigas con las que seguir aullando cuando tocan lo nuestro.

Sí, mamá. Habrá que salir a protestar.

## Nuestro trabajo roza la explotación



**Lourdes Durán Ramírez**  
Periodista y escritora

Cuando entran en una habitación de hotel, pocas, muy pocas personas son conscientes de que, tras el orden, la limpieza y el buen aspecto, están las fatigas y las enfermedades de miles de mujeres. Sí, mujeres, porque las limpiadoras de hoteles, las llamadas camareras de pisos, o como ellas se han auto-denominado, las Kelly's, son mujeres. "Somos un colectivo totalmente feminizado", recuerda Sara del Mar, presidenta de la Asociación Kellys Unión Balears. Junto a Silvia Contreras narra una realidad, un trabajo, que "roza la explotación". Al mismo tiempo, están orgullosas de su oficio. "Limpiar es un trabajo digno, no lo son las condiciones en que lo hacemos".

Ambas son el rostro y el cuerpo de un colectivo que si en España suma más de 200.000 mujeres, sólo en Balears reúne a unas 50.000. Todas ellas dibujan una realidad social, laboral y económica desigual que ha estallado en la cara de un sistema que las utiliza, las ignora, les resta valor.

Con la actual pandemia, se ha evidenciado la precarización que caracteriza a este grupo profesional que desde 2016 ha decidido unirse y decir basta. Las que limpian, las Kellys, alzan la voz para pedir lo que es suyo: rebajas en las cargas laborales, reconocimiento de las enfermedades profesionales, jubilación anticipada y especialmente la derogación de la reforma laboral. Recuerdan que "el departamento de pisos es la espina dorsal de los hoteles" y por ello reclaman que "el servicio no se externalice".

En el filo de la navaja, el sector ha sido duramente castigado por el cierre de hoteles debido a la Covid 19. Además, en este inicio de temporada en el que empezaron a abrir tímidamente algunos hoteles, se ha vivido un vaivén. Primero, con la negativa del gobierno británico a dar paso a la llegada de los turistas a España ante la situación sanitaria y, a partir de mediados de julio, permitir su regreso. Hay que tener en cuenta



Foto: Antonia Oliver

que el británico es el segundo mercado emisor de turistas de Balears. Si los hoteleros estaban temblando, el eslabón más débil de la cadena, sus trabajadores y trabajadoras, las limpiadoras sobre todo, es el que paga la factura de la fractura. Mientras las grandes cadenas hoteleras siguen expandiendo su modelo de negocio, miles de mujeres pierden sus puestos de trabajo, hacen cola para pedir comida y las más afortunadas se acogen al ERTE y aguardan unas contrataciones que por el momento son con cuentagotas.

Sara lleva 18 temporadas en el mismo hotel y Silvia desde el año 2000. Ambas trabajan en hoteles de Calvià, una de las zonas más castigadas de Mallorca pues es donde se concentra el grueso del turismo procedente de Gran Bretaña. Sara del Mar es presidenta de la Asociación Kellys Unión Balears y Silvia, secretaria. Hoy hablan con *Mujeres y Salud*.

**¿Cómo os está afectando la decisión del gobierno británico que restringe la llegada de sus súbditos a Balears y su posterior cambio que ha abierto las puertas?**

*Al principio fueron abriendo algunos hoteles, pero no toda la planta hotelera porque hasta el 19 de julio siguieron las restricciones de Inglaterra. Se vio un poco más de movimiento*

*pero no como en el 2019 cuando estábamos hasta arriba de turismo. Al principio pensé que no iban a abrir todos los hoteles. Están muy expectantes. No van a sacar a toda la plantilla de los ERTES porque no van a tener trabajo para todos; lo que sí están haciendo es reubicar a toda la gente, primero cogiendo a toda la gente de ese hotel, y en vez de traer a eventuales, tiran de plantilla de otros hoteles, fijos discontinuos. Esa está siendo la tónica. Algunos establecimientos que pensaban abrir, cerraron hasta nueva orden. Después, con la llegada de los turistas británicos, han ido abriendo. Creo que este año la planta hotelera va a abrir un 70 por ciento. En mi caso, la apertura fue gradual. Abrimos el 15 de junio con diez habitaciones; dicen que cada día van entrando más. Es poco lo que va entrando, una o dos habitaciones. Este mes vamos a tenerlo así. Si te das una vuelta por la playa, no hay afluencia.*<sup>1</sup>

### **Desde que os unisteis en 2016, las Kellys ¿qué habéis conseguido?**

*Conseguir pocas o ninguna meta. Sí que hemos dado visibilidad a un colectivo que está feminizado. En Palma se ha estrenado la obra de teatro Kelly que contó con la presencia de la ministra de Trabajo Yolanda Díaz, y en ella se refleja nuestra lucha, la de las que limpian, mujeres. Es una lucha feminista. Otra cosa conseguida, que es agri dulce o papel mojado, es que ciertas enfermedades profesionales fueran reconocidas, (tendinitis, rotores, dedo resorte, enfermedades del hombro) aunque solo están aprobadas pero no en el Real Decreto, y por eso son las Mutuas las que deciden si hay o no enfermedad. Nos hemos reunido con la ministra de Trabajo e Igualdad, con el director de Seguridad Social...*

*El Real Decreto viene de 2016 y hay que incluirlo para que Mutuas no echen para atrás las enfermedades que ha generado tu trabajo. Estamos esperando a ver qué hace el Gobierno.*

*Otra petición es la derogación de la Reforma Laboral aunque nos daríamos un canto en los dientes que eliminasen el artículo 42.1 A nosotras no nos afecta porque estamos por convenio, contratadas por el hotel. En Balears lo que dice el convenio es que sí se puede externalizar pero la empresa que te contrata ha de mantener los mismos derechos que te da el hotel. A una empresa no le interesa cobrar lo mismo que cobra por el hotel, ¿qué beneficios tiene? En Balears hay otras circunstancias porque aquí trabajamos 6 meses. Tenemos que vivir dos vidas para jubilarnos y además quizá no tenga los años y cobraría un porcentaje más pequeño, 500 euros. ¿Dónde vamos con esto? No nos da.*

Sara nació en Sevilla. Tiene 51 años y tiene cotizados 23. Empezó a trabajar en el sector con 28 años pero venía del

campo, cogía algodón con sus padres. Lleva 18 temporadas en el mismo hotel, en el que empezó cuando su hija tenía 8 meses. Cuenta que antes trabajaban más, entre 9 meses y un año, eran "fijas discontinuas".

Silvia tiene 63 años y lleva poco más de 27 trabajando. Antes de ser camarera de pisos estuvo en una fábrica de zapatos en el Polígono. Les hicieron un Erte, entró en una empresa de limpieza hasta que en 2000 la contrató la cadena de hoteles en la que sigue a día de hoy.

### **¿Cuántas habitaciones hacéis en un día?**

*Nosotras trabajamos a destajo. Depende del hotel. El Convenio dice 8 horas diarias y dos días libres; en la práctica, las 8 horas son desde que entras hasta que sales, no tienes tiempo ni de ir al baño. Yo llego a las 6.45 y hay días que no comemos porque no nos da tiempo. No se especifica cuántas habitaciones hemos de limpiar al día y esto hace olvidar a los empresarios que nosotras trabajamos por horas, no por habitaciones. Piensan que podemos hacer 20, 30 hasta reventar, sin poder ir al baño, ni comer. ¡Nuestro trabajo roza la explotación! Lo normal es hacer 24 habitaciones al día pero si hay cambio de sábanas tardas más, y si ese día hay muchos cambios y si encima tienes salidas, o son habitaciones dobles, entonces aumenta la carga laboral, el estrés, las enfermedades. Es un suma y sigue. En temporada alta es peor, ¡son capaces de meterte un elefante en una terraza!*

### **¿Cuál es el perfil medio de una camarera de pisos?**

*Apenas hay jóvenes, tienen 40 años para arriba, hay pocas mallorquinas, somos sobre todo peninsulares o emigrantes. Muchas vienen para la temporada. Si proceden de otro país es porque residen aquí, porque con el precio de los alquileres no les llega y se van a trabajar a la península.*

### **¿Cómo os ha afectado la pandemia, ha habido contagios, estáis vacunadas?**<sup>1</sup>

*Las vacunas se han puesto según la edad. Yo ya estoy vacunada con las dos dosis.*

*El Gobierno no ha pensado que somos un sector esencial y que si quiere reactivar el sector debería vacunarnos a todas. El Govern lo pidió también. No sabemos si han habido muchos contagios, además al haber abierto pocos, imaginamos que la incidencia ha sido mínima. Sí que sé de dos hoteles que tenían trabajadores con Covid y no cerraron. Les llegó una inspección. La gente está desesperada y preferían morir del virus que perder su trabajo. El verano pasado hemos trabajado con miedo, no me sentía segura trabajando. Porque te dieran unos guantes y una botella de lejía no te daba seguridad. ¡Eso fue el sello Covid!*

**Los hoteles han hecho reformas para subir de categoría en los últimos años. ¿Ha ido aparejada una mejora de vuestras condiciones laborales?**

*¡Qué va! Entre las fundas nórdicas, los cuadrantes y las barandillas de cristal que se han puesto de moda en los balcones se ha aumentado la carga. Por eso hemos redactado un decálogo de medidas a tomar en nuestro trabajo*

## DECÁLOGO DE MEDIDAS A TOMAR:

- Sustituir las patas de las camas por unas más altas, para no hacer posturas forzadas.
- En la cabecera de la cama poner ruedas, en vez de patas que las que hay actualmente, para evitar esfuerzos al tirar de la cama.
- Quitar las pegatinas actuales, que ponen que las dejen en el suelo, y cambiarlas por otras que digan que dejen las toallas en el lavabo.
- Mamparas abatibles, ya que, si son fijas, pueden provocar accidentes laborales, son difíciles de mantener y no son cómodas para los clientes.
- Mantenimiento de los carros de trabajo: si no son nuevos las ruedas deben estar óptimas para empujarlo, ya que eso evita esfuerzos innecesarios.
- Evitar en lo posible la utilización de los nórdicos. Cambiar las fundas provoca la mayoría de las bajas laborales por tendinitis.
- Mantener la figura del Fajín.
- Las barandillas de los cristales de terrazas, son muy altas y difíciles de limpiar, con el peligro de perder el equilibrio y caer.
- La moqueta es difícil de mantener, y conlleva un esfuerzo de arrastrar la aspiradora y el peligro añadido de enredarte con los cables.
- Retirada de perchas antirrobo, ya que son una pérdida de tiempo para los clientes y las camareras de pisos, al caerse continuamente.
- Todos juntos podemos reducir la carga de trabajo, y evitar bajas laborales.

**¿Hay cadenas de hoteles más justas, 'empáticas', con vuestro sector?**

*Depende de quien trabaja en el hotel, de la humanidad de su director, de su gobernanta*

**En Eivissa hubo una huelga.**

*Sí, por la sobrecarga de trabajo. Creo que no consiguieron nada. Hicieron dos días de huelga, salieron en todas las portadas. Fue la primera huelga que se hizo en España de*

**X Camarero/a de pisos**  
puesto de trabajo.

6. Llevar registro de las zonas trabajadas.

Requisitos mínimos:

- Experiencia en hoteles de 4 o 5 estrellas en el departamento de Pisos
- Flexibilidad horaria.
- Carnet de conducir y vehículo propio.
- Buena presencia
- Residencia en la zona.

Competencias profesionales requeridas:

- Espíritu de trabajo en equipo
- Capacidad de trabajo bajo presión
- Proactividad y dinamismo
- Orientación al detalle
- Orientación al cliente, para satisfacer sus necesidades.
- Preocupación por el orden y limpieza.

Enviar solicitud

*nuestro sector. Nosotros pedimos que se baje la carga laboral por convenio, que sea por hotel, porque cada caso es distinto. No es lo mismo un establecimiento de playa, un hotel urbano, uno con niños... A nosotras nos rige el convenio de hostelería.*

**Otra de las peticiones es la jubilación anticipada.**

**¿A qué edad os jubiláis?**

*No podemos hacerlo anticipadamente como en otros sectores a pesar de que nuestra salud se está deteriorando con el paso de los años por el tipo de trabajo*

*que hacemos. Hemos de ir acumulando bajas laborales para llegar a la edad de jubilación. Estamos viendo que ni con dos vidas la tendremos. Llegamos a los 65 y aún no podemos tenerla. Invitamos a los políticos a que trabajen una semana como camareras de pisos, después hablaremos de si tenemos que seguir haciendo camas hasta morir sin podernos jubilar. En Balears es aún peor por el tema de la temporalidad*

**A raíz de la pandemia, se ha cuestionado el modelo turístico. Se pide, incluso desde vuestro sector, mayor sostenibilidad. ¿Qué opináis?**

*A corto, a medio y a largo plazo diría que no va a cambiar mucho. La covid no ha mejorado nada. El hotel en el que trabajo lleva abierto desde el día 15 de junio y el cliente es el mismo: sin escrúpulos ni miramientos hacia nuestro trabajo, lo dejan todo por el suelo, la habitación está sucia y no son ingleses sino franceses, italianos... No veo un turismo más empático después de la pandemia. No nos ha mejorado como personas. ¡Qué va!*

**¿Cuál es vuestro próximo paso?**

*Reconocimiento de las enfermedades. Estudio de lumbares, cervicales, queremos ver qué dice el estudio de camareras de pisos que pidió el Institut Balear de Salut Laboral, el Ibassal.*

**Aparte de las enfermedades, ¿están dándose enfermedades mentales, intentos de suicidio?**

*Que se haya incrementado con el virus, no sé, imagino, pero el estrés ya viene de antiguo. Trabajamos a piñón. Corriendo. Desde que entramos por la puerta... Tu llegas al trabajo, lo primero que haces es limpiar; hay hoteles que te dan desayuno pero dentro de tu horario.*

*Cuando nos dan el parte de trabajo ya entran las depresiones. Te dan el parte del día siguiente. Entrás por la puerta y ya te desmoralizas. Lo normal es tomar tranquilizantes, ansiolíticos, las pastillas de colores, la azul, la blanca, en vez de llamarlas por los nombres, les dan nombres del color. Medicadas y*

sobre todo, automedicadas. ¿Tienes una azul?, nos preguntamos. Yo tomo ibuprofeno. Cuando empezamos la temporada, pasas de estar en casa sin hacer nada, y al salir tienes agujetas... El primer día me tomo uno al empezar, otro al mediodía y otro por la noche. Al día siguiente, por la noche tomas otro para relajarte y dormir y otra para el dolor. Enantium, el redaxin, el ibu, nolotil, el tranqui-mazil, el diazepán,...

Cuando llevas años tienes tus trucos, sabes cómo limpiar. Nuestro trabajo ha ido a peor. Ha cambiado mucho el turista. Antes venían una semana, dos; ahora vienen turistas de dos días, tres; vienen a una despedida de solteros, etcetera. Llegan el viernes y las 24 habitaciones se tienen que volver a hacer el lunes. Las habitaciones son como los huevos kinder, hasta que no las abres, no sabes lo que hay.

### ¿Alguna vez, se plantearon cambiar de trabajo?

(Sara) A mí no me disgusta mi trabajo, limpiar es digno, lo que no lo es son las condiciones. Cobro como toca, tengo mis dos días libres

(Silvia), mis hijos ya son grandes, y tengo una nieta. Antes era un trabajo para sacar adelante a los hijos; ahora ya es mi oficio. Hemos conseguido visualizar nuestro trabajo, que la sociedad empiece a tomar conciencia. Nos hemos unido. El movimiento de las Kellys nació en Mallorca. Nos sentimos muy orgullosas. Los sindicatos nos dijeron que íbamos a ser una moda... ¡Pues llevamos 4 años dando por saco!

(1) Al cierre de la edición de la revista éstos eran los datos facilitados por las entrevistadas.



Las Kellys reciben a la Ministra de Trabajo, Yolanda Díaz con pancartas a las puertas del Teatro Principal la noche del estreno de la obra "Kelly"



## ¡Va por vosotras!



**Margarita López Carrillo**  
Activista feminista de salud

Cuando hace un par de meses leí el artículo de Anna Freixas "Tomarnos en serio", que escribió inspirada

por un libro que estaba leyendo de Susan Gornik, donde había reencontrado ese concepto que ya descubriera con Adrienne Rich, yo pensé (como quizá ella misma al reencontrarlo): "Ah, sí, es verdad, TOMARNOS EN SERIO a nosotras mismas, ¡esa es la clave!" Y pensé esto porque no era una idea nueva para mí, es solo que necesito que me la recuerden de vez en cuando porque se me olvida y se me olvida y se me vuelve a olvidar.

Tengo sesentaicuatro años y de un tiempo a esta parte no haga más que hacer balance de mi vida por temas: ahora me fijo en esto, ahora en lo otro (tengo mucho trabajo), y justo cuando leo este artículo de Anna estoy rindiendo tributo interior, remontándome al inicio de sus demandas de ayuda desesperadas, a mis piernas. Desde los quince años mis piernas han sido por turno: unas desgraciadas que querían joderme la vida, primero, unas pobres víctimas a las que era mejor cuidar como quien asume la enfermedad de un pariente cercano al que no se puede abandonar, luego, y unas mensajeras cuyo críptico lenguaje debía descifrar, después. Y la cosa es que al mirar en perspectiva me doy cuenta de que gracias a ellas, que me obligaron a aprender, sé cuidarme: me han llevado a lo largo de los años a médic@s de toda laya, me han enseñado a comer, a dormir (y a dar patadas), me han demostrado que aquello que más placer físico me da (andar, nadar, bailar y follar) a ellas les va de coña, y me han empujado a hacerme preguntas incómodas: ¿qué las (me) frena?, ¿qué peso arrastran (arrastro)?, ¿qué libertades no se (me) permiten?

Así que ahora, después de años de trabajo personal (¡y feminista!): de mucho análisis y mucha mucha diafreo, y yoga y meditación y más cosas que me dejo (nunca se me podrá reprochar falta de tesón), leo el artículo de Anna y, mientras me dejo arrastrar por los lamentos (¡mis padre no me tomaron en serio ni mis novios y maridos ni, y eso es lo peor, yo misma!), en un delicioso arrebató de autocompasión, descubro agradecida que aquí, las que siempre siempre me han tomada pero que muy en serio, han sido precisamente las petardas de mis piernas.

Va por vosotras.

# NO a Gattaca: por una moratoria a la modificación genética hereditaria



**Sally Whelan y  
Ayesha Chatterjee**  
Our Bodies Ourselves

En febrero de 2017, un comité conjunto de la Academia Nacional de Ciencias (NAS) y la Academia Nacional de Medicina (NAM) en los Estados Unidos publica un informe largamente esperado sobre la “edición” de genes.

El informe titulado “Edición del genoma humano: ciencia, ética y gobernanza” hace recomendaciones para la modificación genética somática y hereditaria (IGM); también comenta sobre sus aplicaciones existentes y potenciales. Ha dejado atónito a muchos investigadores médicos, clínicos, legisladores y otros ciudadanos interesados, la mención a que “se debe permitir la edición de la línea germinal hereditaria en el genoma”, aunque con algunas salvedades.

Cuando se le presiona para que se desmarque del consenso global sobre el IGM, el comité NAS / NAM declara que no ha abierto una puerta, sino simplemente llamado a la puerta.

Esta respuesta simplista contradice las preocupaciones, expresadas por naciones, instituciones e individuos, en torno a la medicina responsable, la salud pública, los derechos de las personas con discapacidad, la justicia reproductiva y la eugenesia. Con todo, se ha cruzado una línea – antes de que la ciudadanía haya tenido la oportunidad de entender y responder a los desafíos sociales y políticos sin precedentes que surgen junto a la ciencia.

## **Términos y definiciones claves**

**Modificación genética hereditaria (IGM) o Edición Hereditaria del Genoma Humano:** Realización de cambios genéticos en óvulos o espermatozoides humanos, o en las células de embriones muy tempranos, para ser utilizados en la reproducción. Los cambios genéticos en óvulos, espermatozoides o embriones (la línea germinal) dan lugar a cambios permanentes en la descendencia y las generaciones futuras.

**Modificación Genética Somática o Terapia Génica Somática o Edición Génica Somática:** Realización de cambios genéticos en las células somáticas (del cuerpo) de un individuo para tratar una enfermedad, sin afectar a sus células reproductoras (la línea germinal).

## **Gattaca, 1997**

El control de la evolución humana ha sido materia de ficción durante décadas y, en general al menos, no somos ajenos a la “promesa” de la ingeniería genética.

Una de las primeras tendencias es la superproducción de Hollywood Blade Runner (1982). Ambientada en el año 2019, los androides de aspecto humano (“replicantes”) creados para el trabajo manual empiezan a evolucionar hasta igualar la inteligencia de sus homólogos de carne y hueso. Gattaca (1997) es otro clásico. Gattaca (1997) es otro clásico. Explora la manipulación genética en una historia sobre los “válidos” (los que están mejorados genéticamente) y los “no válidos” (los que son genéticamente “inferiores”).

Entre las recientes inmersiones en la distopía se encuentra la película Elysium (2013). Ambientada en el año 2159, una estación espacial de lujo para ricos ofrece atención médica que puede diagnosticar y curar cualquier enfermedad o lesión, mientras el resto de la humanidad lucha por sobrevivir en la Tierra. La serie de televisión Orphan Black (2013) se centra en la clonación humana y la “Neolución”, un movimiento ficticio que cree que la ciencia puede -y debe- controlar la evolución. La lista continúa y las conspiraciones siguen creciendo.

Mientras que algunas líneas se cruzan primero -y con más seguridad- en la ficción, pocos entre nosotros pueden ser conscientes de que las tecnologías genéticas ya no son “sólo ciencia ficción”. Como tampoco están “en el horizonte”. Todavía menos personas serían conscientes de los dilemas médicos, sociales y éticos que se plantean.

Menos aún podrían ser conscientes de los dilemas médicos, sociales y éticos que se plantean. Efectivamente, las tecnologías que alterarán el curso de la genética humana ya están aquí. En noviembre de 2018, He Jiankui, un biofísico de China “creó” las primeras gemelas modificadas genéticamente del mundo, Nana y Lulu.

## **Fomento de la educación y formación sanitaria sobre tecnologías emergentes**

Dado que las tecnologías genéticas emergentes nos afectarán a todos en los próximos años, la educación pública sobre ellas es fundamental. Y también es un desafío.

Por un lado, están los beneficios médicos, como, por ejemplo, en el tratamiento de la anemia de células falciformes, la hemofilia y ciertos cánceres. Otros usos de las nuevas tecnologías genéticas emergentes aplicados especialmente en la reproducción humana, tendrían resultados menos atractivos: riesgos para la salud potencialmente graves, pero desconocidos, para las personas embarazadas, su descendencia y las generaciones futuras; y el posible ascenso de una eugenesia impulsada por el mercado que llevaría las desigualdades sociales existentes al genoma humano.

Nada de esto es inevitable si un diálogo sobre los posibles beneficios y daños es inclusivo, sólido y decisivo y establece los límites que la sociedad debe trazar. Hasta ahora, este debate se ha limitado a los círculos científicos y médicos. Los comentarios del público se han visto frustrados por los expertos reacios a participar más allá de su campo. En términos más generales, el proceso de aprendizaje es tan abismal e intimidante que está causando gran incertidumbre sobre cómo intervenir.

Dado el impacto potencial en nuestra especie, y en particular en la salud y reproducción de las mujeres, la formación y educación sobre las implicaciones médicas, sociales y éticas de las tecnologías genéticas debe ser totalmente accesible e inmediata. La entrada a esta nueva era, el CRISPR-Cas9, es un buen lugar para comenzar.

### **La promesa del CRISPR-Cas9: terapia génica somática**

CRISPR se ha presentado como una forma relativamente precisa y económica de agregar, eliminar o alterar segmentos en genes humanos. Ofrece muchos beneficios potenciales, en una variedad de aplicaciones clínicas. Conocida como modificación genética somática, edición de genes somáticos o terapia génica somática (ver recuadro), esta alteración genética trata la enfermedad en un individuo cambiando sus células somáticas (corporales) sin afectar sus células reproductivas. En otras palabras, solo afecta al tratamiento individual.

Ya se están llevando a cabo ensayos clínicos que utilizan la terapia génica somática en ciertos cánceres, anemia de células falciformes y hemofilia. Constituye un progreso en ausencia o fracaso de otras terapias. Se espera que quienes puedan, soliciten estos tratamientos, a pesar de los riesgos y las incógnitas; y a medida que aumente el entusiasmo, habrá más ensayos clínicos y más tratamientos para más enfermedades.

Ahora mismo, el CRISPR está siendo utilizado en un experimento histórico en dos adultos, para revertir el deterioro de la visión causado por una enfermedad genética rara llamada Amaurosis Congénita de Leber.

### **Los peligros de CRISPR-Cas9: aplicaciones de línea germinal**

Más compleja y controvertida es la modificación genética hereditaria o IGM (ver recuadro). Esta aplicación se utilizaría en la reproducción para realizar cambios en embriones, óvulos o espermatozoides humanos (la línea germinal). En otras palabras, daría lugar a cambios permanentes en la descendencia y las generaciones *futuras*.

Desafortunadamente, el uso continuo del término "edición de genes" (léase: cortar y pegar) para describir la IGM y terapia génica somática no esclarece la diferencia entre las dos aplicaciones. Esto fomenta una indiferencia fuera de lugar sobre la IGM y sus implicaciones posteriores. Algunas de estas implicaciones se exponen a continuación.

### **Experimentación y seguridad**

– Los investigadores y los médicos a menudo afirman que procederían con los ensayos clínicos solo cuando la IGM se considere segura.

– Esta afirmación plantea muchas preguntas: ¿Cómo pasamos del punto A al punto B, de un riesgo alto o desconocido a una seguridad relativa, dentro de un contexto reproductivo? De forma predeterminada, pasar de un laboratorio a realizar ensayos clínicos expondrá al riesgo a las personas que portan óvulos o embriones. Y aunque no se puede garantizar la seguridad, ¿quién lo considerará así y por qué motivos?

Los investigadores de la salud pública y los defensores de la salud de las mujeres han seguido la pista, durante mucho tiempo, a las pérdidas de las garantías de seguridad una vez que se hacen evidentes los efectos perjudiciales de los dispositivos médicos, los medicamentos y las prácticas médicas. . El Dietilestilbestrol (DES) es un ejemplo. Un estrógeno sintético, que una vez se recetó a las personas embarazadas para prevenir el aborto espontáneo (entre otras complicaciones del embarazo). Al ser ineficaz en estas aplicaciones, el fármaco finalmente se vinculó con el cáncer de cuello uterino y vagina y se retiró. [1] IGM es diferente a DES o implantes mamarios de gel de silicona. Los genes alterados en el genoma humano no se pueden restituir.

### **Consecuencias intergeneracionales no deseadas**

– Aparte del riesgo individual para las personas embarazadas y la descendencia, es muy importante el potencial de riesgo no intencionado hacia las generaciones futuras.

– Se sabe poco sobre lo siguiente: cambios en los genes cercanos que no son el objetivo de CRISPR (y debido a él); la interacción entre estos genes y los genes a los que se dirige CRISPR; y el impacto de cualquier modificación en el entorno celular más amplio.

– Esta incertidumbre plantea la pregunta: ¿Quién tiene la garantía moral para proceder?, y ¿cree el público que vale la pena correr estos riesgos con nuestra descendencia y las generaciones futuras?

Muchos argumentarán que el riesgo es inherente a toda investigación y progreso biomédicos, y que vale la pena tomarlo para minimizar las enfermedades y el sufrimiento. La IGM es diferente. Cualquier resultado de salud no deseado y adverso estaría aquí para quedarse. Serían irreversibles, incorporados en el genoma humano y significativos a lo largo de generaciones

### **Tratamiento genético versus mejora genética**

– Los que defienden la IGM generalmente dan el argumento que el tratamiento de una determinada enfermedad en una persona podría mejorar el tratamiento de otra persona.

– La práctica médica y la literatura están llenas de ejemplos de tratamientos que pueden derivar hacia el uso cosmético o a la mejoría de pacientes.

– Esta clara línea engañosa plantea la siguiente pregunta: ¿Se detendría la aceptación de la IGM durante la aplicación de este tratamiento?

El comportamiento humano dice lo contrario: cuando se ha permitido un determinado tratamiento, la mejoría no se pue-

de dejar de lado. El Comité Internacional de Bioética de la UNESCO se refiere a IGM como “una intervención que probablemente tendrá efectos significativos en la vida de las personas que podrían ser consideradas ‘diseñadas a pedido’ por otra persona sin su consentimiento ...” [2] con modificaciones del genoma en las generaciones futuras.

### Eugenesia impulsada por el consumidor

- La IGM haría posible la selección (o desección) de rasgos en la descendencia futura.
- Esta forma de eugenesia no sería impulsada por el estado ni relegada a los libros de historia, sino que podría ser más insidiosa y normativa, instalándose en los procedimientos de clínicas de fertilidad y consultorios médicos, de forma privada y cada vez más creciente.
- Esta inevitable demanda de los consumidores plantea la pregunta: si bien aborrecemos las formas pasadas de eugenesia, ¿reconocemos sus nuevas formas y estamos listos para trazar la línea?

Hasta cierto punto, la selección de rasgos a través del diagnóstico genético prenatal y los óvulos de donantes ya está aquí. La IGM es la próxima encrucijada. Es hora de seleccionar un camino responsable hacia adelante, volver a trazar las líneas que han sido cruzadas, antes de desviarnos hacia la eugenesia impulsada por el consumidor para el tratamiento y la mejoría de la salud.

### “Tener” y “No tener”

- Las disparidades en el acceso y la eugenesia impulsada por el consumidor, solidificarían una desigualdad sin precedentes entre los que tendrán y los que no (para hacer referencia a Gattaca nuevamente, lo “válido” y lo “no válido”)
- La persistente desigualdad racial y la estigmatización de las personas con discapacidad son problemas particularmente conmovedores y desatendidos que empeorarían en un futuro que normalizara la IGM.
- Esta injusticia plantea la pregunta: ¿En qué tipo de mundo queremos vivir y dejar?

Algunos argumentan que garantizar el acceso equitativo a las tecnologías genéticas sería imperativo para reducir la inequidad social. Esto es absolutamente cierto para la terapia génica somática para afecciones médicas en individuos.

Sin embargo, combinar el acceso a la terapia génica somática con el acceso a la IGM posiciona a esta última terapia como algo que significa lo mismo y es igualmente deseable, algo que todos deberían desear (y tener), como agua potable, alimentos saludables o viviendas asequibles. Esta confusión engañosa ignora los problemas sociales y de especie humana, si se aplica la IGM en primer lugar. También ignora los objetivos eugenésicos e incorrectos planteados en este artículo. Sin lugar a duda, si se permite que continúe, la IGM llevaría la inequidad social hasta el genoma humano, de una forma profunda, e irreversible...

### Recuperar el relato

Cuando los organismos científicos y de bioética solicitan la opinión del público sobre la IGM, suelen presentar escenarios que tocan la fibra sensible. Por ejemplo, una pareja en la que uno de los miembros es portador de un gen de una determinada enfermedad, está intentando tener un hijo. En estos casos, la IGM se presenta de forma optimista como segura, mientras que otras alternativas, como el diagnóstico genético prenatal (DGP), no suelen mencionarse. Esto obliga a una elección binaria, un ingenuo voto de aprobación o rechazo.

En realidad, cualquier debate público se ha visto desvirtuado por un enfoque que ha llegado distorsionado a las personas), con suposiciones de seguridad y con la inclinación a dejar de lado otras alternativas razonables. En este contexto, incluso la oposición razonable a la IGM se considera cruel o desfasada. Como resultado, la discusión, si es que la hay, lleva a la ciudadanía muy lejos de las cuestiones médicas, sociales y éticas que surgen en la ciencia.

Es hora de retomar el rumbo y la velocidad. Es hora de recuperar el relato y redefinir las partes interesadas. La IGM no sólo se relaciona con el ámbito de la medicina y la biotecnología, sino también con el de la justicia reproductiva, la salud pública, la justicia para los discapacitados, el derecho sanitario, la ética y la fe. Ha llegado el momento de rechazar las opciones binarias y de promover un diálogo inclusivo y sincero sobre lo que se pide, quién y qué está en juego, y dónde trazar una línea límite. Ninguna comunidad por sí sola está preparada o justificada éticamente para dar respuestas o tomar decisiones unilaterales para nuestra especie.

He Jiankiu, el biofísico de China cumple actualmente una condena de tres años de prisión por “práctica médica ilegal”. Si bien su “creación” ha abierto la proverbial puerta a la que llamó el comité de la NAS/NAM, seamos más prudentes con los invitados que decidimos recibir.

Y si el binario es todo lo que tenemos, bajemos el pulgar a Gattaca. Pidamos una moratoria sobre la IGM y dediquemos el tiempo necesario para un auténtico diálogo público. *Nuestras voces colectivas*, sobre una cuestión que nos afectará a todos y todas deberían ser una etapa más que necesaria para *nuestra* evolución humana.

#### RECURSOS ADICIONALES

Evaluación de la Perspectiva Global en la Política de Edición de la línea germinal humana y del genoma hereditario.

<https://www.geneticsandsociety.org/biopolitical-times/assessing-global-policy-landscape-human-germline-and-heritable-genome-editing>  
La “Declaración de Ginebra” pide que se corrija el Rumbo de la Edición del Genoma Hereditario

<https://www.geneticsandsociety.org/biopolitical-times/geneva-statement-calls-course-correction-heritable-genome-editing>



# EL USO DE HALOPERIDOL COMO SEDANTE EN EL PARTO: una práctica obsoleta y peligrosa a erradicar

## Ibone Olza Fernández

madre, psiquiatra infantil y perinatal y socia de El Parto es Nuestro  
<https://saludmentalperinatal.es/>  
<https://iboneolza.org/>

*"La persona está quieta e indiferente al entorno que le rodea. Se reduce la ansiedad, la inquietud motora y la respuesta a los estímulos dolorosos".* Así se solían describir a mediados del siglo pasado las ventajas de la llamada **neuroleptoanalgesia**, una forma de analgesia consistente en administrar simultáneamente un analgésico y un neuroléptico. En España la neuroleptoanalgesia se sigue usando ocasionalmente en el parto; en una mayoría de casos sin que haya un consentimiento informado. En concreto, se usa un "coctel" de dos potentes psicofármacos: la **Dolantina** (nombre comercial de la petidina o meperidina), un fármaco opiáceo que alivia el dolor del parto, y el **haloperidol**, un potente antipsicótico. Se suele administrar en forma de inyección intramuscular o intravenosa para los "pródromos de parto". El famoso "coctel", también conocido como "mezcla lítica", "media-media" (en referencia a media ampolla de haloperidol y media de Dolantina) o simplemente "sedación", sigue estando presente en los protocolos de atención al parto de numerosos hospitales.

Algunas mujeres saben que se les ha dado Dolantina para aliviar el dolor de las contracciones, pero desconocen que con ella también se les dio haloperidol. Con frecuencia este dato no figura en el informe de alta. Cuando se pregunta a las matronas por esta práctica, muchas describen como son las propias matronas las que la indican, convencidas de que es una práctica segura y que "el haloperidol se administra junto con la Dolantina para prevenir o tratar las náuseas que da la Dolantina". Esta defensa del haloperidol como antiemético (fármaco para evitar las náuseas) resulta francamente llamativa. Un trabajo de investigación realizado en el año 2011 constató que *"el uso de haloperidol como antiemético de las náuseas y vómitos producidos por la analgesia opiácea durante el parto no es una práctica avalada por la evidencia científica."* (1). El mismo trabajo describió como, durante años, *"la posibilidad de su administración intramuscular por parte de las matronas, sin necesidad de supervisión médica directa, favoreció la extensión y perpetuación de su uso en áreas obstétricas"* (1). En dicha investigación se estimó que la Dolantina se usaba en aproximadamente un 17% de los partos en Andalucía en 2010, en un porcentaje de casos desconocido se asociaba al haloperidol.

En la actualidad, el uso de haloperidol en el parto es una práctica exclusiva de nuestro país. En otros países como Reino



Unido con la Dolantina se sigue dando con Stemetil, (proclorperazina), otro antipsicótico con más perfil antiemético, pero con efectos sedantes muy similares.

### 1. El "coctel" Dolantina y haloperidol: una forma de neuroleptoanalgesia usada en el parto.

La **Dolantina**, meperidina o petidina es un opioide narcótico; un fármaco de la misma familia que la morfina que **alivia el dolor de forma rápida** actuando directamente en el cerebro. Está indicado para el tratamiento agudo del dolor quirúrgico, para cólicos, dolores de parto, y en anestesia quirúrgica. Por lo tanto, puede ser una opción terapéutica para el dolor del parto en su fase inicial cuando aún faltan muchas horas para que se produzca el nacimiento. El principal riesgo de este fármaco es que puede producir sedación profunda y depresión del sistema respiratorio, tanto en la madre como en el bebé que lo recibe durante el parto. Se considera por ello un fármaco peligroso, que requiere una vigilancia estrecha. Además, es habitual que produzca somnolencia, náuseas y vómitos.

El **haloperidol es un neuroléptico o antipsicótico**: un fármaco muy eficaz para tratar las psicosis y alucinaciones, que actúa en el cerebro bloqueando los receptores de dopamina D2, y que tiene un potente efecto sedante, por eso se reconoce como un "tranquilizante mayor". Según consta en ficha técnica del inyectable: *"tiene un efecto potente sobre los trastornos deli-*

rantes y las alucinaciones, y produce también una potente sedación psicomotriz, que le hace apropiado para el tratamiento de la manía y de otros estados de agitación".

La combinación de Dolantina y haloperidol tiene un efecto sinérgico, o potenciador, lo que convierte el coctel en un sedante potente, que por un lado tiene un efecto analgésico de alivio del dolor (por la Dolantina), pero además tiene el efecto añadido de sedación: produce quietud e indiferencia del entorno, es decir, hace que quien lo recibe **no se pueda mover apenas**. Muchas mujeres describen que se sintieron totalmente desconectadas de su cuerpo, o directamente no recuerdan apenas nada de lo que sucedió durante las seis horas o más que siguieron a la inyección. Otras describen la angustiada sensación de no poder controlar los movimientos de su cuerpo.

## 2. Historia de la "neuroleptoanalgesia"

Cuando revisamos la historia de esta práctica encontramos que la inclusión original del haloperidol (u otros neurolépticos) en el coctel nunca fue para tratar las náuseas como se argumenta ahora, sino para favorecer que las mujeres estuvieran quietas en el parto y mostraran esa típica "indiferencia psíquica" propia de la neuroleptoanalgesia. Es decir, **la ventaja de dar neurolépticos en el parto era la sumisión química que producían en la mujer**, lo cual sin duda permitía que le fueran realizadas otras intervenciones en el parto sin su consentimiento y/o conocimiento.

El uso de esta combinación de opiáceos y neurolépticos se remonta a los años 50, coincidiendo con el descubrimiento de los primeros neurolépticos: la clorpromazina y el haloperidol. El primer antipsicótico, la clorpromazina se descubrió en 1952. Pocos años después, en 1958, Paul Janssen descubrió el haloperidol partiendo de la meperidina. Ambos fármacos se convirtieron en la primera línea de tratamiento para la esquizofrenia durante décadas, mediante su efecto bloqueante de los receptores de dopamina D2 (2). Inicialmente se usó el llamado "coctel lítico" de Laborit y Huguenard: una combinación de clorpromazina (antipsicótico) con prometazina (antihistamínico) y meperidina (opioide) observándose su eficacia para tratar de forma rápida la agitación de los enfermos en fase maníaca. Dos anestesiólogos belgas, J. De Castro y P. Mundeeler, bautizaron, en 1959 esta técnica como **neuroleptoanalgesia** (neurolépticos y analgesia), en la que combinaban un tranquilizante mayor neuroléptico, por lo general el droperidol o la clorpromazina, con un potente analgésico narcótico opiáceo, el fentanilo o la petidina, con lo que se conseguía sedación, analgesia e **indiferencia psíquica**, sin pérdida de la conciencia. El uso de neurolépticos no se hacía para tratar las náuseas, sino para **potenciar la sedación** que producían los opiáceos y especialmente para lograr ese efecto inmovilizador y de indiferencia psíquica.

## 3. Neuroleptoanalgesia en el parto

La primera referencia al uso del coctel lítico en el parto la encontramos en 1956, cuando se dio clorpromazina junto con

petidina y prometazina a mujeres que tenían preeclampsia o eclampsia con el fin de prevenir y/o minimizar el movimiento que tenían al convulsionar y prevenir el shock (3,4). En aquel tiempo en que no había tratamiento eficaz para la eclampsia se puede entender el que se diera un neuroléptico para evitar el movimiento de las crisis convulsivas. Este uso en el parto se abandonó por el tratamiento mucho más eficaz de la eclampsia con sulfato de magnesio. En 2010 una revisión de la Cochrane afirmó: "el uso del coctel lítico se debe suspender"(5). En los años sesenta y setenta encontramos varios trabajos publicados donde se describe el uso del coctel lítico directamente para el tratamiento del dolor en el parto en Italia (6,7), Francia (8,9) Rusia (10), Ucrania (11) o Nueva Zelanda (12). En esos trabajos se señalaba la conveniencia de dar un opiáceo para aliviar el dolor del parto acompañado del neuroléptico que producía esa quietud e indiferencia. En Reino Unido la Dolantina se empezó a asociar con proclorperazina, otro antipsicótico con más perfil antiemético (13,14). En la literatura científica se les denomina fenotiazinas, lo que parece enmascarar que son neurolépticos (15). Un trabajo de 1959 sobre la conveniencia de dar proclorperazina en el parto hablaba de "las atractivas propiedades de los tranquilizantes con la paciente obstétrica" (16). Una investigación publicada en México en 1974 señaló las posibles ventajas de asociar el droperidol a la meperidina. Los autores afirmaban textualmente que: "*los tranquilizantes mayores producen una sedación psíquica y motora, con amortiguación neurovegetativa que se traduce en indiferencia psíquica y tranquilidad; o sea, una neutralidad emocional*" (17). Señalaban como ventaja que al usar el droperidol en el parto se necesitaba menos dosis de meperidina, con el posible beneficio para el bebé, y como inconveniente que era más probable que con el droperidol fueran necesario el uso de fórceps (17). Con la introducción y posterior generalización de la anestesia epidural a partir de los años ochenta como principal alivio farmacológico del dolor en el parto, el uso del coctel lítico fue extinguiéndose. En muchos lugares se siguió usando la Dolantina para el dolor de los pródromos, junto con fármacos para las náuseas como la metoclopramida o la prometazina (18). Sin embargo, en España la recomendación de combinar Dolantina y haloperidol persiste hasta la fecha sin que parezca haber conciencia de lo arriesgado que es el coctel o mezcla lítica.

## 4. Los riesgos de administrar haloperidol en el parto

El haloperidol es un fármaco muy eficaz en casos de psicosis y agitación psicomotriz grave. Perteneciente a la familia de las butirofenonas, actúa como antagonista de los receptores de dopamina. Las indicaciones actuales según ficha técnica del inyectable son:

- Como neuroléptico en: delirio y alucinaciones en la esquizofrenia, paranoia, confusión aguda, alcoholismo, Korsakoff; delirio hipocondriaco y trastornos de personalidad
- En el tratamiento de la agitación psicomotriz en: manía, demencia, retraso mental, alcoholismo, agitación y agresividad y conductas de evitación en pacientes geriátricos

- En anestesiología: premedicación y mezclas anestésicas
- Como antiemético en náuseas y vómitos "cuando los fármacos clásicos para el tratamiento de las náuseas y vómitos no son suficientemente efectivos"

Es importante destacar de la indicación como antiemético, que se señala **sólo** como última opción cuando han fracasado otras opciones terapéuticas. Algunos trabajos han investigado la posible utilidad del haloperidol para las náuseas de los pacientes tras una cirugía mayor o con un cáncer terminal sin que esté actualmente recomendado su uso. **En ningún caso se ha investigado su seguridad en el contexto del parto**, donde es importante recordar que también puede llegar al cerebro del bebé que está a punto de nacer. Entre los efectos secundarios relativamente frecuentes del haloperidol se encuentran las distonías agudas o contracciones o torsiones musculares involuntarias muy molestas y en ocasiones dolorosas. En un caso publicado de una parturienta se presentó una distonía durante el trabajo de parto, con crisis oculogiras, que solo se pudo resolver administrándole biperideno una vez había nacido el bebé (19). El neuroléptico y la procloperazina también pueden producir efectos como la acatisia aguda días después de su administración, por eso se recomienda no usarlos como antieméticos en urgencias (20). La combinación del haloperidol con opiáceos como la Dolantina conlleva una potenciación de los efectos sedantes de ambos fármacos, lo que puede dar lugar a una multiplicación de los riesgos tanto en la madre como en el bebé. El riesgo de que el bebé nazca con depresión respiratoria es alto.

## 5. Persistencia y consecuencias de esta práctica

La Guía de Práctica Clínica para la Atención al Parto Normal de 2010 señala la Dolantina como posibilidad de fármaco opioide para la analgesia en el inicio de la dilatación. Recomiendan se añada un antiemético, sin detallar cual ni hacer en ningún punto referencia al haloperidol.

En el trabajo de investigación de Polo Gutiérrez se recogieron los testimonios de algunas profesionales de nuestro país en relación al uso de este coctel en los partos en hospitales públicos (1). Entre otros, una ginecóloga expresó:

*"Era el recurso perfecto para las "descontroladas". Yo pasé la residencia dando la mano a mujeres "descontroladas", para no drogarlas..." CP.*

Los siguientes testimonios son de matronas recogidos en el mismo trabajo:

*"En el hospital se suele utilizar el cocktail para las mujeres prodrómicas y para las inducciones durante la noche. Mi experiencia es que las mujeres que están asustadas les sienta fatal, lo que se conoce como "un mal viaje" entre los consumidores de drogas. Si la mujer está confiada y se le pone para dormir a veces le ayuda a dilatar más rápido. Si se desencadena el parto y se produce poco tiempo después, el bebé cuando nace está deprimido y le cuesta*

*trabajo adaptarse, pero funciona pocas veces. Siempre lo pautan el ginecólogo, aunque algunas compañeras lo administran por su cuenta y luego lo pautan los médicos para que conste en la historia clínica". S.E. 1*

En el año 2019 se publica un trabajo realizado en el Hospital Gregorio de Marañón por la matrona Fernández Arranza en el que se compara el uso de la pelota de parto frente al coctel de petidina y haloperidol, lo que da prueba de su vigencia. En la actualidad protocolos donde se recomienda el haloperidol siguen vigentes en numerosos hospitales y colgados en webs como la del Sistema Andaluz de Salud o en la guía de formación de matronas del Ministerio de Sanidad.

No encontramos estudios sobre la prevalencia de esta práctica en nuestro país, menos aún sobre las consecuencias que ha tenido para las mujeres a las que le fue administrada. En la clínica hemos encontrado que:

- Las mujeres que recibieron haloperidol describen vivencia de desconexión, de no poderse mover o sentirse drogadas, con angustia y experiencias traumáticas en los partos en que les fue administrado el coctel sin consentimiento informado.
- Las matronas describen el uso del coctel para sedar a las mujeres "descontroladas".

El uso del haloperidol en el parto no se justifica de manera científica. Cuando se da sin un verdadero consentimiento informado puede ser considerado un ejemplo más de violencia obstétrica con forma de sumisión química. Citando a la Cochrane, "el uso del coctel lítico se debe suspender" (5) y aún más, erradicar. Con ese fin desde la asociación El Parto es Nuestro hemos lanzado una campaña de sensibilización en febrero de 2021 destinada a erradicar el uso de haloperidol en el parto, así como de cualquier otro fármaco sin consentimiento informado. Toda la información sobre la campaña se encuentra disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campana-haloperidol-en-el-parto-nunca-mas>. Entre otras acciones emprendidas se ha dirigido una carta abierta a la Agencia Española del Medicamento, al Ministerio de Sanidad y a las principales asociaciones científicas de la atención al parto solicitando la erradicación del uso del haloperidol como sedante en el parto.

## BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Plan de Parto y nacimiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2009/01

Más bibliografía en la versión on-line de este número ([www.matriz.net](http://www.matriz.net))

## VIOLENCIA VICARIA

El drama ocurrido en Tenerife, con la desaparición de las niñas Anna y Olivia, ha puesto en el foco la **violencia de género vicaria**, aquella que un agresor ejerce sobre los menores para hacer daño a la madre.

### ¿Qué es la violencia vicaria y por qué es el maltrato más cruel hacia las mujeres?

La utilización de los hijos para continuar la violencia que se ejerce hacia las exparejas es una de las formas más extremas de violencia machista.

En ocasiones los maltratadores acaban matando a los hijos, pero se trata de una violencia extendida y oculta.

Según la delegada de Gobierno la Violencia de Género, Victoria Rosell, se trata de una violencia **por sustitución** que se practica cuando el agresor **ya no tiene relación directa** con la mujer, porque ha puesto fin a la relación, y **utiliza a sus hijos como herramientas**. Los agresores son **hombres que no toleran la libertad y la igualdad de las mujeres y reaccionan con violencia machista. No son más que la cara más sangrante de la desigualdad**.

### Descripción wikipedia

*La violencia vicaria, violencia por sustitución o violencia por interpósita persona es un neologismo aplicado en el ámbito de la violencia de género que denomina a una forma de violencia por la que una persona ataca a otra con el objetivo de causar dolor a terceros.*

Los datos de menores asesinados en el marco de la violencia de género se contabilizan desde 2013. Y desde entonces (y hasta la fecha) son 39 los niños y niñas muertos a manos de la pareja o expareja de la progenitora, tal y como consta en los informes de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.

Sin embargo, pese al riesgo innegable para las mujeres y los menores, según fuentes del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), apenas un 3% de los casos de violencia de género termina denuncias previas por malos tratos. Es más, solo el 5,2% de los jueces ordenan la retirada de la guardia y custodia a los agresores como medida cautelar de protección de los menores.

Acaba de nacer en España la **Asociación Europea de Lucha contra la Violencia Vicaria MAMI**. Esta asociación, impulsada en este caso por mujeres y única en Europa, busca visibilizar la violencia vicaria como una forma de maltrato habitual dentro del ámbito de la violencia de género y concienciar a políticos, jueces y fiscales sobre la necesidad de proteger mucho más a las víctimas.

Redacción

## ¿QUIÉN TIENE LA CULPA?

*Estoy cavando la tierra, hace calor y mi abuela me envía a casa a buscar agua. Cuando llego a la puerta de la entrada principal, mi abuelo está allí sentado y me dice que para pasar debo pagar un peaje. Yo no lo entiendo y pienso que quiere jugar conmigo. Insiste en que pase y me sienta en el banco de madera de la mesa y es ahí dónde empieza toda mi historia, los tocamientos, las vejaciones, los abusos... todo lo que él quiso hacer y que le permitieron.*

*Yo solo tenía 4 años, no fui consciente de lo que ocurría, hasta que años más tarde, ya de regreso a la ciudad, en casa con mis padres, empecé a pensar que lo que él me hacía no era normal. No sé por qué lo pensaba o por qué me di cuenta. Imagino que fue en el colegio, veía a los otros abuelos con sus nietas y no me daba la misma sensación. Quizás entendí que lo que yo había vivido no era un comportamiento natural de un abuelo con su nieta. Así que recuerdo enfrentarme a él y decirle que si me volvía a tocar lo mataría. Entonces ya tenía 8 años y en ese momento me sentí, supongo, con la fuerza suficiente para enfrentarme a él. Pero esa fuerza duró poco; se terminó en el momento en que entraron en el comedor mi madre y mi abuela y me acusaron de ser yo la que provocaba lo que ocurría y que me callara. Desde ese instante, mi vida fue un verdadero infierno, y ya no solo por los abusos. Quise morirme y lo intenté, y mi vida empezó a transcurrir entre dos mundos diferentes: el que tenía que vivir en casa, sometida y en silencio; y el que yo creé cuando salía al colegio, como si fuera huérfana. Sobreviví a fuerza de beber y de escribir, con el miedo constante cada vez que él entraba en la habitación. Ahora, a mis 56 años y después de haber superado todo ese dolor, haberme enfrentado a todas las mujeres de mi familia de las cuales él abusó: hijas, nietas, etc., os puedo decir que el mayor dolor fue descubrir que con ellas también lo hacía y sin embargo todas lo encubrieron. Yo era la pequeña de la familia y me enviaron con él sabiendo qué ocurriría. El sufrimiento todavía persiste al pensar que cuando yo me enfrenté a aquello, me culparon.*

*Todavía siguen ocultando lo ocurrido, siguen tapando todo aquello y me culpan a mí por destapar y confesar lo que ocurrió, por desvelar quién era él y quiénes eran ellas, las que encubrieron al abusador. Puedo deciros que me costó más superar el dolor de saber que fueran mi propia madre y mi abuela las que me culparan y me dejaran con él sabiendo lo que ocurría, que los abusos que él cometía. No sé cómo se podían mirar a la cara, no sé cómo podían permitirlo. Soy consciente de que no soy la única que ha vivido y sufrido algo tan cruel. Existen muchas mujeres a las que les ha ocurrido y que sus propias madres, abuelas, hermanas les han hecho sentirse culpables para tapar la vergüenza familiar y encubrir al abusador. Y yo os pregunto ahora, ¿quién es más culpable: el abusador o el encubridor?*

L. P.

# INMIGRACION, PATERAS Y GÉNERO



**Silvia Lorenzo**  
**Maria Alonso**  
**Evelyn Fernandez**  
**Ana Gonzalez**  
Médicas de Familia

Aunque los movimientos migratorios son inherentes a la condición humana y siempre han existido, su coexistencia con fronteras, normas y leyes ha favorecido la aparición del término migrante irregular para aquella persona que no tiene autorización, permiso legal o estatus de refugiado como para entrar o permanecer en el país al que emigra<sup>1</sup>. Pese a que, desde 2013, Europa viene experimentando un descenso de la llegada de migrantes irregulares, este no ha sido homogéneo<sup>2</sup>, y se ha observado un uso variable de las diferentes rutas migratorias que acercan Europa a África u Oriente Medio en función de otros aspectos en juego (aumento de la vigilancia en ciertas zonas fronterizas, creación o perfeccionamiento de vallas y muros, cierre de fronteras provocado por la pandemia de la Covid19, relaciones diplomáticas y conflictos entre países...). Así, mientras algunas rutas -como la terrestre ceutí- han visto disminuida su actividad en este último año, otras -como la marítima canaria- han sido reactivadas<sup>3</sup>. Esta ruta canaria, en auge ya desde finales de 2019 y con 23.023 llegadas durante 2020 -incremento del 75,8% respecto a 2019<sup>3</sup>-, conecta la costa sur de Marruecos (Tan-Tan, Tarfaya...) y la del Sáhara Occidental (El Aaiún, Dakhla...) con el archipiélago canario en 2-4 días de navegación en patera, zodiac o cayuco. Más raramente, las salidas son desde Mauritania, Senegal o Gambia, con el consecuente aumento de días de navegación y todos los problemas derivados de la escasez de alimentos y agua, del hacinamiento y la falta de higiene, etc<sup>4,5</sup>.

Pese a que los usuarios de las principales rutas migratorias que conectan, de forma irregular, ambos continentes han sido tradicionalmente hombres de entre 20 y 40 años, con escasa formación académica<sup>5</sup>, el perfil es cada vez más heterogéneo y se descubre, entre los migrantes, a personas con mayor formación académica<sup>5</sup>, así como un aumento progresivo de llegadas de mujeres, menores e incluso familias por estas vías<sup>4,5</sup>. De este último grupo, más vulnerable a nivel



Foto: Manu Navarro

físico y psicológico, es imprescindible recordar que rutas irregulares o inseguras aumentan los riesgos de sufrir violencia basada en el género, incluyendo la trata de personas y la violencia sexual, como se discutirá en adelante<sup>11</sup>.

Este cambio progresivo en el perfil del migrante lleva a plantearse si los protocolos de acogida actuales responden a las necesidades específicas de todos ellos, destacando especialmente a este último colectivo, no solo por los problemas por los que huyen de sus países, sino también por los que enfrentan durante el viaje y que requieren de un manejo aún más específico y dirigido si cabe<sup>6</sup>. Por ello, se han publicado recientemente interesantes artículos en los que se reflexiona, entre otros, sobre la necesidad de una atención de emergencia centrada en las mujeres migrantes irregulares llegadas a España en barcaza<sup>6</sup>, en los que se concluye que se hace indispensable contar con protocolos específicos para ellas -que aún no tenemos- y con personal con formación suficiente en género como para lidiar, no solamente con la hipotermia, las heridas, las quemaduras o los *pie-patera*, sino, y especialmente, con aquello de lo que más cuesta hablar: la violencia a la que se ven sometidas las mujeres tanto en sus países de origen como durante el tránsito migratorio irregular.

El sistema de organización social patriarcal y, por tanto, desigual y discriminatorio<sup>11</sup>, instaurado de manera generalizada en el mundo, afecta a todas las mujeres en mayor o menor escala. La violencia derivada de esta estructura se ve reflejada en muchos países africanos con prácticas comunes como el matrimonio forzado, la mutilación genital femenina, la exclusión de la educación formal, la violencia doméstica... y a ello se añade la pobreza (recordemos la feminización de la

misma<sup>12</sup>, es decir, que las mujeres siempre son las más pobres), como otro ejemplo más de la violencia estructural a la que se ven sometidas, siendo estos algunos de los motivos que las empujan a migrar.

La ruta, para ellas, supone una fuente de violencia extrema en sí misma: se inicia con el reclutamiento, voluntario o no, en el país de origen. En ocasiones, bajo promesas engañosas, coerción y hasta secuestro. En otras, como única vía para escapar de un destino predeterminado<sup>8</sup>. Continúa durante el tránsito hacia la costa, a pie, en coche o en avión<sup>9</sup>, a través de diferentes países donde, algunas, han de vivir escondidas, clandestinas, sin poder comunicarse con sus familiares... pudiendo ser explotadas laboral y sexualmente, e incluso utilizadas como moneda de cambio en los controles policiales<sup>8</sup>. Durante el viaje en barcaza, en ocasiones ya embarazadas, afrontan la travesía con las mismas limitaciones en agua, comida, higiene... que el resto de ocupantes, añadiéndose las necesidades específicas de las mujeres en edad fértil y/o ya embarazadas<sup>8</sup>, y la nula seguridad o protección. Y culmina el viaje con la llegada a Europa, momento en el que muchas de ellas son asimiladas por la red de trata, donde se enajena ya el control de sus vidas, de su salud sexual y reproductiva, y donde se decide dónde se prostituirá, si utilizará (o no) algún método anticonceptivo y si, en caso de quedarse embarazada, continuará con el embarazo o terminará en un aborto clandestino<sup>8</sup>.

Durante el 2020, año de la pandemia por Covid19 y con un sistema sanitario español ya tensionado y debilitado, la reactivación de la ruta canaria y el gran número de llegadas, concentradas en unos pocos meses del año y con unos recursos alojativos escasos e insuficientes<sup>10</sup>, ha provocado todo tipo de vulneración de derechos humanos, tal y como recoge el último informe presentado por el Defensor del Pueblo<sup>7</sup>, que resalta también la necesidad de contar con protocolos adecuados y equipos multidisciplinares con formación en género, especialmente sensibilizados y entrenados en el abordaje y manejo de problemática de mujeres y menores migrantes irregulares, que incluya asimismo la identificación de posibles víctimas de trata, su adecuada información letrada, el despistaje de infecciones de transmisión sexual y de embarazos, su derivación a centros especializados... y todo ello en los espacios y el tiempo necesarios<sup>7,8</sup>. Para ello es prioritario mejorar la coordinación entre organizaciones no gubernamentales, las autoridades policiales (recordemos que las personas que irrumpen por vía irregular en nuestro país pasan las primeras 72h detenidas y bajo custodia policial<sup>7</sup>) y los diferentes proveedores de salud<sup>6</sup>.

En conclusión, la mujer migrante que utiliza una vía irregular para alcanzar otro país, en teoría, más seguro, está mucho más expuesta a sufrir violencia basada en su género que los hombres. Tanto si la ha sufrido previamente, como si la sufre durante el trayecto, los mecanismos de detección y atención posterior deberían funcionar a la perfección a fin de brindar la protección legal que merecen. Recordemos que la violen-

cia física, sexual y psicológica contra ellas puede ser motivo de asilo en España cuando a que la persecución por género en su país de origen no hubiera sido correctamente atendida<sup>11</sup>. La violencia estructural, extendida por todo el planeta, continuará alentando a las mujeres a migrar por la vía que sea y es imprescindible, por tanto, promover políticas específicas con visión de género en los países receptores.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Glosario sobre migración, asilo y refugio. UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/unicef-educa-GLOSARIO-migracion-asilo-refugio.pdf>
2. Comunicado de prensa UE: 'Últimas estadísticas de la migración: impacto de la Covid-19'. Enero 2021. Disponible en: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip\\_21\\_232](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_21_232)
3. Informe sobre Inmigración Irregular 2020. Ministerio del Interior. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/11389243/Informe+Quincenal+sobre+Inmigraci%C3%B3n+Irregular+-+Datos+acumulados+desde+el+1+de+enero+al+31+de+diciembre+de+2020.pdf/e5553964-675a-40d7-9361-5dbf4dfd3524>
3. Migración en Canarias, la emergencia previsible. Informe CEAR. Marzo 2021. Disponible en: [https://www.cear.es/wp-content/uploads/2021/04/Informe-CEAR\\_CANARIAS.pdf](https://www.cear.es/wp-content/uploads/2021/04/Informe-CEAR_CANARIAS.pdf)
4. Kassar H, Dourgnon P. The big crossing: illegal boat migrants in the Mediterranean. *Eur J Public Health*. 2014 Aug; Vol. 24, suppl 1:11-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25107993/>
5. López-Domene E; Granero-Molina J; Fernández-Sola C; Hernández-Padilla JM; et al. Emergency Care for Women Irregular Migrants Who Arrive in Spain by Small Boat: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Sep 6;16(18):3287. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31500213/>
6. La Migración en Canarias. Informe Defensor del Pueblo. Mayo 2021. Disponible en: [https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2021/03/INFORME\\_Canarias.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2021/03/INFORME_Canarias.pdf)
7. Jiménez-Lasserrotte MM; López-Domene E; Hernández-Padilla JM; Fernández-Sola C; et al. Understanding Violence against Women Irregular Migrants Who Arrive in Spain in Small Boats. *Healthcare (Bassel)*. 2020 Aug 26;8(3):299. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32858816/>
8. Vera, E. Mujeres, el rostro invisible de la inmigración en patera a Fuerteventura. *Diario de Fuerteventura*. Agosto 2020. Disponible en: <https://www.diariodefuerteventura.com/noticia/mujeres-el-rostro-invisible-de-la-inmigraci%C3%B3n-en-patera-fuerteventura>
9. Siete claves sobre la ruta migratoria a Canarias. Informe CEAR. Octubre 2020. Disponible en: <https://www.cear.es/siete-claves-sobre-la-ruta-migratoria-hacia-las-islas-canarias/>
10. Violencia contra las mujeres y protección internacional. Informe ACCEM. Junio 2021. Disponible en: <https://mujeresrefugiadas.accem.es/violencia-contra-las-mujeres-y-proteccion-internacional/>
11. Violencia estructural hacia la mujer. Programa Symetrias. Julio 2020. Disponible en: <https://symetrias.com/violencia-estructural-hacia-la-mujer/#:~:text=culturas%20menos%20desarrolladas.-,Ejemplos,religi%C3%B3n%20o%20su%20orientaci%C3%B3n%20sexual.>

# coeducación afectiva y sexual

## CÓMO PREVENIR LA VIOLENCIA Y DIFUNDIR EL BUEN TRATO Y EL PLACER



### Charo Altable Vicario

Profesora jubilada, experta en Coeducación emocional y sexual, Terapeuta y escritora.

Mujeres por la salud y la Paz. Mujer de Negro. Associació per la Coeducació de València.

Suenan todas las alarmas cuando hablamos de Educación afectiva y sexual, y más cuando se trata de establecer esta educación en la infancia y adolescencia. Suenan también otras alarmas porque niños y niñas se están iniciando en la pornografía a los 8 y 9 años, generalizándose esta iniciación a los 14. Los varones son los primeros en esta iniciación y los grandes consumidores de ella: el 87% dicen que la han visto alguna vez y casi un 30% se consideran un poco adictos o posiblemente adictos. En ocasiones los vídeos de este tipo de pornografía muestran prácticas como "sexo sin preservativo" o presencia de violencia con estrangulamiento o golpes, con la consiguiente normalización de estas prácticas en los jóvenes, que les incita a pedírselas a su pareja o a acudir a la prostitución para realizarlas. Este tipo de pornografía está detrás del aumento de prácticas de riesgo con un impacto negativo sobre la salud: sexo sin preservativo, con diversas parejas, en grupo y con presencia de violencia. Un 50% de los jóvenes reconoce haber incrementado estas prácticas después de consumir pornografía. Esto es lo que nos cuentan Carmen Orte y Lluís Ballester, investigadores de la UIB <sup>1</sup>

Todos estos datos evidencian un tipo de sexualidad, con una gran cosificación de la mujer, mujer sumisa, objeto a disposición de cualquier deseo o fantasía masculina, donde se silencia el deseo femenino y se ensalza la erección y potencia agresiva del órgano masculino. Toda una muestra de la sexualidad falocéntrica y patriarcal donde la clave principal son las relaciones de dominio-sumisión. Pero esto no es sexualidad sino sexo, sin relación ni intimidad, donde la otra no existe. Y no existe porque la otra, mujer real, se ha convertido en una mera imagen-cosa, lo cual está incidiendo ya, como cuentan varias terapeutas sexuales, en la ausencia



Vernard Ryckere. *El festín de los dioses*. S. XVI

Las mujeres están agradando a los dioses de todas las maneras posibles.

de imaginario y de deseo por las mujeres reales, sus parejas, con lo cual han de recurrir a la pornografía para masturbarse o a la prostitución para cumplir sus fantasías construidas en la visión masiva de pornografía. También lo hemos podido ver en el documental "Placer femenino" de Bárbara Miller. La socióloga Rosa Cobo en su libro, *Pornografía. El placer del poder*<sup>2</sup>, nos anima a detenernos y a pensar, a hacernos preguntas y a elaborar un pensamiento crítico hacia un sistema que está creando un nuevo relato patriarcal, con una gran industria de explotación sexual que nada tiene que ver con el placer, la gratificación, la intimidad y la reciprocidad, sino con la construcción de fantasías y deseos que solo puede colmar la industria. Esta es una de las mayores violencias que se ejercen sobre los cuerpos y la psique de las mujeres. La pornografía además crea y generaliza una mirada masculina hacia todas las mujeres. Si a esto añadimos la construcción social de la ley del agrado, como amor hacia el otro, veremos los nefastos resultados; las adolescentes y jóvenes y también las mujeres adultas se pueden plegar a los deseos de los hombres para no perderlos, consintiendo prácticas sexuales que no desean, pero haciéndolo "por amor", para agradar al otro. Y también las niñas de 9 años, que juegan a tener no-



## ¿Cómo hacer esta educación afectiva y sexual?

Desde luego desde la Coeducación, y especialmente desde la coeducación afectivo-sexual, viendo el papel del patriarcado y la respuesta desde el feminismo a esta violencia. La Coeducación tiene claro que más de la mitad de la población humana son mujeres y que se está operando una gran violencia sobre ellas, en diferentes grados según los países y los

vio, han aprendido esta ley del agrado, como relata Graciela Hernández (2006) en el caso de una niña de 9 años que tiene miedo a que su novio la deje, como dejó a la otra. Y su amiga le dice que ya sabe lo que tiene que hacer: hacer todo lo que quiera él, porque a la otra la dejó porque no quería morrearlo con él.<sup>3</sup> ¿Necesitan o no educación afectiva y sexual?

Hoy, las nuevas tecnologías acentúan esta ley del agrado con propuestas para estar más atractivas sexualmente y mostrarse en las redes según los gustos de las industrias de moda y de búsqueda de pareja, dirigidas en su gran mayoría por varones que imponen sus gustos. El atractivo sexual pasa a constituir una manera de valorarse en una cultura que valora a las mujeres solo por su físico, donde la igualdad legislativa entra en contradicción con la gran industria del sexo en la que las mujeres son consideradas como cuerpos disponibles para los varones.

En esta cultura de la hipersexualización, donde los hombres aparecen siempre potentes y las mujeres siempre disponibles, el sexo está escindido de las emociones y de las relaciones de escucha y empatía, que nos harían entrar en el desarrollo de una conciencia más amplia y que favorecería las relaciones de reciprocidad. Es lo que reclama el feminismo; escucha, empatía y cuidado de sí y de la otra persona, cuidando de su bienestar.<sup>4</sup>

En cuanto a la educación de adolescentes y jóvenes, en mi experiencia educativa he podido observar el poder de los reclamos patriarcales y neoliberales en la construcción de los deseos, desde la publicidad sexista e hipersexualizada hasta los reclamos de las historias adictivas de amor romántico junto a los vídeos pornográficos, cada vez más violentos, donde se muestra que cualquier deseo o fantasía del varón puede cumplirse porque las mujeres parecen gozar y consentir. Por ello, las y los adolescentes son el síntoma donde leer la pobreza y violencia que se da en la construcción de su deseo y de las relaciones afectivas y sexuales. No podemos abandonarles a su suerte. Necesitan una educación afectiva y sexual de calidad y placentera.

grupos sociales, una violencia estructural, real y simbólica insertada en el sistema patriarcal desde hace milenios y que hoy con el neoliberalismo sexual blanquea y da esplendor a un nuevo patriarcado disfrazado de libertad.

La Coeducación, como educación integral, atraviesa todas las construcciones sociales, afectando a todos los sistemas: educativo, sanitario, judicial, urbanístico, cultural, económico, etc., poniendo los cuidados en el centro como la mayor prevención de toda violencia. No podemos olvidarnos de ello e invisibilizarlo en la multiplicidad de identidades, ni dejar que nos nombren otros. Que no me nombre nadie como mujer cis, ya me nombro yo junto a otras de mi condición de mujer, donde he encontrado escucha y desobediencia al género asignado, donde he aprendido a desidentificarme de lo que se esperaba de nosotras, las mujeres, de lo que decían que era la sexualidad femenina, el amor o la maternidad, y a construirme y construimos cada día en grupo de autoconciencia y relación, aprendiendo a desobedecer los mandatos patriarcales de género y a huir de las identidades de género que nos aprisionan. Por eso me parece fundamental el trabajo en grupo; grupos de mujeres, grupos de hombres o cualesquiera de otros grupos de reconocimiento, escucha y reflexión feminista o antipatriarcales, donde preguntarnos cómo nos ha construido esta sociedad patriarcal y cómo queremos construirlas.

## ¿Qué temas esenciales debe abordar la Coeducación afectiva y sexual?

Se trata de:

1. **Deconstruir lo dado en una sociedad patriarcal y neoliberal**, criticando la objetualización de la mujer, a través de la moda y la estética corporal misógina e hipersexualizada, que ocasiona grandes ganancias a los complejos industriales corporales.
2. **Deshacer estereotipos e identidades rígidas** de masculinidad y feminidad para aceptar la diversidad de opciones, de orientaciones sexuales y de tipos de familias.

3. **Deshacer las relaciones violentas de maltrato y construir el buentrato**, en los niveles corporal, emocional, mental, relacional y social, tanto individual como colectivamente, aprendiendo el autocuidado y cuidado de otras personas, de los animales y de la naturaleza...etc., el arte de la escucha, de sí y de otras personas, respetando nuestros límites, nuestros ritmos y tiempos y los de las demás personas, reconociendo nuestros deseos y poniendo la voluntad en la búsqueda de su satisfacción, sabiendo pedir, dar y recibir, aprendiendo a decir Sí y No, sabiéndonos proteger, agradecer, negociar, compartir y colaborar, abriéndonos a la confianza y al amor.<sup>5</sup>
4. **Deconstruir las adicciones al amor romántico**, la ley del agrado en las mujeres y la ley de la sexualidad patriarcal genitalista y falocéntrica, de dominio-sumisión, centrada en la descarga y la satisfacción del deseo masculino a cualquier precio. Es también prioritario que cada persona aprenda el amor hacia sí misma, cosa que ha de hacerse no solo individualmente sino en colectivo. Las mujeres han de aprender a estimarse en grupos de mujeres, teniendo como referencia a otras mujeres que se han amado y buscado sus derechos y libertades. Igualmente, los hombres han de trabajar en grupo con otros hombres que hayan deconstruido su masculinidad dominante para que aprendan a expresar sus emociones y a construirse en relaciones de igualdad, empatía y reciprocidad.<sup>6</sup>
5. **Establecer otro tipo de erotismo, que implica:**

**El autoconocimiento**, como proceso colectivo en grupo de iguales, que confiere poder a las mujeres y hace que el placer sea querido y consentido conscientemente, sabiendo que en cada momento existe el derecho a decir «sí» o «no», que el otro u otra ha de respetar. También implica conocer todos nuestros espacios, exteriores e interiores; el espacio propio, el relacional y el social, porque no basta con saber cuestiones teóricas o biológicas de la sexualidad. En cuanto a los genitales, el autoconocimiento, por lo que respecta a las mujeres, implica conocer los órganos internos, nuestra musculatura vaginal con su capacidad de atraer, aceptar o rechazar, y externos, vulva y clítoris, para apoderarnos de nuestra parte reproductiva y placentera y decidir qué hacer en cada momento.<sup>7</sup>

Por lo que respecta a los hombres, estos han de trabajarse en grupo con otros hombres que estén por la igualdad y que se hayan trabajado sus emociones y su propia sexualidad. Ganarán también en conciencia y autoestima de sí, rompiendo con la competitividad que les impulsa a esconder sus miedos y demostrar que son los mejores que... , o los primeros por encima de cualquier cosa.

**Enseñar la erótica global a través del tacto meditativo y el masaje.** El tacto con conciencia es la caricia, realizada desde la percepción, atenta a lo que se presenta,

sin imaginar ni querer cambiar a la otra persona sino aceptando su ser, sus límites, su sentir, su apertura o su cierre en sí, aceptando su libertad. Esto se puede hacer con unas normas precisas donde en cada momento se puede decir Sí o NO, o así NO, etc. Es una práctica en la que aprendemos qué es el consentimiento y el respeto del deseo e intimidad de la otra persona.<sup>8</sup> Sólo podemos poner límites desde el autoconocimiento, preguntándonos en nuestro interior cuál es nuestro deseo, lo que queremos y lo que no, respetando nuestros límites, nuestras emociones y las de la otra persona.

**Cultivar el silencio y educa la mirada y la expresión de las emociones**, enseñando a respirar lenta y profundamente, lo cual mueve todos nuestros órganos y sentidos, ayudándonos así a tomar conciencia de lo que pasa en nuestro interior, para poder expresarlo partiendo de la propia experiencia.

Es urgente, pues, educar en otras maneras de amar en igualdad y libertad. Para ello son necesarias otras narraciones y otras películas e imágenes del amor y del erotismo, en igualdad, donde los deseos y proyectos de las mujeres no se supediten a los de los hombres ni a ninguna otra persona, donde las relaciones no sean de dominio-sumisión sino de buentrato e igualdad.

1. Lluís Ballester Brage y Carmen Orte Socas. Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales. Barcelona. Octaedro, 2019.
2. Rosa Cobo, Pornografía. El placer del poder. Barcelona, Ediciones 8, 2020.
3. Hernández Morales. G. Experiencias de relación en la escuela. Prevenir la violencia contra las niñas y mujeres. Cuadernos de Educación no sexista, 19. Madrid: Instituto de la Mujer.
4. Sexo y empatía. Las bases éticas del follar | cxtx.es Beatriz Gimeno 27/05/2018
- Para saber más: Lucía Pérez Ferriol, psicóloga clínica, nos habla en este vídeo de la empatía en el sexo. <https://youtu.be/S9PIWhdek5w>
5. Fina Sanz. El buentrato como proyecto de vida. Kairós, Barcelona 2016
6. Charo Altable. Otras maneras de amar. Mágina-Octaedro, Granada 2018.
- Chis Oliveira y Amada Traba. Amarte. Catarata, Madrid, 2019.
- Rosa Sanchis. <http://www.karicies.com>
7. Leonor Taboada inició los grupos de autoconocimiento en los años 70. Cuaderno feminista. Introducción al Self Help. Ed. Fontanella. Barcelona 1978.
8. Para desarrollar más lo que significa el respeto hacia el deseo de la otra persona recomiendo ver la película Amor bajo el espino blanco, de Zhang Yimou, 2010. <https://www.rtve.es/alacarta/videos/dias-de-cine/dias-cine-amor-bajo-espino-blanco/1517059/>



**Lena Castells Torrens**  
Trabajadora social y antropóloga. Defensora de los derechos LGTBIQ +

# LA REVOLUCIÓN QUE QUEREMOS

## consultas Libres de LGTBifobia

Hay quien piensa que eso de ser lesbiana (o de tener relaciones lésbicas) es una cuestión privada, como ser bisexual, o pansexual, o "....." (poner todo lo que queráis excepto la palabra mágica heterosexual). Hay quien piensa que la orientación sexoafectiva y del deseo debe ser algo de puertas para adentro, que no se tiene que notar y mucho menos que airear.

Que dos chicas adolescentes se morreen en el patio del instituto. Que dos mujeres lleven viviendo juntas enamoradas toda su vida y sean sexualmente muy activas. Que dos hombres paseen cogidos de la mano o que se abracen cariñosamente en público. Que dos personas críen juntas a su criatura sin imponerle marca de género. Por favor, ¡qué horror!. ¿Cómo va a ser todo eso posible? Eso no puede ser "normal". Que sean lo que quieran, que hagan lo que quieran, pero que no lo vayan proclamando a los cuatro vientos y menos que no hagan de ello un orgullo. Encima eso, ¡menudo ejemplo dan!.

Si estas situaciones o alguna de ellas te incomodan o las rechazas solo con imaginarlas, tienes LGTBIfobia cognitiva. Si sientes que te repugna o te da asco presenciarlo, tienes LGTBIfobia afectiva. Si además de todo esto, tus actitudes o sentimientos pasan a ser tus hechos y haces chistes de mariquitas o marimachos, de bolleras o de travelos o te ríes con quien los cuenta; si insultas, hieres, desprecias, apartas, agredes, omites o niegas los derechos de las personas con orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género o características sexuales que no son la tuya, la hegemónica, te informo de que tu LGTBIfobia es de libro. Aunque no lo sepas. Y la LGTBIfobia la podemos ejercer todas, en cualquier momento. Porque la LGTBIfobia es un problema estructural. Es un tipo de violencia enraizada en el sistema patriarcal que resulta que es cisheteronormativo y heteronormativo (¡menuda sorpresa!). No es que existan a priori personas lgtbifóbicas y personas que no lo son, existen acciones y omisiones que pueden contribuir a prevenir, a detectar o a erradicar la LGTBIfobia y otras que sencillamente la perpetúan. Y si no hacemos nada, somos neutrales, y la neutralidad en este caso y en muchos otros casos, supone estar del lado del (sistema) opresor.

Puede que lo que hago concretamente en relación a mis prácticas sexuales sea algo privado (entendido como íntimo). Hasta ahí vale. Pero no es privado con quién lo hago, a quién elijo como compañerx de vida. ¿Acaso las personas cisheterosexuales no habláis de ello en cualquier espacio,

con todo el mundo y constantemente? La heterosexualidad se (nos) presupone, aunque ya os digo yo (y en su día lo dejó escrito Adrienne Rich) que el sistema quiere y hace lo posible para que la heterosexualidad sea obligatoria. Y por lo que a mí respecta no lo está consiguiendo. Cada vez somos más las personas disidentes del género y de la sexualidad que nos hacemos abiertamente visibles y reivindicamos estar no solamente en los márgenes, sino en cualquier sitio, en todos los sitios, públicos y privados. Y también, cómo no, en el sistema sanitario. En las consultas. Públicas y privadas. En las ginecológicas y en las otras. Y estamos en un lado de la mesa y en el otro. Encima de la camilla y empujándola. Tomando decisiones y acatándolas. Trabajando en equipo o más solas que la una. Estamos en los quirófanos, en las salas de rayos X, en los paritorios, en las salas de espera (a veces desesperadas, otras esperanzadas). Estamos en las listas de espera, o no estamos por error, por omisión, por falta de voluntad política o, excepcionalmente, por decisión política, cuando al fin nos incluyen. Porque la lgtbifobia institucional también está ahí, acechándonos, y se manifiesta de muchas y sutiles maneras: porque se desconocen nuestros derechos, porque hay falta de interés, por falta de motivación, por falta de información o de sensibilización. Como si las personas LGTBIQ+ fuéramos de otro planeta. No necesitamos nada más, ni nada menos, que lo que nos corresponde como seres humanos, como ciudadanxs de pleno derecho: poder acceder a las técnicas de reproducción asistida en igualdad de condiciones, que una pareja de mujeres podamos filiar a nuestrxs hijxs sin la obligación de contraer matrimonio previamente al nacimiento, que podamos ir a las consultas ginecológicas sin que se nos presuma que tenemos relaciones sexuales, las que las tenemos, exclusivamente con "varón cisheteronormativo" mediante. Es cansino que tengamos que responder a las mismas preguntas de siempre, como una letanía: ¿Tienes relaciones sexuales? sí. ¿Tomas anticonceptivos? no. ¿Quieres quedarte embarazada? no. ¿Usas preservativo? no. ¿Llevas puesto un DIU? no. ¿Entonces? Aquí es cuando quien te atiende alza los ojos del papel o quita los ojos de la pantalla y te mira. Silencio. Ha llegado a un callejón sin salida. Algo no (le) encaja. Le aguantas la mirada. Silencio incómodo. Y ahora ¿qué?.

Cuando llegas a un callejón sin salida es cuando empieza la revolución .

### He aquí la revolución que queremos:

Queremos que los protocolos ginecológicos de atención nos incluyan, que se revisen las preguntas para que se puedan enunciar sin que se presuponga la heterosexualidad (y tampoco la cissexualidad).

Queremos que se incorporen, si es necesario, preguntas abiertas que sean exploratorias de la situación, sin estereotipos, que sean preguntas más pertinentes en función de la multitud de corporalidades, de identidades, de expresiones y de orientaciones que podemos llegar a encarnar (en nuestra carne) las personas y que no se limitan solamente a dos géneros exclusivos y excluyentes o a una única orientación sexual.

Queremos que no se restrinja el concepto de relaciones sexuales meramente a las relaciones coitales, tenemos que ir dejando la prehistoria que donde está, está muy bien. Queremos que al entrar en una consulta se nos acoja y se nos permita ser quienes somos sin pensar que somos invisibles o que no encajamos.

Queremos no tener que pensar en si quien nos va a atender será amable, o no, si podremos mostrarnos tal cual somos, o no.

Hay que incorporar toda esta diversidad en los protocolos. Y no basta con redactarlos, hay que darlos a conocer, hay que capacitar a las personas profesionales que nos atienden y hay que velar para que nuestros derechos se respeten.

Queremos que cuando algunx de nosotrxs entra en una consulta ginecológica y es leídx como hombre cis no penséis que es un acompañante o que se ha equivocado de consulta, puede que sea un hombre trans que necesita una revisión del estado de sus ovarios, o que solicite información sobre cómo congelar sus células reproductivas.



Queremos que cuando algunx de nosotrxs entra en una consulta y es leídx como mujer cis y le hagáis una exploración no dejéis de atenderle porque descubráis que se haya hecho una vaginoplastia, y resulta que no es una

mujer cis, que es una mujer trans. Y amablemente le decís que no le podéis atender porque no entendéis de este tipo de vulvas y vaginas. Pues esto se soluciona fácilmente si hay voluntad. Si queréis saber más, llamad a Rosa Almirall y a su equipo del Servei Trànsit en Barcelona, un servicio de la sanidad pública pionero en el mundo. Leed, descubrid, investigad, contrastad y atended a cada persona por lo que es (única) y por lo que necesita (una atención individualizada y empática). Ni más ni menos.

Profesionales de las consultas. Ginecológicas o no. Públicas o no. Necesitamos vuestra escucha activa para convertir los callejones sin salida en plazas abiertas donde seguir construyendo juntxs la resistencia al cisheteropatriarcado y dónde tengan cabida y sean reconocidas las personas cis y las personas trans, binarias y no binaries, sean heterosexuales o no lo sean, tengan características intersexuales o no las tengan. Todas las corporalidades son diversas e igualmente válidas.

Os necesitamos. Diré más: nos necesitamos mutuamente y NO pararemos hasta que lleguemos a conseguir unas consultas totalmente libres de lgtbifobia.

## EL ASESINATO DE SAMUEL

Hay una ley que castiga el crimen. Otra ley, le añade un agravante si además se trata de un crimen homófobo. Los delitos de odio castigan las discriminaciones, sea por género, por raza, por religión, por extranjería, por pobreza. Se mata al diferente.

A la hora de escribir este texto, no sé qué calificación jurídica tendrá el asesinato de Samuel, el chico asesinado en Coruña, en un espacio público, con gente alrededor. Aunque Samuel ya no podrá seguir con su vida, nosotras sí podemos seguir diciendo a sus asesinos que su odio acaba en ellos. Identidades precarias que necesitan la

identidad de grupo para sustentarse, como en este caso, en dónde el chico que inició los golpes contra Samuel, fue en busca de sus congéneres y juntos, en masa, remataron el crimen.

Odiar no es delito. Tampoco desear matar a alguien. Llevarlo al acto sí.

Podemos matar y matamos. La violencia humana es estructural, por eso las sociedades nos dotamos de leyes contra ello.

Afortunadamente la conciencia colectiva social ha cambiado y excepto algunos partidos neofascistas que lo impulsan, rechaza este odio y estos crímenes de manera contundente.



Cuando a Samuel le estaban pegando, otro chico diferente, un senegalés, negro, intentó ayudar.

Homosexuales, bisexuales, lesbianas, negros... sufren el odio del diferente de parte de un prototipo de hombre blanco, hetero y machista.

Aquí ya son minoría.

Olga Fernández Quiroga

## obituario Nawal AL Saadawi



Nawal Al Saadawi nació en 1932 y murió con 89 este año 2021. Una larga vida que ella aprovechó hasta el milímetro. Nawal significa “regalo”, y conocerla fue uno de los regalos que me ha hecho la vida. Fue hace años, en Palma, y antes de su conferencia pública, hubo un encuentro con feministas en el IBD (Institut Balear de la Dona) que fue puro goce —la foto es de ese momento—. Nawal era ya mayor, su pelo era blanco inmaculado, pero seguía, a sus 80 años, llena de vida; se reía con la cara, pero, sobre todo, con los ojos más expresivos que he visto nunca. Pensé que tenía en frente a una especie de duende, aunque tal vez fuera solo una niña traviesa la que habitaba en el cuerpo de esa anciana.

Pero al entrar a la conferencia, me quedé pasmada. En la mesa estaban ella y el que presentó como su marido. Pensé “vaya, es de las mujeres que no pueden ir ni a la esquina sin su pareja” pero me tragué mis prejuicios porque lo primero que hizo fue explicar por qué estaba él allí. Y es que, en 2001, los fundamentalistas de su país la acusaron de apostasía, por decir que la peregrinación anual a la Meca le parecía un “vestigio del paganismo”. Fue una excusa, la verdad es que le tenían muchas ganas desde hacía años. Le lanzaron una Fatua, que incluía que su marido la repudiara. Sherif Hetata no lo hizo, por supuesto, así que Nawal cada vez que podía, dejaba bien patente y muy visible que no era una mujer repudiada; cada vez que su marido se sentaba a su lado en un estrado, estaban haciendo un acto de rebeldía. Entré en su página web en cuanto llegué a casa. Lo primero que vi es una frase enmarcada: “Dedicada a las mujeres y hombres que eligieron pagar el precio por ser libres en vez de seguir pagando el precio de la esclavitud”. Ella pagó gustosamente ese precio, y fue elevado.

No penséis que hasta el 2001 tuvo una vida fácil, para nada. Nawal era psiquiatra de formación (se graduó en medicina en 1955), escritora de profesión y feminista por convicción; Sobre todo escribió sobre las mujeres musulmanas, principalmente sobre “el concepto del honor como forma de represión de la mujer, que es lo que justifica prácticas como la ablación y la

rigurosidad con que se sanciona el adulterio de las mujeres y la permisividad hacia el de los hombres”. No escribe “de oídas”, porque lo sufrió en sus propias carnes, fue víctima de la mutilación genital femenina a los 6 años.

Ahora hay bastantes musulmanas feministas, pero ella fue la primera mundialmente famosa, la que allanó el camino a las demás. Nunca, como otras muchas musulmanas, pierde de vista que ninguna tesis será aceptada en sus sociedades si no tiene en cuenta el Islam, por eso siempre presenta referencias al Corán. Esto fue lo que nos dijo.

No ha parado de escribir: “La cara desnuda de la mujer árabe”, “Memorias de la cárcel de mujeres”, y uno que me hizo ser abolicionista “Mujer en punto cero”. Todos ellos con una radicalidad sorprendente y que cayeron en su país como bombas. La echaron de su puesto de Directora de Sanidad Pública tras la publicación de “Mujer y Sexo”, también la echaron del Colegio de Médicos de Egipto, a pesar de su reconocimiento internacional pues fue consejera de las Naciones Unidas para el Programa sobre la Mujer en África y Oriente Medio. En 1981, la metieron presa junto con otros intelectuales. Allí escribió su novela más destacada “La caída del Imán”, en la que denunciaba como los hombres utilizan la religión, la política y la moral para controlar a las mujeres. Hoy en día sigue prohibida en Egipto, creo. Tras ser puesta en libertad fundó la Asociación Solidaria de Mujeres Árabes organización internacional consagrada a “quitar el velo de las mentes”. En los 90 tuvo que exiliarse por las amenazas de muerte continuas y vivió en Estados Unidos donde impartió clases en universidades sobre “Creatividad y Rebeldía”. Regresó a Egipto en 2011 con la revolución ciudadana que derrocó a Mubarak y participó en las protestas de la plaza Tahrir, como una más.

En una entrevista, a la pregunta sobre cómo había salido tan rebelde, dijo: “tuve una abuela revolucionaria, campesina y pobre que estuvo muy contenta de que se le muriera el marido”. La abuela le había dicho “Dios no es un libro. Dios es justicia, libertad y amor. Todo texto sagrado es una cárcel”.

Se supone que estas líneas sirven de Obituario, pero Nawal vivirá mientras la recordemos, con su sonrisa pícara y sus ojos vivaces. Ha sido un regalo para las mujeres de todo el mundo. Nawal vive.

**Nina Parrón Mate**

Antropóloga, integrante de ADIBs-Dona Sana



matorias y crean productos finales de glicación avanzada, son inmunotóxicas, neurotóxicas y citotóxicas. Algunas promueven la intolerancia a la leptina.

Las personas que deberían prestar atención a los alimentos con leptinas son las que sufren enfermedades inflamatorias o autoinmunes.

La forma de disminuir la cantidad de leptinas en los alimentos es remojar 12 horas como mínimo las legumbres y cocinar los alimentos a alta temperatura, con la olla a presión preferentemente, como mínimo 15 minutos. Este procedimiento desnaturaliza gran parte de las leptinas.

Hay que tener presente los problemas nutricionales que nos pueden acarrear un consumo exclusivo de vegetales, como las carencias de vitaminas A, D, E, B2, B6, B12, folato, ácidos omega 3, hierro, cinc y colina, y la proporción inadecuada de proteínas en la dieta. Estas vitaminas y minerales se encuentran más abundantes o en forma más asimilable en los alimentos de origen animal.

### Ácidos Omega 3

Estos ácidos grasos son esenciales en nuestra alimentación, o sea, que el organismo no los puede fabricar, los obtenemos a través de la dieta. Los alimentos más ricos en ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA) son el pescado azul que no sea de piscifactoría y el pequeño crustáceo llamado krill.

También los encontramos en productos vegetales como algas, semillas de lino, de chía, calabaza, frutos secos como las nueces y legumbres como la soja. Es importante tener en cuenta que en estos alimentos este tipo de ácido graso se encuentra en una forma química diferente, ácido alfa linolenico (ALA), no asimilable por el humano. Tenemos que hacer una transformación química para convertirlo, la enzima que tenemos para hacer esta reacción química es muy poco eficiente, hasta el punto que solo convierte alrededor del 1% de los omega 3 de origen vegetal que consumimos. Por lo que las personas con restricciones dietéticas como vegetarianos y veganos estrictos tendrían una concentración mucho menor de ácidos grasos esenciales.

En un estudio de la dra. U.S. Schwab, de 2006, con una dieta enriquecida con ALA durante 14 días, solo subieron los niveles de ALA plasmático, apenas los de DHA y EPA.

Lo que hacen los animales acuáticos de una forma mucho más eficaz que nosotros es comer algas y convertir ese omega 3 en la forma química que nosotros podemos asimilar cuando nos alimentamos de ellos. Y acumulan ese omega 3 transformado en su tejido adiposo, esa es la razón por la que el pescado azul tiene más cantidad que el blanco, ya que tiene más proporción de grasa. El krill acumula omega 3 en una forma química aún más asimilable que el pescado azul y además lo acompaña con un carotenoide que se llama astaxantina, para evitar que se oxide, un antioxidante muy beneficioso para nosotros.

Así que en una dieta vegana, sin consumir suplementos de

aceite de pescado o de krill es muy difícil conseguir la cantidad necesaria. Hay que añadir que es importante mantener en el organismo la proporción adecuada de omega 3 en relación a los omega 6, otra clase de ácido graso que se encuentra en exceso en las dietas actuales, es proinflamatorio, se encuentra en las carnes, aceite de semillas como girasol, cereales como el maíz, legumbres como la soja y frutos secos y semillas.

Se teoriza sobre la posibilidad de que los omega 3, en concreto el DHA, que es el ácido graso en mayor proporción en las membranas de las neuronas de nuestro cerebro, fuera una de las llaves que permitió la evolución al cerebro humano, ya que nuestros ancestros africanos que evolucionaron a homínidos tenían un consumo alto al alimentarse de la pesca en la zona de los Grandes Lagos donde vivían.

### Vitamina D

Algo similar ocurre con la necesaria vitamina D, es más asimilable la forma química que se encuentra en los productos de origen animal, como los lácteos no desnatados, huevos y pescados grasos.

La fuente más importante de vitamina D es el sol, pero si no se expone medio cuerpo cada día media hora, sin protector solar, o si se tiene más de 50 años, será casi imprescindible tomar un suplemento para alcanzar los niveles recomendados para la asimilación del calcio, regulación del sistema inmune, protección contra la diabetes, la depresión, etc.

### Colina

Considerada una forma de vitamina B, es bastante común sus bajos niveles en la población aún con dieta omnívora. Las investigaciones demuestran que consumir huevos es una de las mejores formas de mejorar sus niveles.

La colina es muy importante para la prevención y tratamiento del hígado graso no alcohólico.

### Hierro

Un mineral muy importante para la energía física y mental, y el sistema inmune y, a menudo, deficitario en mujeres en edad fértil.

Ya es sabido por la mayoría que el hierro contenido en la carne roja o mariscos está en forma hemo, mucho más bioasimilable que el de vegetales como legumbres, espinacas, algas, etc.

El hierro de origen vegetal lo podemos convertir en una forma química mejor al acompañarlo siempre con alimentos que contengan vitamina C como fresas, cítricos, frutas tropicales, tomate y pimienta cruda. O, en su defecto con un suplemento de vitamina C, y no consumir a la vez café o té, pues sus taninos disminuyen la absorción del hierro.

Como resumen de todo lo comentado, creo que una dieta vegana para ser saludable tiene que ser ecológica, lo más variada posible y, además, estar complementada con los correspondientes suplementos nutricionales.

# ATENCIÓN SANITARIA EN MENOPAUSIA Y CLIMATERIO. Recogida de información y testimonios en el Estado español.



## Carolina Ackermann

Fundadora de la Asociación de Cultura Menstrual La Vida en Rojo.

Con motivo del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, el día 28, las asociaciones La Vida en Rojo y Femlguar, publicamos un estudio para ofrecer información cualitativa y cuantitativa relacionada con detectar cómo viven las mujeres con residencia en el Estado español, la atención sanitaria antes, durante y después de la llegada de su menopausia.

El estudio ha sido por una parte un cuestionario para recoger información y testimonios y, por otra, un documento divulgativo. Gracias a que hemos incorporado la definición de climaterio dentro del cuestionario, muchas mujeres han podido saber su significado. También hemos ofrecido un texto sobre los derechos de las usuarias de la sanidad, y hemos dado a conocer la posibilidad de pedir consulta con la matrona, profesional de la salud que no solemos tener presente a la hora de buscar información, asesoramiento y seguimiento.

En cuanto a la muestra, ha estado compuesta por **320 informantes**, todas mujeres con edades comprendidas mayoritariamente entre los **40 y 60 años**.

## EL ESTUDIO

Hicimos **22 preguntas** sobre la situación personal como la edad, Comunidad Autónoma de residencia o si ya han tenido la menopausia de manera espontánea, precoz, artificial o tardía, o no la han tenido. El resto de preguntas fueron relacionadas con la información recibida sobre la menopausia y climaterio. Las preguntas más extensas consistieron en saber si ya habían estado en consulta médica por algún asunto relacionado con su climaterio y cómo habían sido tratadas y orientadas al respecto. También nos interesó poder recoger testimonios reales sobre la atención sanitaria recibida y percibida y finalmente ofrecimos un espacio para que las mujeres nos expresaran si querían solicitar alguna petición concreta en relación a la atención, los recursos y/o el personal de la salud, que consideraran deberían ser proporcionados por la

Seguridad Social.

Tras haber cumplido nuestro primer objetivo de recoger una muestra considerable y sacar conclusiones relevantes de ella, el siguiente objetivo es el de crear un documento editado en papel y descargable en PDF para que las mujeres se sientan acompañadas y puedan defender sus derechos ante la Sanidad Pública si fuera el caso de necesitarlo.

## DEFINIENDO CONCEPTOS

El término menopausia se refiere específicamente al momento en que cesa la menstruación a la edad aproximada de 50 años (dos años antes o dos después). Por su parte, el término climaterio hace referencia a una etapa que oscila entre 5 y 15 años y que comprende al periodo anterior (perimenopausia) y posterior (postmenopausia) a la aparición de la menopausia. Se caracteriza por una serie de signos y síntomas debidos fundamentalmente al reajuste de las hormonas sexuales del ciclo menstrual. Es una etapa de transición en la vida de toda mujer caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales.

Ante la pregunta **¿Algún/alguna profesional de la Sanidad Pública te explicó la definición de climaterio? El 85,9%, es decir, 275 mujeres** manifestaron no haber recibido información por parte de los profesionales de la salud sobre la palabra y definición de climaterio a pesar de haberse visitado en consulta por algún aspecto de salud relacionado con la etapa del climaterio. Esto refleja, por una parte, que en gran medida la Sanidad Pública no tiene una práctica orientada a la prevención y promoción de la salud, en la que se contemplaría la información, la orientación y el apoyo sobre cómo enfrentar los cambios que se suceden durante el climaterio, sino una concepción medicalizada más



orientada al tratamiento y curación de síntomas aislados y concretos entendidos como “problemas” y que contribuye a patologizar este proceso natural de la mujer.

## DE DÓNDE OBTENEMOS INFORMACIÓN SOBRE ESTA ETAPA

Sobre cuáles son **las fuentes de información de las que han obtenido conocimientos sobre la menopausia y climaterio**, es importante resaltar que las más señaladas se remiten al espacio privado (amigas, familias, internet, libros) lo que puede tener relación con que todo aquello que tiene que ver con la menstruación, (su llegada, su ausencia, su gestión, etc), para la generación de mujeres que se encuentra en este momento en la etapa de climaterio, son temas tabúes sobre los que no se habla de forma abierta y que se mantienen en el espacio íntimo.

En la pregunta cerrada de **¿Sabías que la matrona es una acompañante cercana durante el climaterio?** Un **80%** no lo sabe, o ni siquiera se lo había planteado.

## LA ATENCIÓN SANITARIA

Ante la pregunta de múltiple opción **“Cuando has consultado sobre tus síntomas con profesionales de la salud, te han recomendado...”** La opción más marcada es la aceptación de los síntomas, y a un porcentaje considerable se le ha dicho que tome terapia hormonal sustitutiva (THS). A muy pocas se les hizo derivación a otros profesionales, lo que nos muestra que la atención que se está proporcionando dista mucho de ser multidisciplinar e integral, y que el acompañamiento es nulo.

*“El Ginecólogo me dijo que me aguantara que era lo que tocaba a mi edad”*

A la pregunta **¿Existen en los centros de salud de tu Comunidad autónoma programas de educación para la salud específicos para la menopausia y climaterio?** la respuesta mayoritaria fue la de “no lo sé”. De esta pregunta y el resultado de las respuestas se desprende que, o bien estos servicios no existen en algunas comunidades autónomas, o si existen, hay desconocimiento de su existencia por parte de la mayoría de las mujeres encuestadas, lo que podría deberse a una falta de difusión de los mismos, y/o a una falta de referencia a ellos por el resto del personal de salud.

## ¿QUÉ QUEREMOS LAS MUJERES CLIMATÉRICAS?

Casi el **90%** de mujeres expresaron su **deseo de tener información completa y detallada sobre el proceso del climaterio**. Esto se ve reflejado en el resultado de la pregunta **¿Te gustaría tener más información sobre el climaterio?** No cabe duda de que queremos llegar a esta etapa de nuestras vidas con información.

Recogemos ante la pregunta **¿Qué importancia le han proporcionado a tus dudas y necesidades?** que las mujeres no reciben las respuestas a las dudas y necesidades que tienen de la manera en que a ellas les gustaría. Casi la mitad de las informantes considera que la importancia que se les ha dado ha sido nula o muy poca, y la mayoría se siente no escuchada, poco acompañada, desinformada, o que se han minimizado sus síntomas como reflejan las opciones más señaladas en la pregunta **“¿Cómo te han hecho sentir al manifestar tu necesidad de obtener información y/o atención de tu salud hormonal, física, psicológica, sexual o reproductiva?”**

*“Me sentí poco escuchada. Todo lo achaca a los nervios”*

## PETICIONES CONCRETAS

Abrimos el espacio para que nuestras informantes pudieran expresar aquellas demandas concretas que pedirían en la atención sanitaria. Las respuestas las hemos agrupado en siete bloques: 1. Información integral 2. Buen trato 3. Grupos de apoyo 4. Equipo multidisciplinar 5. Formación actualizada en climaterio 6. Revisión y seguimiento 7. Suplementos cubiertos por la SS.

*“La información es la llave de la autonomía personal para la salud y el bienestar”*

## CONCLUSIONES

Las mujeres queremos poder tener fácil acceso a una **unidad multidisciplinar de climaterio** ofrecida por la Seguridad Social. Material divulgativo sobre diversos aspectos del autocuidado en esta etapa como la nutrición, el movimiento, la salud del suelo pélvico, la sexualidad y la gestión del estrés, entre otros. También sería beneficioso que se ofrecieran espacios donde poder compartir las vivencias y anécdotas con otras mujeres.

La menopausia y climaterio debe ser una etapa más de la vida de toda mujer autopercebida, socialmente reconocida y sanitariamente acompañada, como un proceso hacia la madurez positiva y gozosa.

## Equipo del estudio “Atención sanitaria en menopausia y climaterio”

Coordinadora: Carolina Ackermann (asociacionculturamensual@gmail.com)

Promotora y responsable: Marisela Romero (associacio.femigual@gmail.com)

Revisión: Ma. Victoria López Benito y Ana Luisa Meza

Diseño: SlashDEV Ediciones

El estudio completo se encuentra en la página web: [www.lavidaenrojo.org](http://www.lavidaenrojo.org) / apartado: Investigación.



**Consuelo Catalá Pérez**  
Enfermera  
Comité de personas  
expertas reforma IVE.

La Ley Orgánica 2/2010 fue aprobada hace 11 años y la despenalización parcial de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) hace 35 años. Durante este largo tiempo la prestación de la IVE ha estado garantizada, mediante derivación de la sanidad pública, por las clínicas acreditadas. La aprobación de la LO 2/2010 significó un antes y un después en relación a derechos, garantías y obligaciones de la sanidad pública. Además de contemplar la interrupción del embarazo a petición de la mujer, introdujo esta prestación en la Cartera de Servicios del SNS.

El Ministerio ha hecho amago de reformar el Real Decreto 831/2010, de garantía de la calidad asistencial de la prestación de la IVE, solo en relación al método farmacológico, siendo retirado de Consulta Pública Previa, tras el revuelo suscitado.

El método farmacológico es una realidad. El método Karmán, por aspiración, también.

No voy a rebatir un NO-texto, pero sí remarcar aspectos fundamentales en cualquier modificación, en relación a la calidad asistencial de la IVE.

Incuestionable, garantizar la libre elección de la mujer en relación a la decisión de la IVE, incluido el método del mismo. Una decisión en donde la información y gratuidad, sea cual sea el método, así como los dispositivos de atención, deben estar garantizados.

En España en el año 2019 se realizaron extra-hospitalariamente el 87% de las IVEs, el 91 % en la privada. De menos de 8 semanas, el 71%. El aumento ha sido paulatino, entendiéndose que las mujeres cada vez acuden antes.

En el uso de la Mifepristona ha habido una ligera disminución, el 17%, en el año 2019, frente al 18% en 2018. Nada que ver con algunas CCAA, el 50% frente al 47% en el año 2019 y 2018 respectivamente, en la Comunidad Valenciana (sin estar en marcha ningún protocolo en la pública). Todo ello en un marco donde no se ha realizado ninguna campaña de prevención ni hay Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, en vigor.

En relación a la prestación de la IVE no ha habido ninguna voluntad política para su implantación, salvo honrosas excepciones. Podría concluir que se están incumpliendo de manera sistemática desde el art. 12 al 23.

Curioso que desde el Ministerio se señale como necesario y oportuno "disminuir costes" (Adicional Segunda), antes que plantear la mejora sustancial de la prestación. En especial en relación a los grandes abortos. Embarazos deseados que, por razones de diagnósticos tardíos etc., deben

## CON EL DERECHO AL ABORTO no se juega

ser interrumpidos. Con lo que significa de dolor y duelo para las mujeres y, donde la sanidad pública se inhibe de realizarlos cuando cuentan con los mejores medios e instalaciones y ¿personal?

Estaría bien que el Ministerio considerara necesario y oportuno promover reuniones y/o consultas con todos los sectores implicados incluyendo usuarias, para conocer el "estado de la cuestión".

Asimismo, en aras de la transparencia, el Ministerio debería hacer público el Estudio que fue aprobado por unanimidad por el Consejo Interterritorial. Y, por su importancia para el futuro de la prestación, explicará la conclusión del mismo: "la obligación que los centros públicos hospitalarios atendieran esta demanda y que se crearan unidades específicas para las IVEs, resultaría complejo y difícil de aceptar por el personal y responsables sanitarios".

En el año 1980 participé, en nombre del Colectivo de Salud Acuario, en una Conferencia en Madrid, junto a Adelle Faccio, diputada por el Partido Radical Italiano y considerada impulsora de la legalización del aborto en Italia (1978). Finalizó diciendo: "las mujeres podrán abortar con una pastilla, y yo viviré para verlo". Francia aprobó el uso de la RU-486 el 23 de septiembre de 1988 y nos enviamos sendas felicitaciones. Falleció en febrero de 2007.

En abril de 1997, el laboratorio que comercializaba la RU-486 cedió gratuitamente todos los derechos al Dr. Sakzi que montó una sociedad sin ánimo de lucro. El Dr. Carbonell y yo montamos un laboratorio, SAFEDIFARM, para presionar su autorización por el Ministerio y garantizar su distribución. En julio de 1997 presentamos en París nuestras credenciales. No fuimos los elegidos. España autorizó la RU-486, solo para distribución hospitalaria, el 7 de febrero de 2000.

Los avances científicos no pueden ser excusa para evitar el cumplimiento de las obligaciones legales que los poderes públicos tienen de garantizar los derechos sexuales y reproductivos, sino más bien al contrario, deben servir para mejorar cualitativamente el acceso a la prestación de esos derechos, en concreto de la IVE, desde la libertad, la seguridad y sobretodo el bienestar de las mujeres.





# CÓMO DISMINUIR LA BRECHA DE GÉNERO en Las pensiones públicas



**Olga Fernández Quiroga**  
Psicóloga clínica

Vivir en una sociedad patriarcal desde hace milenios, quiere decir que las relaciones entre la humanidad se producen dentro de este patrón y por lo tanto afectan todos los ámbitos de la vida, incluida la muerte. La afectación es perjudicial y muy a menudo, mortal para las mujeres.

Utilizamos el concepto, "brecha de género", con estas definiciones en la Real Academia Española (RAE)<sup>1</sup>. Intenta explicar cómo es esa afectación en un determinado ámbito, así que podemos analizar desde el 10% del impuesto del IVA para las compresas y tampones, en vez del 4% hasta el tema que quiero tratar hoy: las jubilaciones, el acceso a las pensiones públicas y cómo afecta a las mujeres.

Estamos en un momento de recorte/privatización de las ya disminuidas pensiones públicas, introduciendo el sagrado "factor mercado", o sea su mercantilización.

¿El resultado? Las personas, cuando se jubilen, cobrarán menos y podrán vivir peor en una época de la vida, la vejez, en la que necesitan vivir lo mejor posible, porque ya vamos viviendo con algunos remiendos.

**Las mujeres muchísimo peor.** O con pensiones contributivas de miseria, o bien, a la hora de jubilarse, **su condición de mujer impide alcanzar los años de cotización para acceder a una pensión.** Y sí, nos pasa esto por ser mujeres: hemos tenido que pedir excedencias, que no cotizan, para cuidar de los hijos, de progenitores y familiares, realizar jornadas reducidas, tenemos períodos sin cotización que rebajan el importe de la pensión final...malas situaciones a la hora de contar los años de cotización.

Quiero que este escrito sea de **propuestas concretas**, con la característica de que se pueden legislar e implementar ahora mismo, si la voluntad política lo decide. No son ninguna panacea ni solucionan el problema, pero sirven para mejorar un poco. Algunas deberían estar funcionando ya. También es una manera de **reconocer, reducir y redistribuir** el trabajo de **los cuidados no remunerados**. La sociedad se lo debe a las mujeres.

No son propuestas nuevas. Una, ya cuenta con sentencias firmes y el acuerdo de todos los grupos políticos, pero aún así, se va dilatando en el tiempo y van perjudicando a muchas mujeres que ya no podrán aprovecharlas.

En las recomendaciones de la XIV Comisión del Pacto de Toledo,<sup>2</sup> para modificar el sistema de pensiones públicas, sólo hay una mención a las mujeres y es para referirse a ellas como cuidadoras<sup>3</sup> y de manera genérica, o sea, nada Esos cuidados que

asumen las mujeres sin cobrar, para que la sociedad funcione, son muy desproporcionados y cuando llega la edad de jubilarse el impacto es brutal y desolador.

Vamos con las propuestas, ordenadas por su facilidad de implementación.

## 1. POR EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

**PROPUESTA:** Que el tiempo empleado **POR LAS MUJERES**, en realizar el servicio social **OBLIGATORIO** sea considerado como tiempo computable en la vida laboral, tal cual ocurre con el servicio militar de los hombres. **UN AÑO.** Que se aplique por defecto.

Es la propuesta más fácil de aplicar. Hay sentencias judiciales y casi **TODOS** los grupos políticos la apoyan (aunque con matices importantes), así que no debería haber motivo alguno por el que el **actual gobierno de coalición PSOE/PODEMOS**, lo retrase un minuto más.

Esta historia viene del año 2011 con la Ley 27/2011 de 1 de agosto del Gobierno socialista del Presidente Zapatero que contemplaba el cómputo del **periodo de servicio militar como cotizado** a efectos del cálculo de la pensión de jubilación. La Seguridad Social reconoce el **cómputo de como máximo 1 año en el caso de las jubilaciones anticipadas** para el cumplimiento de la denominada "carencia especial" de estas modalidades de jubilación (30, 33 o 35 años según la ley y modalidad de jubilación). Sirve para que, si por ejemplo, nos falta un año para alcanzar el periodo reglamentario para poder jubilarse, este año se puede añadir con el servicio militar.

¿Por qué no para las mujeres, que también realizaban su servicio social obligatorio?

Hay dos sentencias: Una del **Tribunal Superior de Justicia de Extremadura**, en septiembre de 2014, equiparándolo a la mili masculina y otra del año 2016 del **Tribunal Superior del País Vasco** que se basó en la primera para dictar la suya sobre un caso similar. Las dos diciendo que sería discriminatorio no realizar esta equiparación por razón de sexo.<sup>4</sup>

En el año 2018, el Grupo parlamentario del PSOE registra una proposición no de Ley que insta al Gobierno a que este servicio "social" de las mujeres, similar al servicio militar o al que debían realizar los objetores de conciencia (Prestación Social Sustitutiva) cuente para cobrar la jubilación anticipada.<sup>5</sup>

En Febrero de 2018, el Congreso, por unanimidad, apoya que el servicio social femenino compute como periodo cotizado. Aquí, un párrafo del Diario de sesiones del Congreso de los Diputados.<sup>6</sup> *“En segundo lugar, la proposición no de ley relativa a la consideración como cotizado del periodo de cumplimiento del servicio social femenino. Presentada por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos con la incorporación de la enmienda aceptada del Grupo Parlamentario Popular. Efectuada la votación, dijo el señor PRESIDENTE: Queda aprobada por unanimidad.”*

En febrero de 2020, crea jurisprudencia, la Resolución de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo<sup>7</sup>  
Uno de los párrafos de la sentencia:

*“En este sentido, la aplicación de la perspectiva de género como método jurídico de análisis requiere constatar la existencia de una relación desequilibrada de poder, se ha de identificar a la persona que se encuentra en situación de desigualdad por razón de género y valorar la posible adopción de medidas especiales de protección”.*

Pregunta del millón ¿Por qué no se aplica ya? Todos los Gobiernos desde el año 2011 han ido incumpliendo y retrasando que se cumpliera la Ley y se reconocieran los periodos como tiempo trabajado también para la jubilación ordinaria. En lo que respecta a las mujeres, todo sigue pendiente.

## 2. POR LOS CUIDADOS (HIJOS/AS, FAMILIARES)

**PROPUESTA:** Cuando la mujer hubiera pedido excedencia por CUIDADO DE HIJOS Y/O FAMILIARES y no pudo cotizar por todo el tiempo reglamentario. Que el período de tiempo solicitado por excedencia por cuidado de hijos y/o familiares, sea considerado como tiempo computable en la vida laboral, al menos TRES AÑOS.

En las primeras leyes, los permisos para el cuidado de hijos/as/familiares, cotizaban únicamente un año de los tres años que podían pedirse. Ese periodo debería considerarse como cotizado. A efectos de la Seguridad Social, sería como asimilado al alta. La Seguridad Social solo computa, por defecto, 9 meses por hijo.<sup>8</sup> A día de hoy, para las mujeres que trabajan, la Seguridad Social considera:

*“Los períodos de hasta tres años de excedencia por cuidado de hijo o menor, tendrán la consideración de periodo de cotización efectiva a efectos de las correspondientes prestaciones de la Seguridad Social por jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia, maternidad y paternidad”*

Las mujeres asumen la mayor parte de las excedencias para el cuidado de hijos, un 92,3% y también de otros familiares, un 83,6%, con un perjuicio evidente en sus cotizaciones y en sus futuras pensiones, así que es de justicia que para todas aquellas que se jubilan ahora y en su día no pudieron tener acceso a estos tres años o las que sólo pudieron computar 1 año, esos 9 meses puedan acercarse a los tres años que hoy sí reconoce la ley, aunque solo lo hace para hijos/as y no para familiares.

## 3. POR REPARTIRSE EL EXCESO DE COTIZACION

**PROPUESTA:** Que una pareja pueda COMPARTIR las cotizaciones a la Seguridad Social en el caso de que la mujer lo necesite para cobrar o mejorar su pensión.

¿Por qué una pareja no puede repartirse las cotizaciones a la Seguridad Social en el caso de que la mujer lo necesite para cobrar o mejorar su pensión?

Hay muchísimas mujeres que no alcanzan los años de cotización necesarios para jubilarse, así que este reparto de cotizaciones podría solucionarlo.

La vicesecretaria general del sindicato UGT, Cristina Antoñanzas presentaba esta propuesta en el año 2019.<sup>9</sup>

Las mujeres pensionistas del Régimen General cobran una media de un 34,6% menos que los hombres y este porcentaje es muy superior al existente en la brecha salarial, que es de un 23%.

## 4. ELEGIR EL PERIODO DE COTIZACIÓN MAS FAVORABLE

**PROPUESTA:** poder elegir la etapa de cotización que resulte más conveniente para valorar la pensión.

Quizás ésta sea la propuesta que tenga menos incidencia en las mujeres. Tal y como están las cosas ahora y si el Gobierno sigue adelante con sus planes de devastar el sistema de pensiones públicas, intentará aumentar los años para el cálculo de la pensión como opción para devaluarla (en estos momentos, ya se ha alargado hasta los últimos 25 años), con lo cuál puede que se intente establecer esta norma para todos los pensionistas y no será necesario que sea una condición específica para las mujeres. Sea como sea, será mucho más perjudicial para las mujeres.

1 <https://dle.rae.es/brecha?m=form>

2 <https://www.publico.es/economia/igualdad-organizaciones-feministas-denuncian-20-21-recomendaciones-pacto-toledo-dan-espalda-mujeres.html>

3 <https://ecriteriumes.wordpress.com/2017/06/20/la-salud-mental-de-las-mujeres-cuidadoras-quien-cuida-a-las-cuidadoras/>

4 [https://www.eldiario.es/economia/pasaste-servicio-seccion-femenina-periodo\\_1\\_1162792.html](https://www.eldiario.es/economia/pasaste-servicio-seccion-femenina-periodo_1_1162792.html)

5 <https://www.publico.es/politica/mili-femenina-psoe-pide-antiguo-servicio-social-femenino-compute-jubilacion.html>

6 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/DS/CO/DSCD-12-CO-442.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/DS/CO/DSCD-12-CO-442.PDF)

7 [https://www.boe.es/publicaciones/anuarios\\_derecho/articulo.php?lang=gl&id=ANU-L-2020-0000000085](https://www.boe.es/publicaciones/anuarios_derecho/articulo.php?lang=gl&id=ANU-L-2020-0000000085)

8 <https://www.lainformacion.com/economia-negocios-y-finanzas/pension-jubilacion-cuidar-hijos-seguridad-social/2809318/>

9 <https://tribunafeminista.elplural.com/2019/12/ugt-propone-repartir-las-cotizaciones-entre-conyuges-cuando-la-mujer-lo-necesite-para-su-pension/>



# MYS NÚM. 50 Nuestros cuerpos, nuestras vidas, ¡hoy!



**Carme Valls Llobet**  
Endocrinóloga

## DE LA INVISIBILIDAD DE LAS MUJERES EN LA MEDICINA, A LA CIENCIA DE LA DIFERENCIA Y LA DESIGUALDAD

Nos hemos enfrentado a la mayor pandemia que ha sufrido la humanidad de forma global, y a pesar, de las muertes y el sufrimiento que hemos vivido de cerca o de lejos, no hemos dejado de estar atentas a los múltiples condicionantes de la salud de las mujeres. A los biopsicosociales y el efecto nocivo de las condiciones de trabajo discriminatorias, y la doble jornada y la doble presencia, se nos han sumado en los últimos años los condicionantes medio ambientales de la salud y ahora por último los efectos devastadores de un virus, que está dejando secuelas persistentes de forma más frecuente entre las mujeres.

Hemos llegado al número 50 de la revista Mujeres y Salud, con la hábil y siempre creativa dirección de Leonor Taboada, y gracias al trabajo voluntario y esforzado del equipo de dirección y de las centenares de profesionales, que han colaborado en las más de 25.000 páginas escritas.

En el Congreso de Mujer y Calidad de Vida del año 1990, constatamos que aunque las mujeres tenían mayor esperanza de vida que los hombres, los años vividos de más se acompañaban de baja calidad de vida. También en este Congreso presenté el primer informe sobre Morbilidad Diferencial, y la constatación de la invisibilidad de las mujeres en la mayoría

de trabajos de investigación. Los años siguientes fueron de gran creatividad en el terreno de la visibilidad de la salud de las mujeres, con la cardióloga Bernardine Healy dirigiendo el NIH (Centro nacional de Investigación en salud de Estados Unidos), incluyendo la norma de que no se proporcionaría dinero público para investigar "si los trabajos no incluían mujeres, y hombres y minorías étnicas. Los trabajos del grupo de Boston, con el éxito de Nuestros cuerpos, y nuestras vidas, los de otras investigadoras como Karen Messing en Canadá con el estudio de la ergonomía laboral diferencial, los de Kaissa Kaupinnen en Finlandia estudiando las consecuencias en la salud del acoso sexual en el trabajo, y los de Jeryllinn Prior en Vancouver, sobre el desconocido papel de la progesterona en la mejoría de los trastornos de la menstruación, demostraron que gracias al esfuerzo de diversos grupos pioneros, una ciencia estaba emergiendo sobre las diferencias en enfermar entre mujeres y hombres.

Los trabajos de todos estos grupos confluyeron en el Congreso Internacional de Mujeres, Trabajo y Salud de 1996, en Barcelona, con la participación de 53 países y entre cuyas conclusiones, cabe señalar la necesidad de introducir la formación sobre la salud de las mujeres en las ciencias de la salud y la necesidad de hacer llegar a la mayoría de las mujeres y a las profesionales de salud el máximo de información posible, sobre las diferencias y desigualdades en salud. Y es en este momento cuando confluyeron las necesidades y las iniciativas y se gestó el primer número de la revista Mujeres y Salud hasta la culminación del número 50 que celebramos en esta publicación.

Vamos descubriendo año tras año que son muchos los trabajos de investigación que ya se están realizando que empiezan a dejar sólidamente pavimentado el camino hacia la construcción de la ciencia de la diferencia y de la desigualdad. Emergen hace 5 años los trabajos de Londa Schiebinger, agrupando desde la Universidad de Stanford todo tipo de investigaciones sobre las diferencias en todo tipo de ciencias. Y emerge la necesidad de que el trabajo de investigación diferencial pueda ser aplicado en la labor asistencial diaria.

Nuevas políticas públicas se inician en 2009, la Health Canada's Health Portfolio Sex and Gender- Based Analysis Policy, por ejemplo, estimuló que las nuevas guías de práctica clínica incluyan las diferencias de sexo y género. Por ello la primera revisión sistemática sobre las consideraciones sobre sexo y género en las guías de práctica clínica de Canadá se realizó entre las guías publicadas entre enero de 2013 hasta junio de 2015 para dar cuatro años de tiempo desde que se implantó la política de incluir el sexo y género en las



guías. La investigadora Ciara Tannenbaum, señala que la gran dificultad para conseguir Guías de práctica clínica diferenciadas por sexo es

que faltan muchos trabajos básicos, que correlacionen carencias biológicas, o condiciones de trabajo concretas con consecuencias de enfermedad. Sin estas investigaciones básicas no se pueden construir protocolos o guías de atención sanitaria basadas en la evidencia, porque no hay evidencias nuevas, o aspectos específicos de la vida de las mujeres no se estudian. Por lo tanto, continúa la invisibilidad, pero de forma más sutil. Estudios sobre la menstruación y sus trastornos que tuvieron auge de los años 2000 a 2003, ya casi no se publican o estudios sobre las diferencias en el dolor crónico enfermedades autoinmunes, no tienen en cuenta diferencias. La investigación depende de la financiación si un esfuerzo desde la investigación pública no lo corrige. Como veréis a lo largo de este dossier los altibajos se han dado en muchos campos, y todavía hacen falta muchos más esfuerzos específicos para que las ciencias de la salud incorporen el estudio sistemático de las diferencias y desigualdades, en todas las asignaturas troncales.

Sólo mejorando la formación de nuestros profesionales de la salud, podremos mejorar la asistencia sanitaria y la detección específica de los problemas de salud de las mujeres. Un reto en el que deberán implicarse nuevas generaciones, que continúen investigando, atendiendo y acompañando a las pacientes, sin etiquetarlas de enfermas mentales en primera consulta. A pesar de que las mismas profesionales puedan ser agredidas por hacerlo así.



servatorio de Salud de la mujer,<sup>8</sup> con la aprobación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.<sup>9</sup>

Estamos realizando los diagnósticos de violencia de género y/o doméstica en los Centros de Salud. Y tenemos la obligación de realizar, en colaboración con la Trabajadora Social del centro de Salud, o de la comunidad, y los y las profesionales sanitarios, un plan de actuación con la mujer a quien le hemos detectado las lesiones por violencia (física, psíquica y/o sexual).

Se han abierto las puertas de los Centros de Salud del sistema sanitario para atender a las mujeres maltratadas, violentadas, agredidas sexualmente, que sufren violencia económica, política, secuelas de maltrato... Mujeres supervivientes de la violencia, ya que las asesinadas no pueden acudir a ningún lugar. Mujeres violentadas con secuelas de la violencia que tardan una media de 7 años en diagnosticarse. Sabemos que, además de este retraso diagnóstico, existe un tiempo necesario para la recuperación de la mujer y su inserción en la sociedad y por ello, desde el sistema sanitario, se aborda como un problema crónico de salud.

Es importante destacar que en Atención Primaria y Urgencias se ha iniciado la detección precoz de la violencia de género y/o doméstica. Incluso con la pandemia de la COVID 19 se ha seguido detectando la violencia, aunque en menor cuantía.

En los primeros números de MyS se iniciaba la **reflexión común de que el embarazo y el parto** no eran enfermedades si no situaciones de la vida de las mujeres que había que abordar desde el ámbito sanitario. Esto ya estaba muy claro en el Congreso de Mujer, Salud y Calidad de vida (CAPS 1990). Y cuando creamos el Observatorio de Salud de la mujer (OSM), sí, tuve la gran suerte de ser elegida por Concha Colomer para acompañarla en el diseño del OSM.

La primera estrategia que surgió del OSM fue la estrategia del Parto Normal<sup>10</sup>. Hubo que consensuar con la SEGO, la asociación de matronas de España, La asociación el Parto es nuestro y otras. En la Comunidad Valenciana se implementa el **Programa de Seguimiento del Embarazo, Parto y puerperio** y el **Programa de Educación para la Paternidad y Maternidad responsables**.<sup>11</sup>

Ambos programas son el resultado de la actualización de los grupos Educación para la salud como Alfabetización sanitaria.<sup>12</sup> Y con estos se han empoderado las mujeres, acompañadas por las matronas, en las características del parto no vivido como enfermedad, información sobre el embarazo y parto que reduce la desigualdad, y facilita el acceso al sistema de salud como espacio promotor de salud. Todo ello teniendo en cuenta las características de la horizontalidad en la formación. Matronación, grupos de apoyo mutuo, Plan de parto, Piel con piel, moxibustión, grupos y asociaciones de lactancia natural, anestesia epidural, cesárea amigable, ...todo esto era impen-



sable en el número uno de MyS. Se ha creado nueva terminología para atender a las futuras madres y esto representa un cambio en la cultura sanitaria, interiorizada como propia por las participantes, y que han realizado fundamentalmente las mujeres con las matronas.

¿Hubiera sido posible en el año 1997, cuando se publica el número 1 de MyS que Carme Valls estuviera realizando cursos on line sobre morbilidad diferencial en nuestra comunidad Autónoma?

¿Hubiera sido posible si no hubieran pasado 20 años, una pandemia COVID 19<sup>13</sup> y la digitalización "obligada" camino de la nueva normalidad?

Sí, hemos podido coordinar, junto con Maria Gil Tomás, el apoyo de la Dra. Rosa Marin y la representante de la Unidad de Igualdad de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública Palmira Muñoz<sup>14</sup>, la primera edición del curso para personal socio-sanitario de **Introducción a la Morbilidad Diferencial**. Y ¡qué maravilla! Tenemos por delante el reto de informar a las jóvenes en salud sexual con el cuaderno que acabamos de publicar, la actualización del cuaderno de autoconocimiento que Leonor Taboada hizo en los 80'.

1. (INE [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177004&menu=ultiDatos&dp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177004&menu=ultiDatos&dp=1254735573002)).
2. (<http://isonomia.uji.es/coleccion-2468/>)
3. M Teresa Ruiz Cantero y petición para desagregar por sexo información de COVID19 [https://www.change.org/p/ministerio-de-sanidad-prioricen-la-salud-de-las-mujeres-todos-los-datos-de-la-covid19-diferenciados-por-sexo-ya?use\\_\\_react=false](https://www.change.org/p/ministerio-de-sanidad-prioricen-la-salud-de-las-mujeres-todos-los-datos-de-la-covid19-diferenciados-por-sexo-ya?use__react=false))
4. Maria del Mar Garcia Calvente, <https://www.easp.es/ma-del-margar-garcia-calvente-hay-que-formar-al-cuidador-para-que-no-sienta-culpa-si-deja-de-serlo/>
5. <https://eurogender.eige.europa.eu/>
6. Maria Angeles Duran 2002, ([https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2018/04/DE\\_2002\\_Costes\\_invisibles\\_enfermedad\\_Duran\\_web.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2018/04/DE_2002_Costes_invisibles_enfermedad_Duran_web.pdf))
7. Rosa Garcia Ruiz, Tendresa i equitat en els processos de cura, 2017 <http://www.iudesp.uji.es/SedeUJI/rosa-garcia-ruiz-tendresa-i-equitat-en-els-processos-de-cura/>
8. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/home.htm>
9. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/home.htm>
10. [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
11. Estrategia para la atención al Parto Normal en la Comunidad Valenciana [http://www.begv.gva.es/san2/tlpsan\\_frame.html?URL=http://www.begv.gva.es/OPACSAN2CGI/BASIS/TSAN/WWWFE/CAT/DDW?W%3DKEYWORDS+PH+WORDS+%22Estrategia+para+la+atenci%F3n+del+parto%22%26M%3D1%26K%3D7250%26R%3DY%26U%3D1](http://www.begv.gva.es/san2/tlpsan_frame.html?URL=http://www.begv.gva.es/OPACSAN2CGI/BASIS/TSAN/WWWFE/CAT/DDW?W%3DKEYWORDS+PH+WORDS+%22Estrategia+para+la+atenci%F3n+del+parto%22%26M%3D1%26K%3D7250%26R%3DY%26U%3D1)
12. Antonovsky, [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112018000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000100003)
13. Síndemia, <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/sindemia-coronavirus-pandemia-significado--8888>
14. [http://www.lafe.san.gva.es/image/image\\_gallery?uuid=984f785f-](http://www.lafe.san.gva.es/image/image_gallery?uuid=984f785f-)



**Mar Rodríguez Gimena**  
Médica de familia

## DE LO PERSONAL A LO POLÍTICO: AVANCES Y RETOS EN TORNO A LA SALUD DE LAS MUJERES DESDE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

### 1.- LOS INICIOS: RECOGER LO PLANTADO DURANTE LA CARRERA Y LA ESPECIALIDAD. MIS 10 PRIMEROS AÑOS.

Terminé la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en el año 1997.

Creo que mi área de conocimiento ha evolucionado en función de mi propia evolución. Me explico.

A mi mente de funcionamiento arborescente le van llegando estímulos, el campo de la medicina de familia es muy amplio. Esos estímulos, a veces, han venido de la necesidad de formarme más en algún campo en el que mis conocimientos no eran todo lo suficientes que yo pensaba que debían ser. Otras veces, me han llevado a estudiar más después de los fracasos que veía que se producían con la manera de hacer medicina que me habían enseñado. En muchas ocasiones, ha sido mi propio activismo, en el que he ido creciendo en paralelo con mis conocimientos para intentar acompañar, curar, paliar o consolar a las personas a las que atendía. Iré haciendo un recorrido sobre cómo me he ido enfrentando a los retos que me ponía la atención en el día a día con algunos análisis y sugerencias.

#### 1.1: La red de mujeres sanitarias y la morbilidad diferencial.

Me encontré con la red de mujeres sanitarias casi por casualidad. Conocí a Carme Valls cuando me pidieron mi participación en el Programa de la Mujer del Área 9 de Madrid en el 98. Y claro, conocer a Carme y no estudiar es... ¡¡¡imposible!!! Y ahí mi conocimiento sobre morbilidad diferencial tuvo un crecimiento exponencial. Si soy honrada, creo que ese despegue no se corresponde con la evolución general de la medicina familiar en este tema. A día de hoy la mayoría de los y las residentes de las que vienen a rotar al servicio en el que trabajo actualmente, el Servicio de Atención Rural de Buitrago del Lozoya, sigue sin conocer este tema. Hago una estadística básica: de unos 40 residentes que vienen cada año de tres áreas docentes, en 3 ocasiones me han contestado afirmativamente a la pregunta: ¿has estudiado algo sobre sesgos de género en salud o conoces algo sobre morbilidad diferencial? Un motivo para la esperanza es que la investigación en este tema se ha multiplicado. Han pasado algo más de 25 años desde que en 1993 Nancy Krieger, profesora de epidemiología social de Harvard, señalara cómo afectan las desigualdades de género a la



Salud, hasta que en febrero de 2019 la revista Lancet publicó un monográfico muy recomendable sobre el avance de las mujeres en la ciencia, la medicina.<sup>1,2</sup>

Además, las generaciones más jóvenes de médicas y médicos empujaban fuerte: la morbilidad diferencial fue uno de los temas del II congreso de la cabecera del año 2018.

Pertenecer a la red de mujeres sanitarias y crecer con ella me ha permitido tener una muy buena formación para atender en la consulta a las mujeres desde la perspectiva feminista. Esta práctica desde la perspectiva feminista no está exenta de obstáculos, incluso a día de hoy, 23 años después.

Desde luego hemos avanzado. En el 1998 en mi área de salud no se podía pedir con facilidad una ferritina y una TSH. Ahora eso está superado. Los obstáculos vienen cuando intentas hacer una aproximación a la salud de las mujeres más radical y revolucionaria, que de verdad intente poner en el centro a las personas, sus maneras de ver sus procesos de salud y enfermedad, que respete las decisiones que cada una toma y que permita el empoderamiento huyendo del paternalismo aprendido en la facultad de medicina. Ahí las cosas se complican. Pongo un ejemplo: el abordaje de las diferencias biológicas en la perspectiva de la morbilidad diferencial se "compra" mejor por parte de las gerencias que la crítica a la vacunación masiva contra el HPV y la difusión de información a padres y madres para que puedan decidir qué hacer. Otro ejemplo: es más digerible por parte de la institución hacer la formación desde la perspectiva de género (todavía decir perspectiva feminista en Madrid te cerraría muchas puertas) del impacto en la salud de las mujeres de la violencia machista, que cuestionar la obligatoriedad de la denuncia en nuestros protocolos de actuación.

#### 1.2: La violencia contra las mujeres.

Ahí parece que mi baile personal y el institucional han podido acompasarse más. Desde mi activismo feminista en este tema paladeo sabores agri dulces. Tuve la gran suerte de conocer a Marisa Pires y Luisa las Heras y muchas otras compañeras más del servicio de Promoción de salud de las mujeres de la Comunidad de Madrid, en torno al año 2000. Mi contacto con estas mujeres me impulsó, de nuevo, a es-



tudiar. Gracias a su generosidad tuve la oportunidad de participar en Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Y en el diseño de la estrategia de formación a profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid y en la posterior formación. En el tema de la violencia, el sistema sani-

tario ha hecho muchos avances. Queda mucho camino por recorrer y en algunas comunidades autónomas, entre ellas la madrileña, se está retrocediendo. Pero por lo general podemos decir que 20 años después se está investigando cada vez más y la atención primaria considera detectar, valorar e intervenir en la violencia de pareja y en otras violencias como una de sus funciones. En la formación se la considera una línea estratégica importante.

### 1.3: La promoción de la salud y la participación comunitaria.

Mis inquietudes sobre el papel de la medicina familiar y comunitaria en la implicación con la educación para la salud y la participación comunitaria me llevó a necesitar formarme desde los inicios de mi práctica profesional. En la residencia participamos en tres talleres de 20 horas.

Así las cosas en el año 2001 tuve la suerte de hacer el último curso sobre Promoción y Educación para la Salud impartido en el CUSP (Centro Universitario de Salud Pública). Esta formación me ha permitido poder afrontar con solvencia e ilusión los proyectos en los que poder compartir con la llamada comunidad. En este tema se mezclan, de nuevo, el activismo con el papel que me otorga la institución. El activismo me empuja a decir sí a toda aquella demanda en la que me considero competente y que llega al Centro de Salud desde el Instituto, Colegio, Aula de educación de personas adultas, etc. La institución no solo no reconoce los esfuerzos que supone a nivel de preparación sino que no lo valora.

A día de hoy los y las residentes participan en tres talleres formativos en EpS (Educación para la Salud) de 10 horas, o de 20 horas en el mejor de los casos. Claramente insuficiente, máxime si tenemos en cuenta que actualmente la residencia dura cuatro años. Una anécdota: al explicar a un residente cómo se registraba en el programa de EpS (Educación para la salud) me señaló: "ya no se dice EPS, se dice ITS" (refiriéndose a las Enfermedades frente a Infecciones de Transmisión Sexual). Le quedaban dos meses para acabar su cuarto año de residencia.

Estamos en franco retroceso en la Atención Primaria en Madrid en este tema de la Promoción de la salud y la participación comunitaria. La Promoción y Educación para la salud se están convirtiendo, en la mayoría de los centros de salud,

en una tarea residual y para la que médicas y médicos están poco motivados y poco formados. De los datos de registro de Educación para la salud del 2019 de la Dirección Asistencial Norte a la que pertenecen 35 Centros de salud y que cubre una población de unas 700.000 personas rescato estos: 43.000 personas atendidas. 39.000 mujeres, 4.000 hombres. EpS: 1038 grupos, 76% en Centro de Salud, 14% centros educativos. Intervenciones comunitarias 350. 92% puntuales. Personal sanitario participante: 53 Medicina Familiar. Para reflexionar.

### 1.4: La Sensibilidad Química Múltiple.

#### La colaboración mano a mano con las asociaciones de afectadas.

Y llegó el impacto en mi vida de la Sensibilidad Química Múltiple. De nuevo de la mano de Carme Valls conocí esta enfermedad. Para mí fue un shock. Pensé que podría relajarme algo en el estudio, pero no fue así. La explosión de artículos que tuve que leer fue como una bomba atómica. De nuevo un curso de la red, empezar a escuchar y atender a las mujeres (casi todas las personas afectadas que he acompañado son mujeres) empezar a peritar juicios de incapacidad. Sin el apoyo de Carme habría tirado la toalla. En este tema de salud medioambiental el recorrido de las administraciones públicas sanitarias ha sido irregular en los últimos 20 años. En la primera década del siglo XXI en el territorio español se pasaba de puntillas. Gracias a la presión de las asociaciones de afectadas y de un par de decenas de profesionales sanitarios muy motivadas, en el año 2011 el Observatorio de Salud de las Mujeres, con Concha Colomer al frente, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, impulsó la redacción de un documento de consenso sobre sensibilidad química múltiple. Desde ese primer documento hasta ahora ha habido altibajos. En la Comunidad de Madrid se impartieron un total de 3 cursos básicos entre 2015 y 2017 dirigidos a médicos y médicas de Atención Primaria. No se ha conseguido establecer un protocolo de atención a las personas enfermas con SQM en la Comunidad de Madrid, pero en otras Comunidades, como Asturias, sí se ha hecho. En la Comunidad de Madrid se ha aprobado el protocolo de Sensibilidad Química Múltiple en las unidades de urgencias hospitalaria en Marzo de 2018. Actualmente se está impulsando el protocolo en Atención Primaria en la Comunidad de Murcia. Queda mucho camino por recorrer para que los y las profesionales sanitarios conozcan este complejo tema de salud y sepan cómo diagnosticarlo y acompañar a las personas que lo padecen. Pero en estos caminos, a veces tan difíciles, hay pequeñas victorias. Por ejemplo, en Junio de 2021 el INSS ha retirado la Guía de actualización de Valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad (2ª edición), una guía muy polémica y que estigmatizaba a estas pacientes.

## 1.5: Las medicinas complementarias: homeopatía en el sistema público.

Y para terminar este primer análisis de mi evolución en mi primera etapa como médica de familia, entré en un mundo del que ahora es tabú hablar: las medicinas complementarias. Mi evolución de nuevo conjuga activismo y conocimiento científico

A nivel de herramientas terapéuticas, lo aprendido durante la carrera y la especialidad no me permitía abordar múltiples patologías con el éxito que yo esperaba. Y llegó a mi vida la homeopatía. Tras ver la excelente evolución de un paciente con tratamiento homeopático, un niño de 3 años con asma corticodependiente y varios ingresos en UCI, no me quedó más remedio que... estudiar. La generosidad de Chus García Rodríguez y su amor por la homeopatía me dieron la oportunidad de rotar con ella en su consulta privada. Su incesante capacidad de estudio y de escucha me pusieron contra las cuerdas de nuevo: tuve que formarme. De 2002 a 2004 hice el Máster en Medicina Homeopática de la Universidad Autónoma de Barcelona impartido por la Academia Médico Homeopática de Barcelona y esta formación me ha posibilitado la oportunidad de aprender mucho de esta hermosa terapéutica. Mi área de conocimiento como médica de familia que combina todos los tratamientos que conozco, incluida la homeopatía, en la sanidad pública está creciendo gracias a la formación que hago y a la experiencia que voy adquiriendo. Por desgracia en este tema el retroceso es más que evidente y no me voy a entretener ya que no es objeto de esta contribución al 50 MyS. Solo quiero recordar que en el año 2011 en la Unidad Docente Centro de Madrid tuve la oportunidad de dar una sesión sobre evidencia científica y homeopatía a la que asistieron casi 40 residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. A día de hoy me imagino impensable una sesión así. La campaña de desprestigio de las medicinas complementarias en general y de la homeopatía en particular ha calado entre los y las médicas y está privando a muchos pacientes de la posibilidad de poder tratarse, bien de forma exclusiva, bien complementando terapias, por médicos y médicas bien formadas. Lo que en otros países europeos es una realidad<sup>1</sup> en el territorio español parece ciencia ficción.

## 2.- A LOS 10 AÑOS...

### 2.1: Ecografías

La Medicina ha seguido avanzando y en la vida de los y las médicas de familia aparecieron algunas herramientas que nos han facilitado el diagnóstico de algunas patologías y han aumentado nuestra capacidad resolutoria. Me refiero a la realización de ecografías en Atención Primaria. La Comunidad de Madrid inició en el 2010 el "Plan de Implantación de la Ecografía en Atención Primaria". Se ha defendido por parte de las sociedades científicas la idoneidad del nivel de Atención Primaria para la utilización de esta disciplina.<sup>2</sup>

Asumir este reto ha supuesto que muchas médicas y médicos de familia nos hayamos tenido que formar en esta modalidad diagnóstica nueva. Los y las residentes no reciben de manera reglada esta formación durante su especialidad.

### 2.2: La escucha. Y el síndrome de malestar de las mujeres.

No debemos perder de vista que mucho de lo que sabemos y aprendemos lo sabemos por la escucha, como dijo Karl Roger. Y desde esa escucha empática y activa aprendimos a desvelar qué estaba pasando con el malestar de las mujeres.

Nuestra maestra Sara Velasco, en 2005 publica en nuestra revista Mujeres y Salud<sup>1</sup> "Síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria". Posteriormente en los años 2008 y 2009 publica "Atención Biopsicosocial al malestar de las mujeres: Intervención en Atención primaria<sup>3</sup> y Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género"<sup>3</sup> documentos que nos sirven como brújula para poder seguir el mapa de la asistencia desde el enfoque feminista. Nos hizo una propuesta de intervención en nuestras consultas que creo que no ha sido mayoritariamente aprovechada en la Comunidad de Madrid y que ha sido una gran desconocida. La experiencia de 2003 a 2006 en la Comunidad de Murcia de la formación y posterior implementación de este método de atención que integró la naturaleza biopsicosocial y de género de los malestares, que se apoyó en la teoría biopsicosocial de la salud, con la incorporación de teoría de la subjetividad, y género no se reprodujo en Madrid. La evaluación la podréis encontrar en esta cita.<sup>3</sup>

Mi sensación es que hay mucho trabajo hecho que se pierde de una generación de médicas y médicos a otra. No digo que todo esté inventado, pero recuperar estas propuestas de trabajo nos ayudaría a ir avanzando sin tanto obstáculo en la atención biopsicosocial feminista.

## 3.- LA MADUREZ PROFESIONAL. 20 AÑOS (Y MÁS) NO SON NADA. ALGUNOS RETOS PARA EL FUTURO

La verdad, no soy muy optimista respecto al futuro de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. Los gobiernos sucesivos del PP de los últimos 26 años y su reducción en la inversión en Atención Primaria han puesta a esta al borde del colapso.

Muchos médicos y médicas de familia que terminan su especialidad en Familia no quieren trabajar en las condiciones de precariedad que les ofrecen. Según datos de UGT en la Comunidad de Madrid faltan cerca de 600 médicos y médicas de familia. Las ratios de tarjetas asignadas en Madrid rondan las 1.600 un 12,7% superior al conjunto del Sistema Nacional de Salud. De hecho, este año 2021 la ciudadanía y profesionales madrileños se enfrentan a un verano con el cierre de 37 servicios de urgencias de Atención Primaria y al posible cierre de 41 centros de Atención Primaria de los 49 que hay en el área centro de la capital. Además, de aquí a 10 años se jubila el 50% de los médicos y médicas de Madrid, según fuentes de

Amyts, y no va a haber suficientes profesionales porque la tasa de reposición está por detrás de las necesidades futuras.

Visto así el panorama, pensar en tener 10 minutos por paciente en los próximos años, ofrecer una atención de calidad, basada en la evidencia, con enfoque feminista, que ponga a las personas que nos consultan en el centro y que cuide de los y las profesionales que atendemos en los centros de salud me parece una utopía casi irrealizable; introducir las medicinas complementarias en los centros de salud mucho más que una utopía y volver a trabajar en equipo, sin divisiones entre estamentos, un sueño casi irrealizable.

Los ánimos están altos en mucha gente, a veces flaquean, a veces nos sube la rabia y se nos va la fuerza por la boca. No somos un colectivo especialmente bien organizado y para defendernos de estos ataques a la sanidad pública y mejorar su calidad incorporando otras perspectivas hace falta mucha lucha. No obstante, mi corazón dice que hay motivo para la esperan-

za, que no todo está perdido, que las redes tejen estructuras sólidas, permeables, suaves, que nos pueden permitir afrontar esta difícil situación pensando que solo nos queda poner la vida en el centro y cuidar, acompañar y escuchar a las personas que nos demandan nuestra atención.

1. <https://mujeresconciencia.com/2018/04/17/detalles-del-sesgo-genero-la-ciencia/>
2. <https://mujeresconciencia.com/2018/04/17/detalles-del-sesgo-genero-la-ciencia/>
3. <https://www.homeopatiасuma.com/en-cifras/>
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-ecografia-atencion-primaria-S0212656717302408>
5. [http://matriz.net/mys16/16\\_22.htm](http://matriz.net/mys16/16_22.htm)
6. [http://educagenero.org/Recursos/SARA\\_VELASCO\\_Atencion\\_biopsic\\_malestar.pdf](http://educagenero.org/Recursos/SARA_VELASCO_Atencion_biopsic_malestar.pdf)
7. <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>
8. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6129/1/Feminismos\\_10\\_08.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6129/1/Feminismos_10_08.pdf)



## Enriqueta Barranco Castillo

Médica ginecóloga  
Profesora asociada de la  
Universidad de Granada

Cuando Carme y Leonor me solicitaron que escribiera sobre los avances y retrocesos en el terreno de la Obstetricia y de la Ginecología en los últimos veinte años, yo con mucho optimismo me comprometí a hablar de aspectos relacionados con el progreso de la llamada perinatología, de los derechos de las mujeres, de la medicalización, de las hormonas.... Pues bien, las crisis personales también suelen determinar una crisis de ideas, y yo estoy plenamente sumergida en ambas en el momento en el que me dispongo a escribir estas notas, sirva esto como adelanto a mis reflexiones, que pueden estar alejadas del optimismo y muy cercanas al pesimismo.

Para que me sirva de hilo conductor, en primer lugar quisiera exponer una experiencia reciente pero muy significativa. El domingo acudí a una residencia de mayores para visitar a una persona que se encuentra ingresada en ella, y no sería la primera vez que su recepcionista, actualmente gestando a su primera hija, me hablaba de que yo había atendido a su madre durante su proceso de gestación, pero ahora me mostraba con orgullo el Documento de Salud de la Embarazada en un formato muy antiguo, con mi sello y mi firma y mis anotaciones sobre el curso de su embarazo. Se emocionaba viendo cómo mis cifras sobre sus "propias medidas en el útero de su madre" que yo cuidadosamente había ido anotando, y otras indicaciones, se correspondían con el peso que ella tiene ahora durante su gestación y otros detalles, y me los mostraba con el

## Parece que 20 años no son nada



máximo orgullo. En contraste hacía pocos días que había recibido en mi consulta a una gestante con el moderno Documento de Salud de la Embarazada totalmente en blanco porque, en el super informatizado sistema hospitalario de atención a la gestante sin riesgo, no se pueden permitir anotar manualmente

algún dato para que la mujer pueda ir comprobando la evolución del embarazo ¿es un secreto? ¡O a buen seguro que pensarán que para qué lo quieren saber! Total, si a esta mujer joven, cuidada por mí cuando se encontraba intraútero, ya le había dicho una colega que sus muchos años de estudio valían mucho y no tenía por qué explicarle más de lo que le estaba haciendo.... Y aquí viene la primera reflexión: hemos progresado en el diagnóstico prenatal y en otros aspectos del control de la gestación, pero conforme se ha ido conociendo más, a las mujeres gestantes se les han ido recortando derechos.

Finalizaba la década de los años 90 del pasado siglo cuando contribuimos a la elaboración de una carta de derechos de la mujer embarazada durante el parto principalmente. Nos llevó unos días la discusión de si se podía evitar el rasurado de los genitales para el parto, ya que se había demostrado que era innecesario, y por entonces el vello púbico era cuidado como un bien con connotaciones sexuales y de juventud y en las clínicas estéticas de aquel tiempo se cultivaba su crecimiento y

se hacían tratamientos contra la alopecia de esta zona. Finalmente en los hospitales se aceptó la posibilidad de rasurar sólo la parte inferior cercana al periné para facilitar la sutura de episiotomías y otras laceraciones. Ahora este derecho ha caído en desuso por inútil, porque con la moda imperante de no tener ni un “pelo en la superficie corporal” lo excepcional es encontrar a una mujer con su vello genital íntegro, por que las clínicas y corporaciones que promovían su crecimiento se mutaron en centros dotados de costosas tecnologías para convertir los genitales de una mujer adulta en los de una “eterna Lolita” al estilo del personaje recreado por Navokov, por lo que no hay que plantear decaimiento de derechos, ya ellas los han perdido de antemano en aras de una supuesta modernidad debajo de la cual se oculta una desmesurada sumisión patriarcal.

Acorde con mi edad cronológica, asistí al intento, logrado en gran parte, de implantar el uso de la píldora anticonceptiva como el remedio para todas las enfermedades genitales, cuando todavía se desconocían sus efectos secundarios y las secuelas que podía acarrear su uso. Pasaron muchos años antes de que se tomaran en serio las complicaciones de las hormonas, especialmente las ligadas a sus efectos trombóticos y sus repercusiones sobre la mama, a pesar de que ya había investigaciones que alertaban sobre ello desde hacía más de veinte años, pero que nadie había tenido en cuenta. Y curiosamente, después de tanto tiempo, todavía hoy la hormonoterapia no ha sido sometida a un severo control para evitar su uso y abuso en el tratamiento de procesos genitales de diversa índole, lo que ha impedido el progreso en el conocimiento de enfermedades tan incapacitantes como la dismenorrea intensa, la endometriosis y otras, obviándose del principio de que no se puede prescribir un fármaco con unas indicaciones diferentes a las admitidas en su ficha técnica y las de la píldora anticonceptiva no son otras que las de evitar la gestación. Pero nadie está dispuesto a admitir el abuso de estos fármacos, que se extiende también a otras presentaciones en forma de parches cutáneos o dispositivos intravaginales. Aquí el progreso ha sido nulo en estos últimos años y sospecho que la situación continuará, alentada por intereses no estrictamente sanitarios.

Otro “raro progreso” o “regreso” ha sido el de la medicalización total del embarazo, parto y puerperio. Ya sabemos que la industria farmacéutica ingresa más dinero cuando se propician ¿tratamientos? para personas sanas, que son una gran mayoría, pues enfermas hay muchas menos. Todo comenzó volviendo hacia atrás, a unos tiempos no muy lejanos en los que se prescribían diversos productos durante el embarazo para remediar no se sabía bien qué males. Luego se demostró que esto no tenía sentido, pero he aquí que aparecieron unos estudios realizados en Irlanda, país por entonces con mucha endogamia y con una alimentación en la que se incluyen pocos alimentos frescos y saludables. Se trató de demostrar que los

defectos del tubo neural se “prevenían” administrando ácido fólico a las gestantes, casi siempre mucho después del cierre de dicho tubo, con la desafortunada conclusión de que en todos los países, con o sin carencia demostrada de este principio activo, era necesario administrar dicho fármaco, antes, durante y después de la gestación, pero ¿ya era suficiente?, pues digamos que no, porque entonces se alentó el interés por el loduro potásico, un fármaco que ya a comienzos del siglo XX se anunciaba en la prensa diaria como una “medicina para todo”, con la que incluso se trataba el asma bronquial y la depresión, y comenzó a prescribirse para ser ingerido antes, durante y después de la gestación. Así resultó medicalizado un proceso de salud conocido como gestación, y en el que la futura madre desea que su vástago disfrute del máximo bienestar cuando ella lo alberga en su útero. Esta práctica se mundializó, quizá con la tan apologizada y escasamente criticada medicina basada en la evidencia, sin tener en cuenta que podría ser innecesario en gran parte del planeta hacer tan costoso un proceso vital que hace que el mundo tenga habitantes, suficientes o faltantes dependiendo de la época en la vivamos. Así la industria produce una ingente cantidad de fármacos no sujetos a prescripción médica, que se adquieren en los despachos de farmacia, y en los que hay muchas sustancias en cantidades tan simbólicas que no tendrían efecto terapéutico alguno si realmente fuera necesaria su ingestión. Indirectamente, también se ha propiciado el “descartar” la patología tiroidea en todas las gestantes, cuando insistentemente se ha avisado que la determinación de hormona estimulante del tiroides no está indicada en gestantes asintomáticas. En fin, que ahora la embarazada está envuelta en un complejo sistema de medicalización del que le resulta problemático escapar cuando dilucida que esta actitud carece de fundamento en muchas ocasiones.

Los adelantos tecnológicos y un cambio en la visión de las alteraciones ginecológicas indudablemente han contribuido a que entren en consideración otros aspectos que hasta ahora no se habían considerado determinantes de la salud menstrual, entre otros. Quizá uno de los logros de los que me siento muy orgullosa ha sido el haber logrado que la menstruación dejara de ser considerada como un proceso de desecho y poder considerarla como un vehículo de expresión de las enfermedades vinculadas a la contaminación medio ambiental, entre otras, porque investigando con un grupo de científicas y científicos comprometidos hemos logrado descifrar qué tóxicos son eliminados a través de ella, en qué cuantía, de qué tipo y de donde provienen, dejando la puerta abierta a futuras exploraciones destinadas a la mejora en el diagnóstico de las enfermedades femeninas, eso sí cuando en la práctica se piense en sobre contaminación derivada del uso de hormonas sintéticas, de cualquier tipo, y se piense que es necesario aplicar procedimientos tan poco invasivos como la recogida de sangre menstrual para el diagnóstico de las enfermedades ligadas al aparato reproductor, entre otras.



**M<sup>a</sup> José Hernández Ortiz**  
Médica y quiropráctica

## 50 números, 20 años, nuestra vida... y La quiropráctica

Me llena de emociones el 50 número del Mys, un número que nos cuenta la historia de una supervivencia frente al azote del tiempo, de las crisis y de la falta de dinero. El equipo del Caps liderado por Leonor y Margarita han conseguido a pesar de todo esto el milagro de llegar hasta aquí y con honores: la calidad, la profundidad, la agudeza, de los artículos publicados no ha decaído en absoluto en ninguno de los 50 números publicados hasta ahora.

Aun recuerdo el día que Leonor, tras volver de un viaje en Barcelona nos contó que se había cerrado la idea de una revista sobre la salud de las mujeres que se llamaría MyS: Mujeres y Salud. Tengo el honor de haber estado en el consejo editorial de la primera revista y de haberla recibido puntualmente desde entonces (excepto el número sobre el sexo que no superó el reparto de correos).

Pronto animada por Leonor y después también por Margarita, las "caza artículos", comencé a publicar yo también en la revista. De hecho mi primer artículo se publicó en el nº3 en relación con la técnica de PAAF ( punción aspiración con aguja fina) que practicaba como patóloga en tumores palpables de mama. Incluso me animé también en el siguiente, el número 4 con un artículo titulado "Llamarse María, un riesgo para la salud" en el que llamaba la atención sobre el hecho de que en las bases de datos de los hospitales había hasta un 30% de errores en los datos de los pacientes, especialmente con las Marías, entre otras cosas por sus múltiples abreviaciones, lo cual en ocasiones puede ser un factor de riesgo para la salud en el sistema sanitario.

Este es el valor enorme de esta revista dedicada a la salud de las mujeres, que por primera vez se ha dado voz a muchas mujeres profesionales las cuales tradicionalmente no tienen/tenían voz en la narrativa oficial de nuestra medicina y nuestro sistema de salud. Era necesario que las profesionales que están ahí, en primera línea, trabajando y mirando con una perspectiva diferente basada en la persona y en los múlti-



ples factores que influyen en la salud de la gente, escribiesen sus experiencias y opiniones. Por eso se han abordado tantas preguntas que teníamos sin respuestas y tantos temas que nunca habíamos visto tratados desde la perspectiva de las personas, de las mujeres, del género.

En el Mys hemos podido escribir nuestros gritos, nuestras

quejas, nuestras visiones utópicas en un espacio único, sin interferencias ideológicas ni comerciales. Corría el comienzo de siglo y yo atravesaba la peor crisis de mi vida. Crisis física, emocional, de pareja y profesional. En esa época se me derrumbó todo, los imperativos, los condicionamientos, las expectativas, la confianza en el orden imperante y las creencias sobre la salud. Se me hizo añicos el ideal de amor, el romántico, y fui consciente por primera vez de mi profunda carencia de autoestima.

En medio de esta crisis escribí un artículo en el Mys nº8 que se llamaba ¡Me quiero irrrrr!!!! y su segunda parte (sugerida por Leonor) que titulé "Estoy de vuelta". En este segundo artículo explicaba del primero: "Hace ahora más de tres años esta revista me publicó un artículo titulado ¡Me quiero ir!!!!. Era el grito que expresaba toda la decepción que sentía, después de más de 20 años dedicada intensamente al estudio y la práctica de la medicina tradicional en nuestro mundo occidental. En ese artículo, explicando el origen de mi decepción, pasaba revista a las nuevas tendencias de nuestra medicina, al trabajo de los médicos y a la poca salud de la gente teniendo en cuenta el desmesurado gasto sanitario en nuestro país."



En efecto, en ese primer artículo en el que reflexionaba sobre los derroteros de la medicina había escrito: "...Con el espíritu intuitivo que el futuro de la salud de la humanidad no irá con el desarrollo de la cirugía, de la

tecnología genética y ni siquiera de una

vacuna contra el cáncer. La verdadera salud vendrá solo de una visión basada en la realidad de la vida-muerte-vida, de la sabiduría intuitiva que poseemos como miembros de la naturaleza, con el poder curativo del organismo y con el uso de la racionalidad asumiendo, en todo su significado, la responsabilidad hacia la propia salud y la de los demás, y cuando practiquemos el poder de la sanación por el amor propio y de los demás. La verdadera salud irá por eso paralela al desarrollo de la espiritualidad humana, de la práctica del autoconocimiento y será realidad sólo, si vivimos plenamente cada una de las etapas de la vida sin mirar atrás".

En coherencia con esta idea me fui de la medicina ortodoxa y del trabajo hospitalario. La gente me decía que estaba loca y algún compañero de hospital incluso calificó de "tontería" el hecho de que renunciara a mi plaza en el hospital para irme a estudiar quiropráctica. Sin embargo yo considero que fue una inmensa fortuna conseguir una beca para estudiar quiropráctica en una escuela de California y estos casi 3 años estudiando en la edad madura mi segunda carrera sanitaria, la considero sin ambages el mejor regalo que la vida me ha hecho.

La quiropráctica no solo me ayudó a superar mis dolencias físicas sino que me abrió los ojos a un enfoque de la salud que jamás me habían mostrado en la carrera de medicina o en la residencia. Para mi fue una experiencia transformadora. Sin duda en los años de incesante trabajo que pasé estudiando quiropráctica (y dando clases en la escuela) me empapé de una "nueva" filosofía, en la cual ante todo se celebra la capacidad inmensa y creativa de nuestro organismo para estar sano, se reconoce la sabiduría maravillosa de nuestro cuerpo para repararse y recuperar la salud y se insiste en la necesidad del cuerpo, especialmente el de las mujeres, de que la medicina no interfiera en su función. Era la filosofía de la verdadera salud, no de la ausencia de enfermedad y de cómo podemos, a través de nuestro cuidado del día a día, conseguir ser cada vez más sanas. Profundizar en la filosofía que aprendí con la quiropráctica me ha hecho convertirme en una acérrima defensora de la salutogénesis y desentrañar el origen de la buena salud y sus diferentes niveles y estadios, se ha convertido en mi interés desde entonces.

No me cabe duda de que si el objetivo de los gobiernos del mundo fuera el bienestar de la gente, invertir en la salud con enfoque bio-psico-socio-ambiental y fomentar y/o enseñar a las personas como cuidar y mantener su cuerpo, sería un objetivo prioritario para la humanidad. Con esta idea escribí el artículo "Futuro o utopía: soñemos con un sistema de salud óptimo" publicado en el Mys 26.

Agradezco enormemente también el apoyo recibido por el Mys en la crisis de las pseudociencias en la que la quiropráctica junto con la homeopatía utilizada por tantas compañeras fueron fuertemente vapuleadas. Creo que toda la red Caps en bloque defendió las medicinas y terapias alternativas demostrando que nosotras no tenemos la estrechez de miras de por ejemplo, nuestro ministro de ciencia y tecnología, y entendiendo que la ciencia no es más que una herramienta, que la evidencia científica es necesaria pero no una nueva religión en la que tener fe ciega. En esta ocasión escribí un artículo titulado: "¿Por qué se cambia de opinión al llegar a ministro?" explicando que el ministro había pasado de presentar un simposio de quiropráctica a denostarla como pseudoterapia: Donde dije digo, digo Diego.

Ya se que una de las ambiciones de las editoras del Mys, la de llegar a más y más gente, aparentemente no ha podido verse cumplida del todo, principalmente por falta de apoyo institucional. Sin embargo la trascendencia del Mys ha sido infinitamente mayor que la "tirada". Junto con los cursos del Caps, los libros de Carme Valls, las reflexiones a través de la red de correos electrónicos, el Mys ha sido esta fuente nutricia que nos ha permitido beber en la mejor teoría feminista y nos ha alimentado para poder dar los innumerables cursos y talleres realizados por nuestra asociación Adibs (Associació de dones de les Illes Balears per a la salut) hasta llevar al último confín de Mallorca este conocimiento. Y estoy segura que de la misma manera muchas "miembras" de la red han llegado a multitud de mujeres que gracias a esto han aprendido también a entender y a resistirse a la medicalización innecesaria de sus vidas y a entender la urdimbre, el entramado del ejercicio del poder patriarcal sobre sus cuerpos. O al menos a tomar contacto con los entresijos que nos hacen vivir el estereotipo de lo que deberíamos ser, aun en contra de nosotras mismas.

Espero haber dejado claro que estos 50 números, en estos más de 20 años del Mys entretendido en nuestras vidas, han sido un eje clave en mi evolución como persona y como profesional: de patóloga ortodoxa a quiropráctica-médica funcional con perspectiva de género. Un viaje glorioso. Mi infinito y eterno agradecimiento.



**Margarita López Carrillo**  
Activista feminista de salud

## 24 AÑOS DE MYS CONTRA LA MEDICALIZACIÓN

Vaya por delante esta reflexión: Cada vez es más evidente que la salud, mejor dicho, la enfermedad, es un jugoso negocio. Sólo hay que ver cómo multinacionales que nada tiene que ver con la medicina han entrado en la carrera (Google, Amazon, etc.). Esto, que la salud-enfermedad se haya convertido en un bien más de mercado, está teniendo consecuencias desastrosas para la medicina, para la profesión médica y, naturalmente, para la salud.

A lo largo de los 50 números de MyS, muchas autoras, yo entre ellas, hemos denunciado la medicalización de la salud y de la vida, especialmente de las mujeres. Antes de señalar los temas principales que hemos planteado y trazar sucintamente su evolución a lo largo de estos años, creo que es buena idea, pensando en las lectoras no profesionales o recién llegadas a MyS, empezar definiendo de qué hablamos cuando hablamos de medicalización.

### ¿QUÉ ES MEDICALIZAR?

Primero de todo hay que distinguir entre medicar y medicalizar. Mediar es una palabra neutra, es la acción de prescribir y administrar un medicamento, y esto puede ser una intervención acertada o no. Sin embargo la palabra medicalizar es de por sí peyorativa, hace referencia a una intervención médica o farmacológica excesiva o innecesaria y, por tanto, indeseable. Este es el marco conceptual amplio, y dentro de él podemos dar definiciones más concretas y parciales, por ejemplo: intervenir en los procesos naturales del organismo o de la vida como si fueran patologías, que es una forma de medicalización ejercida especialmente sobre las mujeres (menstruación, embarazo, parto, menopausia, vejez...). También es medicalizar intervenir desde la medicina en cuestiones en las que el ámbito médico no es el más adecuado como ocurre con la prevención de enfermedades, en la que es más útil prestar atención a las condiciones de vida y trabajo, el medioambiente, las desigualdades sociales y de género, etc. También es medicalizadora la omnipresencia del fármaco en las intervenciones médicas; la reducción de la multicausalidad de un problema a una sola causa tratable médica o farmacológicamente; la sobre-especialización de la medicina; la falta de tiempo y capacidad de maniobra y falta de recursos de derivación de la atención primaria... En fin, todo aquello que, en lugar de ayudar a ver globalmente a la persona, la fragmenta y desindividualiza como si el cuerpo fuera una máquina despiezable de funcionamiento homologado independiente del sujeto y su vida.

Otra fuente de medicalización muy importante es la investigación: Qué se investiga y qué no, cómo y para qué, son preguntas importantes. En el caso de las mujeres, la ausencia de investigación en temas específicos o que les afectan especialmente (endometriosis, fibromialgia, exposición a tóxicos, violencia sexista, precariedad laboral, etc.) conduce a una sobretreatmento con psicofármacos o analgésicos, por ejemplo; claro que también puede conducir a un sobretreatmento la investigación específica cuando ésta se centra en un aspecto parcial del funcionamiento orgánico de las mujeres para controlarlo, sin interés por conocer en profundidad los procesos y sus implicaciones en el funcionamiento integral del cuerpo, como ocurre con los anticonceptivos hormonales y el tratamiento hormonal para la menopausia.

### 24 AÑOS DENUNCIANDO LA MEDICALIZACIÓN DESDE MYS

He aquí un repaso breve de los temas que nos han mantenido más ocupadas:

**Medicalización de la Menstruación.** A pesar de la evidencia que tenemos desde hace muchos años de los graves efectos adversos de la anticoncepción hormonal, se sigue recomendando ésta muy por encima de otros métodos anticonceptivos no perjudiciales, como son los de barrera (el diafragma ha desaparecido prácticamente por falta de capacitación profesional). Y, lo que es peor, se siguen recomendando, sin ninguna base, los ACH para "regular la regla", lo que en realidad significa tapar los síntomas menstruales en lugar de usarlos como guía para ahondar en el estado general de salud de la mujer que los padece.<sup>1</sup>

**Medicalización de la Menopausia.** La menopausia como objetivo de mercado empezó en los años sesenta, cuando se difundió la idea de que no era una etapa normal del proceso de envejecimiento de las mujeres sino un problema endocrino, preparando el terreno para la terapia hormonal que, apoyada en estudios fraudulentos, supuso un impresionante negocio durante la década de los 90. Fue desenmascarada en 2002 por el macro estudio Women's Health Initiative que demostró no solo que los beneficios cardioprotectores que se le atribuían eran ficticios sino también que ocurría justamente lo contrario: provocaba muertes por problemas graves cardiovasculares y cerebrovasculares, además de por cáncer de mama y ovario. A pesar de ello, la industria nunca se ha resignado y cada cierto tiempo la THS trata de volver a levantar la cabeza: poder tratar a la mitad de la población a partir de los 50 (un promedio de 25 años) es un negocio demasiado tentador.<sup>2</sup>

**Vacuna contra el HPV.** El epíteto "antivacunas" se ha convertido en la forma rápida de descalificar a cualquier profesional

o usuari@ que critique una vacuna, como si todas las vacunas fueran iguales, que no lo son. Hay vacunas útiles y necesarias y otras no. Es el caso de la vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV), incluida en el calendario vacunal en 2008 pese a no contar con ninguno de los requisitos básicos para un medicamento preventivo aplicado a población sana: seguridad, necesidad y eficacia, ya que es una vacuna innecesaria (la enfermedad que pretende prevenir, el cáncer de cuello de útero, es muy poco prevalente y se puede detectar con mucha anticipación mediante una simple citología); no se conoce su eficacia porque hay que esperar varias décadas para ver si funciona (solo contamos con hipótesis); y no es segura (entraña riesgos raros pero graves para la salud). Otro rasgo irregular es que se administra a niñas, cuando no ha sido estudiada en este grupo de población y además la enfermedad que trata de prevenir es de mujeres maduras (50 años).<sup>10</sup>

**Medicalización de la Fertilidad.** Nada más oscuro que el negocio de la reproducción asistida. Dado que casi toda se lleva a cabo en el sector privado, y dada la desidia de los gobiernos y de la Comisión Europea por hacer cumplir la normativa acordada, la opacidad de los datos es total: ¿Cuál es el porcentaje real de éxito de los tratamientos? ¿Qué información real de riesgos se les da a las mujeres que se someten a ellos?, ¿y a las donantes de óvulos (las más vulnerables y vulneradas en el proceso)?<sup>4</sup> En España ni siquiera hay un registro oficial de donantes con lo que ni se controlan los efectos adversos que padecen ni se controla la cantidad de veces que donan óvulos.

**Medicalización de la Sexualidad.** Baste decir sobre este tema que, desde que salió Viagra al mercado (1997) y se convirtió en lo que llaman un medicamento "blockbuster" (o sea, un superventas), la industria anda loca por sacar un equivalente para mujeres sin importarle las consecuencias para la salud de éstas y sin escatimar mentiras. Aún así, siguen sin dar con la tecla: su viagra femenino ni siquiera llegó a salir al mercado, sus parches de testosterona, Intrinsic (2006), dada su escasa eficacia y sus muchos riesgos, duraron cinco minutos y su antidepresivo reconvertido, Flibanserida (2015), ni siquiera llegó a comercializarse en Europa.<sup>5</sup>

## PARA ACABAR

Pero hay más asuntos, muchos más (denunciados en MyS y fuera de MyS), se diría que a cada piedra que se levanta aparece un nuevo caso de medicalización: sobrediagnóstico y sobretratamiento de la osteoporosis, colesterol, hipertensión, frenillo lingual de los bebés, por citar solo los que ahora mismo me vienen a la mente; o tratamientos que son peor el remedio que la enfermedad porque generan dependencia y causan trastornos graves: estatinas, antidepresivos, omeprazol,...

## ¡SOCORRO!

Necesitamos una revolución. Un golpe en la mesa, un basta ya. Un cambio de mentalidad de profesionales y pacientes; necesitamos volvernos to@s impacientes, recuperar nuestros cuerpos y nuestras vidas, arrebatarlo a una medicina corrompida por la mercantilización de la salud.

Y necesitamos una sanidad pública fuerte y científica, es decir: independiente de la industria, autocrítica, curiosa, librepensadora y atrevida.



## BIBLIOGRAFÍA MYS ESCOGIDA

1. Carne Valls Llobet. Anticonceptivos hormonales: ya no son la primera opción. MyS 25, Dossier pg 29-31.
2. José Ramón Rueda. La medicalización de la menopausia, el caso de iatrogenia más importante en la historia de la medicina. MyS 2004; 13-14: 10-13.
3. 10 años de vacuna del papiloma. MyS 2019; 46 Dossier.
4. Judy Norsigian. ¿Es seguro donar óvulos? MyS 2014; 37: 9-10.
5. El negocio del a sexualidad femenina. Margarita López Carrillo. MyS 2015; 19: 9-11.
6. Imprescindible NoGracias <http://www.nogracias.org/>
7. La revolución del a reproducción. Dossier MyS nº 9, 2002.
8. Ser mujer no es una enfermedad. Dossier MyS nº 15, 2005.
9. ¿Para quién el beneficio? Dossier MyS nº 26-27, 2010.
10. 10 años de vacuna del papiloma. Dossier MyS nº 46, 2019.

# La gerontología crítica feminista, un marco desde el que pensar el envejecer de Las mujeres



**Anna Freixas Farré**  
Gerontóloga feminista

La gerontología crítica feminista ha ido haciéndose espacio en el ámbito de la gerontología gracias a las aportaciones reflexivas que un número creciente de estudiosas han ido realizando en las últimas décadas, poniendo en cuestión los argumentos centrales de la gerontología clásica, fundamentalmente biologicista y centrada en los aspectos clínicos del envejecer.

Esta línea de pensamiento ha puesto en el centro de su interés la consideración del envejecer de las mujeres como un proceso en el que confluyen una gran cantidad de factores que constituyen la compleja vida de las ancianas de hoy. Se ha puesto en el centro la consideración del peso que determinados elementos y circunstancias tienen en la vida de las mujeres mayores que se convierten en causas de malestar o, por el contrario, en factores de bienestar; ahí entran en juego: la salud, la enfermedad, las emociones, la calidad de vida, la naturaleza de las relaciones y vínculos, el tener o no tener poder, la situación financiera, la pobreza, el hábitat, la vecindad, el respeto, las políticas ciudadanas, las ayudas para vivir solas, en su casa, el máximo tiempo posible, entre otros.

La gerontología crítica feminista ha recibido una consideración importante dentro de las ciencias sociales en los últimos años, aportando una visión holística del envejecer que valoro como algo de gran interés, con una enorme perspectiva de futuro a medida que cada vez más profesionales van incorporando a esta corriente, tanto en sus planteamientos y en la elaboración teórica, como en su práctica cotidiana. Todo ello contribuye a la transformación de este corpus teórico y también a la implementación de políticas respetuosas con la individualidad y la consideración de las personas mayores como seres cuya voz y deseos deben ser tenidos en cuenta.

Con la covid19 ha quedado claro que hay que hacer una revisión profunda acerca del funcionamiento de nuestra sociedad en lo que atañe al último tramo de la vida. Se ha



planteado la necesidad de construir una sociedad que respete los deseos y la voluntad de las personas viejas, en la que los derechos de las personas mayores deberán ser elaborados y aprobados social y políticamente, escuchando su voz, sin intérpretes intermediarios.

En este tiempo de pandemia se han puesto en evidencia algunos asuntos de enorme importancia. Temas que hasta el momento no se habían cuestionado, en gran medida porque la sociedad ha mirado siempre hacia otro lado cuando se trata de la vejez y porque lo que no se nombra, no existe. En nuestra sociedad ultracapitalista y desconsiderada, las personas mayores se han considerado un estorbo y, como esto no se podía decir en voz alta, este sentimiento se edulcoraba con formas presuntamente amorosas que ocultaban el desentendimiento hacia las diversas necesidades de la vida en la vejez.

Pensar, organizar, prever, acondicionar, escuchar, respetar, facilitar, ofrecer, informar, son verbos que se han omitido en el discurso sanitario, en el oficial y, por supuesto, en el familiar, de manera que lo que ha primado ha sido la sordera, la ceguera, la prisa, el olvido, la desconsideración, el abandono, lo fácil y la mentira.

Lo ocurrido en las residencias ha mostrado sin paliativos el enorme pecado nacional. ¿Residencias, hospitales, hoteles, hogares, aparcamientos? ¿Cómo, dónde, con quién, queremos vivir al final de nuestra vida? La magnitud de la tragedia, finalmente, ha iluminado una realidad estremecedora a la que tenemos que hacer frente con un replanteamiento radical de la condiciones de vida de las personas mayores. Habrá que llevar a cabo una reflexión social y política acerca del hábitat en la vejez, de la vivienda en sí misma y sobre sus condiciones de adaptabilidad a las necesidades de los cuerpos mayores. Y, por supuesto, acerca de las relaciones de poder que se establecen con la descendencia.

Hablamos de justicia, respeto y dignidad.



**Montserrat Cervera Rodon**  
Activista feminista

## CON FEMINISMOS, SALUD Y REDES... SEGUIMOS ADELANTE

Esther Rome de "Nuestros Cuerpos nuestras vidas" decía que en 1969 "todas las feministas de Boston cabían en una habitación" ... y fueron capaces de promover un movimiento internacional y un libro del que todas somos herederas que cambió la perspectiva de las mujeres sobre la salud y la medicina.

En los 90 también podríamos decir que en el CAPS las feministas cabían en una habitación muy pequeña.... y ahora es la línea más potente y fuerte de la asociación. Fue capaz de enredarse con el movimiento feminista, dejarse seducir para hacer una revista sobre mujeres y salud, empezar con un congreso internacional (empeño maravilloso de Carme Valls a lo grande), crear redes y poner en la palestra las diferencias de salud entre hombres y mujeres, enfrentarse a la medicalización y proponer una atención con perspectiva feminista teniendo en cuenta las diversidades, desigualdades y creencias, los trabajos, la triple jornada, el medio ambiente....

Es decir que cuando nuestra revista hace 25 años se presentó tras el I Congreso Internacional de "Mujer, Salud y Trabajo", en 1996, el movimiento feminista había recorrido ya veinte años con múltiples aportaciones y experiencias también en el terreno de la salud tanto a nivel estatal como internacional. Nuestra vocación quedaba por tanto ligada desde siempre al feminismo y a una mirada internacional de los feminismos: arropadas y listas para cambiar el mundo, para introducir la mirada de género en la investigación, en las prácticas sanitarias, en todos los temas de salud observados y analizados desde nuestra perspectiva de que la salud debería ser placer y calidad de vida para todas las mujeres.

Otro de los grandes empeños era sacar del imaginario que cuando hablamos de la salud de las mujeres, no solo hablamos de los problemas de salud reproductiva, que somos seres humanos a los que afecta en todas las partes del cuerpo la sociedad en la que vivíamos, y también que era preciso cambiar el abordaje de la violencia contra las mujeres y niñas en el sistema de salud, y las prácticas de muchos profesionales que ejercen violencias contra sus pacientes.

Esto no supone que no consideráramos los derechos sexuales y reproductivos fundamentales, y no reconociéramos lo mucho que el movimiento internacional de salud de las mujeres había avanzado ya en temas de aborto, anticoncepción, maternidades, parto, técnicas de reproducción y tantos temas (aún pendientes hoy en día), pero la mirada sobre la diferencia entre hombres y mujeres, el sesgo en la investigación, en la atención y en la formación estaba sin desarrollar.



Si releemos los MyS (lo que os recomiendo encarecidamente para estas vacaciones porque es nuestra maravillosa historia de la salud con perspectiva feminista) lo veremos lleno de estas ideas, de nuestras relaciones internacionales, de la presencia del movimiento feminista, de entrevistas, linajes, libros... Estos han sido parte de nuestros logros que siguen siendo retos porque aun no forman parte de todas las políticas de salud, pero sí de la experiencia de muchas mujeres que han sido acogidas y atendidas por mujeres con mirada feminista de la salud, y aquí, como dicen nuestras amigas de Mujeres de Negro Contra la Guerra, que saben de la necesidad de sanación y paz para poder gozar de salud, "el logro principal siempre es la relación entre las mujeres, darnos fuerza y energía para mantener la esperanza en tiempos de crisis y fundamentalismos... para mantener nuestros objetivos..."

En estos años hemos iniciado nuevos temas como la locura, el transfeminismo, el binarismo, el medioambiente, temas que hay que desarrollar más sin miedo a las divergencias, para acercarnos más a las mujeres de otras culturas, que tanto nos pueden enseñar.

El movimiento feminista ha dado un vuelco de masas en los últimos años y miles de mujeres en todo el mundo han clamado contra las violencias sobre sus cuerpos y sus vidas, explicitando las causas y exigiendo derechos y recursos para cambiar esta sociedad patriarcal. Ahora es un momento de esperanza para hacer llegar todo lo que hemos aprendido a todas las mujeres para que puedan ser protagonistas de su salud, con recursos, equidad y sobre todo con placer y calidad de vida para transformar este mundo enredadas con una perspectiva saludable de justicia feminista para todas y todos.





**NUEVE NOMBRES**  
María Huertas Zarco

Años 70. Doscientas mujeres son trasladadas del infecto manicomio de Jesús al hospital psiquiátrico de Bétera en Valencia.

Doscientas "locas peligrosas" que habían vivido allí en condiciones infrahumanas. Sin nombre. Hipermedicalizadas. Lobotomizadas, castiga-

das, humilladas. Un sitio de degradación y miseria.

María Huertas, junto con otros profesionales jóvenes que querían renovar la psiquiatría están en Bétera para recibir las. Querían cambiarlo todo. Y se dedicaron a ello en cuerpo y alma.

María nos relata nueve historias impresionantes y maravillosas con nueve nombres de algunas de estas mujeres. Son las historias de cada día las que construyen historia con mayúsculas.

Este libro nos muestra, no solo una manera de tratar las enfermedades mentales, sino cómo era la vida, las relaciones, las instituciones, la sociedad de esa época y cómo nos construye en el ahora. Son historias de vida, luminosas, que de otra manera nunca serían contadas.

Su lectura es un soplo de vida. De aliento cálido. De sorpresa. De feminismo. Leadlo. Os sorprenderá. Os gustará mucho.



**TIEMPO DE CUIDADOS.**  
Otra forma de estar en el mundo. Victoria Camps

La pandemia de la Covid-19 ha hecho visible la fragilidad y las limitaciones que tenemos como seres humanos, y la necesidad del cuidado de los vulnerables. El libro de Victoria Camps hace visible el valor del trabajo realizado desde hace siglos

por las mujeres, como indispensable, pero amplía la mirada sobre todos los espacios y tipos de cuidado, solicitando colocar los trabajos del cuidado complementando a la justicia.

Propone una administración pública cuidadora y cuidadosa, y que la ética del cuidado supere el cuidado de la salud y convierta el cuidado en un valor público. Frente a los "vicios neoliberales" propone desarrollar las "virtudes ecológicas" como la benevolencia, la compasión, la moderación y la gratitud y eleva el cuidado a categoría política "la solidaridad es más beneficiosa para la especie que el desarrollo depredador e individualista". El derecho a ser cuidado y el deber de cuidar es responsabilidad individual y colectiva. La autora nos propone recuperar la fraternidad de sujetos cooperando, porque "mueve a corregir las desigualdades y a ejercer la libertad con más responsabilidad" para luchar contra toda forma de discriminación.



**CUADERNO DE AUTOCONOCIMIENTO**  
Vita Arrufat, Enriqueta Barranco, Ana Moltó

Este Cuaderno de Autoconocimiento editado por el Liceu de Dones de Castelló, lo estábamos esperando

desde aquel otro iniciático de Leonor Taboada del año 1978 y que ahora hace la presentación de este trabajo en colectivo. Sus autoras, Vita Arrufat Gallent, como coordinadora y autora, Ana Moltó Molina y Enriqueta Barranco tocan diversos temas, desde los fundamentos feministas, científicos y culturales del autoconocimiento hasta la educación sexual en la adolescencia, la regla, la prevención de la violencia de género, el cuadernillo de Self-help, la prevención del cáncer de mama y útero, el Kit básico de autocono-

cimiento y recomendaciones finales.

Mirar nuestro cuerpo y ver su interior nos hace romper muchos mitos y hace que nos apoderemos de nuestra capacidad reproductora y placentera, aprendiendo a decidir cuándo cerrarnos y cuándo abrirnos, de acuerdo a nuestro deseo y no al de otro. Además, al hacerlo en grupo y comentar nuestras experiencias sexuales y nuestros diferentes deseos, conocemos nuestra sexualidad sin intermediarios, adquiriendo así una cultura personal y grupal que nos empodera.

Moltó nos habla de la importancia simbólica que adquirimos al conocer la representación artística de la vulva y la vagina en la prehistoria para poder darles valor en nuestra cultura, que había invisibilizado nuestro sexo, dando valor solo a las representaciones fálicas.

No se olvidan las autoras de dar importancia a la educación sexual y a la prevención de la violencia de género como requisitos importantes del autoconocimiento, acertando en la afirmación de que "la violencia machista es un problema de los hombres que sufren las mujeres". Aciertan también en la necesaria formación de monitoras y monitores de educación sexual entre pares, que se ha mostrado de una gran eficacia.

Sea bienvenido, pues, este cuaderno de autoconocimiento para que se reinicie y desarrolle una práctica a la que en los años 80 y 90 se había dado importancia y experimentado en institutos de Secundaria de algunas ciudades y que posteriormente fue olvidada. Porque lo conseguido una vez no está conseguido para siempre. Conviene insistir en ello.



## NO A LOS BLOQUEANTES DE LA PUBERTAD

Después de una valoración de los resultados de la administración de bloqueantes de la pubertad en niños y niñas que presentaban la denominada disforia de género, Suecia y Finlandia han decidido parar su administración. La presión para administrarlos se ejerció a partir de la amenaza de suicidio que algunos niños y niñas expresaban, hecho que causaba una tremenda angustia en sus progenitores. El arrepentimiento de personas trans que han llevado a los tribunales a los profesionales que las han tratado alegando que no habían sido informadas de las consecuencias de los tratamientos hormonales o del retardo de la pubertad, y la reflexión sobre los resultados de la utilización en menores de bloqueantes de la pubertad o de hormonas del sexo contrario, con alteraciones en el desarrollo óseo, han llevado a los servicios pediátricos del Karolinska y también de Finlandia, a finalizar con la prescripción en pacientes menores de 18 años, salvo casos especiales que deben ser aprobados por el comité de ética. Un equipo psicológico especializado acompañará a los casos de disforia hasta la mayoría de edad, donde podrán dar un consentimiento informado.

*SEGM. Society for evidence based gender medicine. 5 May 2021*



## LOS MACHOS YA NO SON EL MODELO

El análisis de Rebecca Shansky en la revista Science (2019) sobre la variabilidad de los resultados hormonales, cuando se investigaba con ratas macho rompió todos los esquemas y los estereotipos que habían prevalecido en la investigación preclínica de los medicamentos.

Se habían utilizado sólo ratas macho en el 75% de los ensayos de investigación preclínica porque se creía que eran más estables, y que sus cerebros no estaban influidos por el estro o ciclo de las ratas hembra. Pero al analizar más de 300 trabajos de investigación en neurociencia para estudiar efectos de conducta y de psicofármacos, la sorpresa fue que la variabilidad hormonal de las ratas macho era superior a la de las ratas hembra, en muchos de los ensayos efectuados.

La razón es que las ratas macho colocadas juntas en una jaula, generan siempre una relación de dominancia entre la rata macho dominante y las subordinadas. La secreción de testosterona de la rata dominante llega a ser cinco veces superior a la de las ratas macho subordinadas. Por ello ya no se puede obviar que la investigación se ha de hacer con cohortes mixtas, y las buenas revistas de investigación ya no aceptan publicar trabajos que no incluyan los dos sexos. Los machos han dejado de ser el modelo.



## MUJERES INVISIBLES EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La pandemia de la Covid-19 ha provocado un aluvión de publicaciones más o menos científicas desde marzo de 2019 hasta la actualidad. Se calcula que se han publicado más de 950.000 trabajos, con muchas revisiones y pocos originales aunque los ensayos clínicos deban ser rigurosamente registrados cuando se ponen en marcha y se deben publicar los resultados, aunque sean negativos.

Sabine Oertelt-Prigione, Catedrática de Género en Atención Primaria, en Dinamarca, y su equipo, han analizado que de 2.484 estudios registrados en el Clinicaltrials.gov sólo 416 (16,7%) mencionan sexo/género en los criterios de inclusión y sólo 103 estudios (un 4,1%) hacen alguna alusión al sexo/género en alguna fase del ensayo clínico. También las mujeres han permanecido invisibles en once ensayos clínicos publicados en revistas de alto nivel hasta Junio 2020.

Los efectos del virus han causado más mortalidad en hombre mayores de 80 años, pero más Covid Persistente entre mujeres de edad media entre 40 y 50 años. Los contagios han sido superiores entre mujeres (56% frente 44% de hombres), por razones de género, ya que eran las que estuvieron en primera línea en residencias, hospitales y centros de primaria, sin guantes, sin mascarillas, ni trajes de protección adecuados. Vulnerables para el virus, invisibles para la Medicina.

*Sabine Oertelt Prigione et al. Nature Communications. 2021*



[www.mys.matriz.net](http://www.mys.matriz.net)

¡Síguenos!

 /Revista-MYS

 /MySrevista

**MyS** MUJERES Y SALUD

Suscripción por 1 año (2 números) a la revista MyS.

> Envíanos un mensaje a [mys@pangea.org](mailto:mys@pangea.org) y te enviaremos un formulario de suscripción para recibir nuestra revista

Con la colaboración de:

