

# MYS MUJERES Y SALUD

Núm. 51

REVISTA DE  
COMUNICACIÓN  
INTERACTIVA:  
<http://mujeresysalud.es>  
[caps@pangea.org](mailto:caps@pangea.org)

## ENTREVISTA

YAYO HERRERO:  
"salvar" La vida  
humana no es  
solo cuestión  
de mujeres

## INTERNACIONAL

Afganistán  
en el corazón

## PODER JUDICIAL

Juzgar  
a Los jueces

## PILATES

La fuerza del  
ingenio

## PROPUESTAS

Hotel de Las  
mujeres, hotel  
saludable

## SEXUALIDAD

El patriacado  
en el cuerpo

**DOSSIER:**  
¡¡¡¡cuidemos  
a quienes  
nos cuidan!!!!



## staff

### CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi  
Directora  
Carme Valls Llobet  
Olga Fernández Quiroga  
Ariadna Ferrer March  
Secretaría

### CONSEJO EDITORIAL

Altable Vicario, Charo  
Arrufat Gallén Vita  
Artazcoz Lezcano, Lucia  
Aterido Martín-Luengo Irene  
Barranco Castillo, Enriqueta  
Blanco Prieto, Pilar  
Catalá Pérez, Consuelo  
Hernández Ortiz, María José  
Miqueo Miqueo, Consuelo  
Parra Barrachina, Pilar  
Porroche-Escudero, Ana  
Romano Mozo, Dolores

### CONSEJO ASESOR

Catalan Piñol, Carme  
Cervera Rodón, Montserrat  
Dio Bleichmar, Emilce  
Esteban Galarza, Mari Luz  
Freixas Farrè, Anna  
Fuentes Caballero, Maria  
González de Chávez Fernandez,  
Asunción  
López Carrillo, Margarita  
Matamala Vivaldi, Isabel  
Moreno Sanz, Neus  
Norsigian, Judy (Colectivo de  
Boston)  
Olza Fernandez, 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://mujeresysalud.es

Diseño y maquetación:  
Paz Talens. www.labodoni.com  
Impresión: amadip-esment.  
Centre especial de treball  
Depósito legal: B 16354-2017

EDITORIAL: sororidad, resiliencia y nuevas acciones frente La pandemia. Consejo de redacción MyS .....	3
Homenajes .....	4
Entrevista a yayo herrero: "salvar" La vida humana no es una cuestión solo de mujeres. Dolores Romano Mozo .....	5
poder judicial: juzgar a Los jueces. Francisca Mas Busquets .....	8
Afganistán en el corazón. La victoria más temida. Ángeles Martínez Martínez .....	9
diseño de Los ensayos clínicos de Las vacunas anti COVID-19: ¿dónde quedó el ciclo menstrual? Enriqueta Barranco Castillo .....	12
dolor de regla. Olga Fernández Quiroga .....	14
EL patriarcado en el cuerpo: otro cuerpo es posible. Charo Altable Vicario .....	15
cronicidad, COVID-19. una propuesta: HOTEL de Las mujeres, HOTEL saludable. Vita Arrufat Gallen .....	18
PILATES: La fuerza del ingenio. M <sup>a</sup> José Hernandez .....	19
EUTANASIA: DOS para saber, dos para cuidar un buen morir Consuelo Miqueo .....	21
derechos sexuales y reproductivos a debate. Maribel Blázquez Rodriguez .....	24
<b>DOSSIER</b>	
¿Alguien cuida a quienes cuidan? Carme Valls-Llobet .....	26
La salud de Las y Los profesionales durante La pandemia COVID-19. Pilar Babi Rourera .....	28
¿qué Les pasa a Las profesionales sanitarias? construyendo un relato. Regina Bayo-Borrás .....	31
¿saldremos más sabias de La pandemia? reflexiones en torno a La atención primaria de madrid. Mar Rodriguez Gimena .....	33
Los cuidados y La pandemia: riesgos, familiarización y retos. María del Mar Garcia Calvente y María del Río Lozano .....	36
EL cuidado y La vejez. reflexiones sobre La pandemia. Victoria Camps .....	38
Mujeres y síndrome post-COVID-19. Mercé Botinas y Carme Valls-Llobet .....	40
MYS LIBROS .....	42
EL club de Las viejas tremendas. Carme Valls-Llobet .....	42
MINIDOSIS .....	44

## 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 INDÚSTRIA?	38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS
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!	39 CUANDO LA VIDA SE ACABA
3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.	15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.	24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.	40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES
4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.	16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.	25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN	41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS
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	42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS
6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.	18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.	27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO	43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA
7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.	19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.	29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR	44 LAS MIL CARAS DEL DOLOR
8 OTRO MUNDO ES POSIBLE	20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.	30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS	45 LAS REGLAS DE LA CUARTA OLA FEMINISTA
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	46 10 AÑOS DE VACUNA DEL PAPILOMA. CON ELLA LLEGÓ EL ESCÁNDALO
10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia.		32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE	47 VIOLENCIAS INVISIBLES A PLENA LUZ
		33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA	48-49 PALABRAS DE ABUELAS. ESPECIAL COVID-19
		34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA	50 NUESTROS CUERPOS, NUESTRAS VIDAS...HOY!
		36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR	
		37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA	

# sororidad, Resiliencia y nuevas acciones frente La pandemia

Consejo de Redacción MyS

“La libertad de opinión es una farsa si no se garantiza la información objetiva y no se aceptan los hechos mismos”.

Hannah Arendt

Las pandemias, como las guerras, sacuden las emociones, los cuerpos y las mentes de todos los seres humanos que estamos implicados en ellas. Analizar lo que está pasando en estos tiempos de confusión, de muertes y de ausencia de esperanza, requiere saber mantener el equilibrio entre la libertad humana y la pluralidad de los pensamientos que puedan construir “un mundo común”, en palabras de Hanna.

Es la información objetiva la que garantiza que nos podamos pronunciar sobre lo que está ocurriendo en un momento dado. Este ha sido el trabajo de la revista MYS desde sus comienzos. Las opiniones sólo pueden formarse a condición de que exista esta información objetiva y una discusión auténticamente plural y abierta; de lo contrario “habrá estados de ánimo, pero no opiniones”.

Aunque nos muevan las emociones, y en estos dos años de pandemia, se han cruzado en nuestras vidas y en nuestros cuerpos miles de estados de ánimo contradictorios, tenemos que hacer un esfuerzo para analizar la realidad con el máximo rigor, buscando los datos y los hechos, y viendo todos los puntos de vista, las múltiples caras que tiene el análisis sobre cómo la pandemia ha afectado la salud y las vidas de todas/os los profesionales sanitarios y de toda la ciudadanía.

A pesar de los voluntaristas anuncios previamente anunciados, no estamos saliendo, en general, ni más fuertes, ni más solidarios: tanto personal sanitario como socio-sanitario están al borde del colapso y más del treinta por ciento se ha planteado dejar la profesión en algún momento.

A pesar de los aplausos de cada día a las ocho de la tarde, ellas y ellos están viendo caer sobre sus espaldas la sexta ola de la pandemia, estimulada por los botellones, las fiestas en discotecas, las comidas multitudinarias las aglomeraciones para compras consumistas y las, muchas veces, contradictorias recomendaciones y leyes de las instituciones. Dar su vida para cuidar a los demás, contrasta con los que consumen la suya pensando sólo en sí mismos.

Es un momento de crisis, para pensar, analizar y proponer. Y para poder analizar la realidad deberemos ir construyendo un relato. Un relato de algo que está en curso, que no ha finalizado, como nos dice la Dra. Pilar Babi analizando las necesidades del colectivo de profesionales de la salud. Un relato de “lo traumático ya conocido” que implica la “retraumatización de quienes apenas se habían recobrado de la erosión emocional inicial”, en palabras de Regina Bayo.

La pandemia ha puesto de manifiesto que no teníamos ni una sanidad tan buena como creíamos, ni una salud pública preparada para analizar los datos epidemiológicos de mortalidad y morbilidad de manera eficiente coordinando los datos de todas las comunidades autónomas. Las listas de espera para hacer pruebas diagnósticas han aumentado, así como la dilación de tiempo para efectuarlas y se ha retrocedido en el diagnóstico de nuevos tipos de cáncer, de diabetes y de otras muchas patologías, que afectan especialmente a las mujeres. También el seguimiento de las enfermas y enfermos crónicos y el cuidado de las personas con problemas de salud mental ha retrocedido durante la pandemia. Ha habido muertes y muchísimo sufrimiento innecesario. Y no olvidemos la advertencia de Victoria Camps: “además de curar, uno de los fines de la medicina es cuidar a los que no tienen curación”.

Esta crisis puede convertirse en una gran oportunidad para hacer más eficiente y saludable el sistema sanitario y la olvidada atención primaria para, en palabras de María del Mar García Calvente, “poner realmente los cuidados en el centro, para trabajar en algunos retos pendientes que trasciendan a la pandemia y que eviten retrocesos en igualdad, incorporando el enfoque de género de manera transversal”.

También la salud de las/los profesionales sanitarios que cuidan y escuchan, ha de ser cuidada y escuchada, porque tienen que ser igualmente protegidos por la ley de prevención de riesgos laborales, y no deben ver pisoteados sus derechos. Han demostrado, como el resto de la ciudadanía, y especialmente las mujeres, un inmenso capital de resiliencia, agobiados por la gran cantidad de información y a la vez, de desinformación, que nos ha inundado durante los casi dos años de pandemia. Sabemos a estas alturas que sólo venceremos a la pandemia con una estrategia que permita la salud global en todo el mundo, ya que no hay fronteras para los virus, como tampoco para la contaminación ambiental y el cambio climático. En palabras de la Dra. Esther Gajón: “A mi, todos estos meses de miedo, agotamiento e incertidumbre me han enseñado una cosa: el mundo será solidario y cooperativo, o no será”.

Proponemos que esa hermosa palabra, “sororidad”, siga creando comunidad entre mujeres, de manera que sus redes actúen como soporte terapéutico para enfrentarnos a los males que nos acechan y de los que estén por venir. Y en palabras de la Dra. Mar Rodríguez Gimena, trabajemos para “mirarnos con amor y recuperar nuestros cuerpos y nuestras vidas”.

Y para empezar, os invitamos a sumergiros en nuestro dossier.



## A carme ALEmany

Carme Alemany, mujer, feminista, socióloga, científica, melómata, antimilitarista y enamorada de su familia y de su nieta Laia. Ha sido referente dentro del feminismo, por sus trabajos científicos pioneros sobre la ausencia de mujeres en las ciencias tecnológicas, sobre la necesidad de cambio de la ciencia androcéntrica y sobre el acoso sexual en los lugares de trabajo. Impulsó en sus años más jóvenes una experiencia pedagógica innovadora, antipatriarcal y antiautoritaria, enraizada en las luchas vecinales, de la que pronto veremos un libro coral, al que ha dedicado el trabajo de los dos últimos años de vida.

Desde el CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios), ONG en la que ha colaborado como miembro de la Junta desde hace más de 15 años, nos estimuló constantemente a trabajar para que el contenido de la ciencia de la diferencia y la desigualdad penetrara en el núcleo de las ciencias de la salud, y ha estado siempre a nuestro lado en el CAPS y la RE-DCAPS para que no nos desanimemos ante las dificultades. Ella nos abrió nuevos caminos de pensamiento, de relación y de cooperación con feministas de España y del mundo, y nos presentó a mujeres punteras como Capitolina Díaz, Karen Messing y Katherine Lippel del grupo CINBIOSE de Quebec, y como Cynthia Cockburn investigadora de los movimientos por la paz en el mundo y antimilitarista. En una de las últimas conversaciones que hemos tenido en los últimos meses, me dijo que mientras tuviera fuerzas no dejaría nunca de trabajar para profundizar en la mirada feminista dentro de la ciencia y dar soporte a los movimientos por la paz. Su vida fue una continua construcción de relaciones de ideas, de investigadoras, de amistades entrelazadas con el amor a las personas de su entorno.

Carme Alemany ha sido para muchas de nosotras como una hermana mayor, valiente y decidida, y su recuerdo y su legado nos ayudará a seguir trabajando en la defensa de los derechos de las mujeres.

"Conservaste tu sonrisa casi hasta el final, y esta sonrisa nos acompañará siempre"

**Carme Valls Llobet**

## A AlMudena

Con mucha tristeza escribo su nombre, que ya no necesita el apellido. Todas sabemos que es Almudena Grandes. Gran escritora. Activista en muchas causas. A pesar de que no la conocía personalmente, me parecía una mujer cercana, como si fuera la vecina, la amiga que está ahí, cercana, y con la que se puede hablar en cualquier momento, preguntarle cosas, pedirle su opinión tanto sobre cuestiones cotidianas, ordinarias, de la vida diaria como sobre temas extraordinarios. Charlar un rato con ella.

Hoy ya no podremos tener esta ilusión de charlar con ella en la escalera, en la portería de casa o tomando un café, pero sí lo podemos hacer a través de ella, de sus libros, de sus columnas de opinión, de sus artículos. Estará ahí para nosotras. Y nosotras estaremos ahí para ella.

Que estas líneas sirvan para expresar nuestro homenaje y nuestro agradecimiento, Almudena. Gracias.



**Olga Fernández Quiroga**

## A nuestras hermanas asesinadas

**Leonor Taboada Spinardi**  
Directora MyS



## EL virus del patriarcado: LA ETERNA PANDEMIA ASESINA

Cada día en España y en el mundo mueren mujeres asesinadas, a veces con sus hijos e hijas, sin que el virus eterno del patriarcado tenga una respuesta de la sociedad. No sé cuál es el virus más doloroso. No hay mascarillas ni distancia de seguridad ni vacunas. Y a veces, ni siquiera esperanzas. NO OLVIDEMOS ESTE VIRUS Y SIGAMOS COMBATIENDOLO!

## “salvar” La vida humana no es una cuestión solo de mujeres



**Dolores Romano Mozo**

<https://eeb.org/>

Responsable de políticas de sustancias químicas en la Oficina Europea de Medio Ambiente (EEB)

Durante la primera quincena de noviembre la COP26 (26 Conferencia de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático) ha sido el centro de atención mediática mundial. Representantes de los 196 países que han ratificado la Convención Marco de las Naciones Unidas para el Cambio Climático se han reunido para discutir cómo controlar las emisiones de sustancias que ocasionan el efecto invernadero y frenar el cambio climático. Entrevistamos a Yayo Herrero, para tener una mirada ecofeminista sobre la crisis climática.

**Yayo, la Wikipedia dice que eres antropóloga, ingeniera, profesora, investigadora y activista ecofeminista, ¿Cómo quieres que te presentemos?**

*Así está muy bien, Dolores, aunque creo que sobre todo intento ser activista de la divulgación y la educación desde los enfoques de la sostenibilidad de la vida.*

**¿Qué es el ecofeminismo?**

*El ecofeminismo es una corriente de pensamiento y un movimiento social que explora los encuentros y posibles sinergias entre ecologismo y feminismo*

*El ecofeminismo somete a revisión conceptos clave de nuestra cultura: economía, progreso, ciencia... Considera que estas nociones hegemónicas han mostrado su incapacidad para conducir a los pueblos a una vida digna. Por eso es necesario dirigir la vista a un paradigma nuevo que debe inspirarse en las formas de relación practicadas por las mujeres.*

**“El ecofeminismo somete a revisión conceptos clave de nuestra cultura: economía, progreso, ciencia...”**

*Desde los puntos de vista filosófico y antropológico, el ecofeminismo permite reconocernos, situarnos y comprendernos mejor como especie, ayuda a comprender las causas y repercusiones de la estricta división que la sociedad occidental ha establecido entre Naturaleza y*

*Cultura, o entre la razón y el cuerpo.*

*Desarrolla una mirada crítica sobre el actual modelo social, económico y cultural y propone una mirada diferente sobre la realidad cotidiana y la política, dando valor a elementos, prác-*

*ticas y sujetos que han sido designados como inferiores y que han sido invisibilizados. .*

**¿Cómo resuenan el agua, aire, fuego, vida, los elementos que le dan nombre a tu libro “los cinco elementos” en el cuerpo de las mujeres?**

*Por una parte son los elementos que nos componen, igual que a todos los cuerpos vivos. Somos agua, aire, tierra, vida... Por otra, las mujeres, no por naturaleza sino por el rol que impone la sociedad patriarcal son aquellas a las que les toca sostener cotidianamente generacionalmente la vida humana en un modelo económico y político que ataca la propia vida.*

*La contaminación del aire y del agua, la degradación y la desposesión de la tierra, el extractivismo, el uso descomunal de las energías renovables, la contaminación y la alteración de los ciclos y equilibrios que han hecho posible la expansión y el mantenimiento de la vida humana, impactan de una forma más violenta en el cuerpo de las mujeres. Este impacto desigual se debe, por una parte, a la fisiología de nuestro propio cuerpo que acumula y sufre en mayor medida la enfermedad que acarrea la contaminación. Por otra, al ser quienes en mayor medida cuidamos de las personas más frágiles o enfermas, esta guerra contra la vida se evidencia en los tiempos y vidas cotidianas de las mujeres.*

*Además, la propia resistencia ante las prácticas extractivistas y contaminantes en muchos lugares es organizada por comunidades de mujeres.*

**¿Cómo aborda el ecofeminismo la crisis climática?**

**¿Cómo piensas los ámbitos en los que esta emergencia climática afecta a las mujeres, en una sociedad heteropatriarcal?**

*La guerra contra la vida no afecta de forma simétrica a toda la población. La infancia, las personas mayores y enfermas, los*

Foto: Clara Elías



# entrevista a Yayo Herrero

pueblos originarios, mujeres y personas pobres, especialmente en los países más empobrecidos, son los grupos de población más expuestos y más vulnerables ante la crisis ecológica. Teniendo en cuenta que quienes se ocupan del cuidado de la infancia, de las personas mayores y enfermas y de la producción de alimentos de subsistencia son mayoritariamente mujeres, no es difícil darse cuenta hasta qué punto son las que cargan sobre sus vidas las consecuencias de un modelo de vida ecocida y las que resisten y luchan para sostener las comunidades.

El 80% de las personas desplazadas por el cambio climático son mujeres y, por ejemplo, más del 70% de las personas que fallecieron en el tsunami de Asia en 2004 fueron mujeres (NNUU 2016).

Gran parte de la responsabilidad de producir y procesar alimentos y de garantizar el mantenimiento de sus hogares recae sobre ellas. Por ello padecen de manera más profunda el impacto del clima extremo, la desaparición del agua, la degradación de la tierra y los desplazamientos forzosos. Incluso

cuando los recursos escasean, son normalmente las mujeres quienes dan de comer en primer lugar a sus maridos e hijos antes que alimentarse a ellas mismas.

En segundo lugar, las mujeres viven de forma muy dura el ex-

tractivismo, la construcción de grandes infraestructuras en los territorios y la proliferación de extensiones de monocultivos. Se ven obligadas a combinar la resistencia con los trabajos de producción y de cuidados en situaciones de violencia y conflicto; y sus cuerpos son utilizados como campo de batalla y de castigo. Diferentes organizaciones de defensa de los derechos humanos llaman la atención sobre las situaciones de intimidación y hostigamiento, amenazas, campañas de desprestigio, violencia, detención irregular y asesinato de mujeres activistas. Los modelos de producción y consumo de los lugares de privilegio caen como una losa sobre ellas y sus comunidades. Las consecuencias se extienden sobre las mujeres migradas y expulsadas de sus territorios. Sufren por su condición de trabajadoras precarias en sectores como el de la limpieza, hostelería, turismo, servicios sociales, residencias de mayores y cuidados, asistencia domiciliaria y los sectores manufactureros de más bajos salarios, como el del textil o el del calzado, deslocalizados en países empobrecidos. Esta forma de producir oculta la esclavitud laboral y las prácticas deni-



grantes: horarios abusivos, despidos durante los embarazos o constante acoso sexual. Se ven obligadas a salir y regresar a sus hogares a horas inseguras, son explotadas por redes de trata, son desaparecidas y asesinadas.

**Las valoraciones que leemos en los principales medios de comunicación sobre la COP26 tienden a ver la botella medio llena, nos dicen que lo importante es que se ha puesto el**

**cambio climático en la agenda política, que el cambio es posible y que las asociaciones ecologistas deben evitar el catastrofismo. Tienes fama de ser optimista recalcitrante, ¿compartes esta valoración?**

No me definiría como optimista. Creo que la situación actual es extremadamente grave. No me parece que estemos para celebrar que el resultado de la COP26 sea solo que la política hable de cambio climático.

Hace medio siglo que se adelantó la crisis ecosocial y las consecuencias monstruosas que tendría si se seguía por el mismo camino.

El capitalismo desbocado es una verdadera religión civil, en un fundamentalismo religioso. El problema es que una buena parte de los gobiernos y la sociedad que los elige han interiorizado que el crecimiento económico y el dinero son sagrados. Eso nos lleva a una lógica del sacrificio: merece la pena sacrificarlo todo para que la economía crezca, pues es la única manera de satisfacer nuestras necesidades y de que el sistema se mantenga en pie. Desde esa perspectiva es difícil imaginar una forma diferente de hacer las cosas.

No podemos decir, con los datos en la mano, que las perspectivas sean precisamente optimistas. Lo que sí creo es que en todo momento, en cada lugar hay posibilidad de poder enfrentar esto desde la justicia, el apoyo mutuo, el reparto y el cuidado. No es lo mismo colapsar de una forma violenta que hacerlo comunitariamente, con la clara intención de cambiar sin dejar mucha gente atrás.

Yo creo que involucrarse y tomar parte en la tarea de reorganizar la vida en común desde esta perspectiva, ofrece, ya de partida, un sentido vital casi inagotable. Creo que uno de los mayores ejercicios de respeto hacia las personas y la propia libertad es tratar de ayudar a la gente a ver la realidad cara a cara

para poder trabajar desde allí.

No hay posibilidad de intervención, de participación, de hacerse cargo de tu vida si no somos conscientes de que somos responsables. Y esto es básico para generar una cultura del cui-

**El capitalismo desbocado es una verdadera religión civil, en un fundamentalismo religioso**

*dado. Cuidamos a otros y otras y a la Tierra porque nos sentimos responsables. Cuando esto ocurre, se desencadena una capacidad común para que la existencia cotidiana y futura sea mejor y más digna. Y ahí es dónde yo me siento esperanzada.*

*Los pequeños cambios no necesariamente llevan a un cambio en lo global, pero la articulación en el territorio, en lo concreto, con otra gente, sobre lo que afecta a nuestras circunstancias vitales concretas, es un caldo de cultivo y un espacio de aprendizaje para tejer poder colectivo y eso es crucial para poder cambiar lo global. Como veo tanta gente, tantas experiencias e iniciativas bien conectadas a mi alrededor, sí me siento esperanzada. Tengo la convicción de que existe potencial y capacidad para transformar las cosas.*

### **Has escrito que hay que repensar la vida en tiempos de emergencia ... ¿En qué sentido?**

*El punto de partida es la inevitable reducción de la extracción y presión sobre los ciclos naturales. En un planeta con límites ya sobrepasados, el decrecimiento de la esfera material de la economía global no es tanto una opción como un dato. Esta adaptación puede producirse mediante la lucha por el uso de los recursos decrecientes o mediante un proceso de reajuste decidido y anticipado con criterios de equidad.*

*Si consideramos las salidas de la crisis desde un punto de vista*

*toda la inversión millonaria post Covid debería canalizarse a través de un sistema de indicadores multicriterio*

*ecofeminista que asuma la reducción de la escala material de la economía como un dato, ahora mismo hay dos grandes prioridades. La primera es la protección de la vida de las personas, y esto significa pensar en garantizar un suelo mínimo de necesidades:*

*vivienda, suministro básico de energía, alimentación, salud, educación, relaciones, cuidados y participación. En segundo lugar, necesitamos recomponer metabolismos económicos y sociales que, no solo no intenten romper un techo ecológico que ya está superado, sino que se ciñan a unos mínimos garantizados para el bienestar humano. Por ejemplo, toda la inversión millonaria post Covid debería canalizarse a través de un sistema de indicadores multicriterio que abarque desde el bienestar y la seguridad de las personas hasta la necesidad de reducir drásticamente la huella ecológica global, teniendo en cuenta los materiales necesarios para ello. Tener esto en cuenta al invertir en la reconstrucción asegurará que las personas y los modelos económicos sean más resilientes cuando llegue la próxima crisis. ¿Hasta cuándo podremos seguir haciendo, cada 15 o 20 años, inversiones absolutamente colosales para mantener un sistema que se hunde y no se sostiene?. Entiendo que cuando estás en política hay cuestiones más inmediatas que otras, pero el reto está en asegurarse*



*de que lo que hagamos a corto plazo no impida la consecución de objetivos razonables a medio plazo.*

*Abordar esta transición con criterios de equidad, obliga a promover una cultura de la suficiencia, a apostar por la relocalización de la economía y el establecimiento de circuitos cortos de comercialización, a respetar y promover un tejido rural vivo, a disminuir el transporte y la velocidad... Supone abordar la redistribución y reparto de la riqueza, así como una reconceptualización de la misma. En un planeta físicamente limitado, en el que un crecimiento económico ilimitado no es posible, la justicia se relaciona directamente con la distribución y reparto de la misma.*

### **¿Qué podemos hacer nosotras, las mujeres, para tratar de evitar el desastre, tanto a nivel individual como colectivo?**

*Las dimensiones ecológica y feminista son imprescindibles para transformar la concepción y la gestión del territorio y para reorganizar los tiempos de la gente... Sin ellas, es imposible alumbrar un modelo compatible con la biosfera y que trate de dar respuesta a todas las diferentes formas de desigualdad.*

*Los ecofeminismos, poco a poco, van calando en los análisis de otros movimientos sociales y políticos. Creemos que esta mirada resulta imprescindible para realizar un análisis material completo del metabolismo social y establecer diagnósticos más ajustados sobre la crisis civilizatoria. Esta mirada es central para ayudar a diseñar las transiciones necesarias hacia una sociedad más justa y compatible con los límites de la naturaleza.*

*Una cuestión esencial es la implicación de los hombres y las instituciones. No se trata de dar palmaditas sino de corresponsabilizarse con la tarea de sostener vidas dignas. "Salvar" la vida humana no es una cuestión solo de mujeres.*

- United Nations Development Programme. Human Development Report (2016), descargado el 8 de diciembre de 2020 de [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf)
- Puleo, Alicia (2011): Ecofeminismo para otro mundo posible, Madrid: Cátedra.
- Shiva, V. y Mies, M. (1997), Ecofeminismo, Icaria



**Francisca Mas Busquets**

Abogada. Presidenta del Lobby de Dones de Mallorca

# Poder judicial: juzgar a Los jueces

## ***“¡Cuántos enormes esfuerzos requiere esta ficción!” \****

El desconcierto por algunas resoluciones judiciales, en supuestos referidos a los derechos de las mujeres se ha convertido en habitual, lo cual es una auténtica calamidad social. Con ello no sólo aumenta la desconfianza en el sistema judicial en especial por parte de las mujeres, que no ven tutelados sus derechos en algunas de las situaciones más graves que pueden ocurrir en sus vidas, sino que también confirma que algunas personas que ejercen este poder del estado, no tienen la menor comprensión de lo que comporta ser mujer en esta sociedad patriarcal ni la menor empatía hacia el dolor de tantas mujeres y niñas.

Los últimos ejemplos conocidos muestran tal desconexión de la realidad social y tanta misoginia, que resulta inquietante. Desde la negativa de un juez de Granada a suspender la pena de prisión que le queda por cumplir a Juana Rivas una vez rebajada por el indulto, hasta la más hiriente: la sentencia del Tribunal Supremo que ha absuelto a dos hombres condenados por abusar sexualmente de una adolescente de 13 años de edad.

Les absuelven de las condenas de 10 años de cárcel, realizando la interpretación más perjudicial para esta niña de 13 años, de lo que ocurrió. Este proceso ha pasado de una condena por violación a una absolución al entender entre otras barbaridades que la menor tenía “una cierta experiencia en el ámbito de las relaciones sexuales” y que pudo existir una simetría en cuanto a edad, desarrollo y madurez física y psicológica”.

Se consuma de nuevo el fenómeno de la violencia institucional, descrito por el feminismo, que paradójicamente conlleva que, quien te debe entender, proteger y castigar sin paliativos estas conductas, sea quien aumenta tu dolor, expone tu intimidad y perpetua unos mensajes despiadados por misóginos e injustos.

Tenemos un grave problema con la judicatura, más que con el Código Penal y otras normativas.

Hace varios años que existe la obligación de que todas las pruebas selectivas para el ingreso y la promoción en las Carreras Judicial y Fiscal contemplen el estudio del principio de igualdad entre mujeres y hombres, las medidas contra la violencia de género, y su aplicación con carácter transversal en el ámbito de la función jurisdiccional.

Y muchos más años, desde el 2014 en que España ratificó el Convenio de Estambul, en que se recogió la necesaria formación de los profesionales implicados en prevenir, investigar, castigar y reparar los perjuicios ocasionados por los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación de este Convenio.

Por tanto, otro fracaso más que subyace a una formalidad legal sobre la igualdad y la prevención de la violencia que se pregona como la más avanzada de nuestro entorno.

Demasiadas veces queda patente que el derecho es un instrumento muy representativo en manos del poder para generar discriminación y opresión de la mujer, detrás de la ficción teórica de neutralidad e imparcialidad; y lo más frecuentes es la misoginia, poner en entredicho las manifestaciones de las mujeres, ¡siempre esta ancestral duda sobre nuestra palabra!, y la presencia de estereotipos y prejuicios sobre la categoría de víctima.

Y ello ocurre, sobre todo, porque una parte de los profesionales del derecho todavía no han asumido los cambios sociales impulsados por las mujeres, la redefinición de la realidad que ha realizado el pensamiento feminista. Así, siguen ignorando que las violaciones y otras conductas sexuales contra las mujeres son manifestaciones de una violencia de género primaria: el cuerpo de la mujer es un objeto para ser usado por el hombre, una forma de mostrar y ejercer poder.

Además de pedir un acceso más democrático a la carrera judicial asegurando que todas las personas que acceden a ella tengan un sedimento humanístico y más experiencia vital, hay que insistir en más formación y capacitación, aunque al parecer no es garantía suficiente.

Tal vez sería el momento de exigir responsabilidades, y exigir las a quienes tienen un inmenso poder sobre la vida de las personas.

La Ley Orgánica del Poder Judicial en su art. 14 dice que los Jueces y Magistrados que se consideren inquietados o perturbados en su independencia lo pondrán en conocimiento del Consejo General del Poder Judicial, dando cuenta de los hechos al Juez o Tribunal competente para seguir el procedimiento adecuado, sin perjuicio de practicar por sí mismos las diligencias estrictamente indispensables para asegurar la acción de la justicia y restaurar el orden jurídico.

¿Para cuándo la misma posibilidad para las mujeres?

\*Expresión de un personaje de Lev Tolstoi en “Resurrección”, al contemplar un juicio penal.

# Afganistán en el corazón: La victoria más temida



**Ángeles Martínez  
Martínez**

Cooperante, especialista  
en género y protección

Cuando Leonor me pidió escribir sobre Afganistán, llevaba meses siguiendo las desoladoras noticias sobre el rápido ascenso de los talibanes, provincia tras provincia: sin apenas resistencia, ni casi bajas humanas. No me lo esperaba.

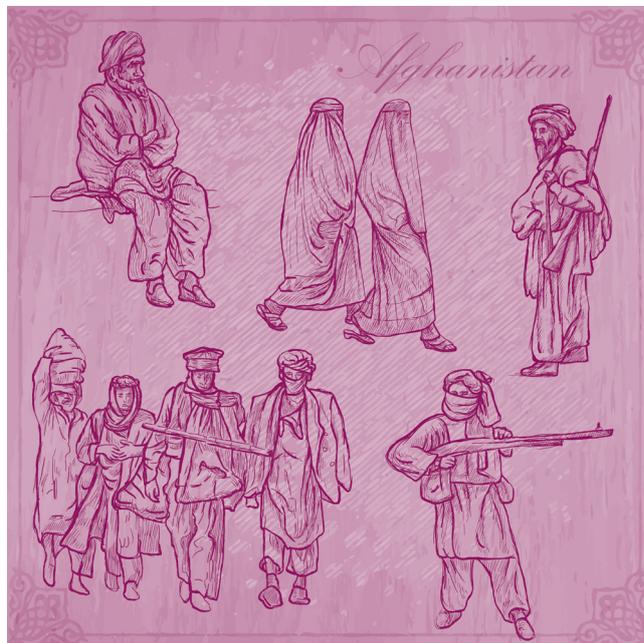
A lo largo de cuatro años en distintas épocas de misiones, evaluaciones y viajes por el país, he tenido ocasión de conocer algo de Afganistán, la bondad de sus gentes, y caer atrapada en su magia, en pocos sitios cohabitan y contrastan como allí, la belleza y la crueldad a 1 partes iguales.

Sabedora del coraje y resiliencia de la población afgana, confiaba que gracias a los veinte años -2001/2021- de parciales e imperfectos progresos en el desarrollo del país, pese a la corrupción y la inseguridad que nunca cesaron, se obraría el desenlace milagroso: la victoria de las fuerzas de seguridad afganas sobre los talibanes e insurgentes. Esperaba un plan oculto, más resistencia civil o armada, y en último caso, el rescate del séptimo de caballería, de las fuerzas armadas internacionales aún presentes en el país hasta agosto. Nada de eso funcionó: Kabul, la rebelde, también cayó, al tiempo que alzó el vuelo, la lealtad internacional, en aviones de solo ida y pasaje limitado.

## **Nadie quedará atrás**<sup>2</sup>

En agosto pasado, pese a las reconfortantes palabras de los Ministros de Exteriores, Defensa y del propio presidente del Gobierno español, muchos y muchas afganas sí quedaron atrás, quedaron miles de personas en peligro de muerte y de cárcel, por defender la libertad de informar, los derechos humanos y de la mujer, o por denunciar la corrupción. Mientras se abrían las rejas y salían criminales y terroristas, me preguntaba por la seguridad de las activistas, abogadas, juezas, periodistas, cantantes, artistas, deportistas, amenazadas por esos mismos que ahora paseaban libres por las calles.

Muchas de mis antiguas compañeras y sus familias, se han visto obligadas a cambiar de domicilio, una y otra vez, por miedo a la delación, a la venganza. Un antiguo compañero me rogaba que le ayudara a sacar del país a sus hijas de 15 y 17 años, ambas estudiantes. para permitirles seguir viviendo, estudiar... no pedía nada para él, ni para su mujer ni su hijo, solo quería que salieran ellas con la oportunidad de una beca y ganar tiempo.



## **Más violencia no equivale a conquista: la lección afgana**

Los afganos llevan cuatro décadas de conflictos, millones de desplazados/as, varias diásporas y muchas generaciones perdidas. Pero el fanatismo y la resiliencia afgana no se pueden derrocar con fetichismo militar: los insurgentes dominan mucho mejor la escena bélica y lo que es suyo desde siempre: el duro clima, las montañas, la fe impostada del terror, la determinación, el manejo cruel de las tradiciones, la paciencia...

En veinte años de intervención militar, ningún país aliado miembro de la ISAF (Fuerza Internacional de Asistencia para la Seguridad) ha reconocido que la guerra contra la insurgencia afgana se estaba perdiendo, y que quizá se hacía imperativo cambiar de táctica. En 2017, el informe del SIGAR -Special Inspector General for Afghanistan Reconstruction-, analizaba para el Congreso de EE.UU., los fallos de la estrategia militar de Estados Unidos y de la coalición internacional. Se apuntaba al hambre, la pobreza y los miles de desplazados en amplias áreas de Afganistán... los índices de bajas insostenibles entre las fuerzas armadas afganas (contra los grupos armados insurgentes), ... y el control de los talibanes y otros grupos terroristas en gran parte del país, con grandes áreas de Afganistán prohibidas para los extranjeros<sup>3</sup>.

El informe SIGAR también alertaba de la amplia corrupción instalada en todos los estamentos gubernamentales (afganos) y de la sobrevalorada preparación del ejército y fuerzas de seguridad afganas. El informe no vio la luz pública hasta 2019. Así que, ¿nadie vio venir el desastre de una misión fallida?

Y ya puestos, como bien interpela ‘Mujeres de Negro en su último manifiesto: “Necesitamos saber ¿por qué, después del 9/11 2001, seguimos a los Estados Unidos en su objetivo de venganza, cuando antes y después, hubieron otras acciones terroristas en el planeta? ¿Vamos a seguir acompañándolos en sus futuras acciones de venganza?”

### Los logros

Afganistán fue mi primera misión importante al frente de un auténtico programa de cooperación feminista, de mujeres para mujeres, que integraban algunas áreas fundamentales en cooperación internacional:

- 1) La capacitación y formación de personal nacional (abogadas, psicólogas, otras).
- 2) La creación de espacios seguros y la protección jurídica a mujeres y niñas.
- 3) El apoyo y colaboración con instituciones relevantes para el desarrollo de políticas y planes nacionales de igualdad, de participación de mujeres, protección de la infancia, etc.

En Afganistán, la generación de veinte años sin gobierno talibán, permitió frágiles remansos de paz, la eclosión de escuelas para niñas y niños en capitales de provincias y en zona rural, y hasta un proyecto educativo a distancia por televisión. Toda una revolución.

Otro gran reencuentro con la libertad, fue la reforma de la justicia afgana -auspiciada por la cooperación italiana-, la defensa de la mujeres al divorcio, la apertura de casas de acogida para mujeres y niñas amenazadas por la violencia de honor y familiar. Tantos logros. . .

Y, si bien, al principio, muchos de estos conceptos -típicamente occidentales, como las casas de acogida- permanecieron ajenos a la cultura tradicional afgana, muy pronto, muchas mujeres y grupos de mujeres afganas, hicieron suyos los beneficios de la educación, del acceso al trabajo, y el empoderamiento económico de aquellas que trabajaban en ongs o ministerios. Se abrieron muchas mentes, desarrollando talentos, montando pequeñas empresas, y ocupando sillas en el Parlamento y las universidades.

Nunca libres de miedo, con mucho esfuerzo y peligro para sus vidas, pero mujeres de todas las etnias ocuparon su lugar en la sociedad, logrando con orgullo y determinación, hitos que no podrán borrarse sin más.

### Las pérdidas

Sin Ministerio de la Mujer. Sin mujeres en el Gabinete talibán, ni en el Parlamento.

En agosto de 2021, tal y como ocurrió en los años 90, recién asomados al poder, los talibanes volvieron a eliminar a las mujeres de sus lugares de poder y representación.

Primero, haciendo desaparecer el Ministerio de los Asuntos de la Mujer, -Delbar Nazari fue su última Ministra-, prohibiendo la entrada a todas las funcionarias, y cambiándole el nombre por el funesto: “Ministerio del Rezo y Guía para la Promoción

y el Fomento de la Virtud y la Prevención del Vicio”, tan temido en los años 90 por castigos corporales a mujeres que no iban vestidas de acuerdo con el canon talibán, o no ir acompañadas de un mahram, -padre, marido, hijo o hermano-.

Las mujeres, ya sean afganas, africanas, asiáticas, feministas o conservadoras, conforman una realidad y grupos heterogéneos. Igual sucede en Afganistán. Los años 60 y 70 supusieron una apertura en las costumbres de todas y todos, con la declaración de algunos derechos igualitarios recogidos en la Constitución de entonces. Fotos de esos años, sorprenden por mostrar grupos de estudiantes con minifaldas y melenas sin velo, aunque principalmente en Kabul.

Durante los años 80 de la sangrienta invasión soviética, otro gran cambio para las mujeres afganas: el trabajo era obligatorio, y se estimulaba el estudio, así que no pocas mujeres me confesaron que echaban de menos los avances de aquella época, aunque otras tantas afganas tomaron parte en combates contra los soviéticos.

Con la llegada de los talibanes en 1996, los derechos civiles y de las mujeres quedaron abolidos y pasaron de la fábrica y la escuela a la oscuridad.

Hoy, como entonces, han vuelto a desaparecer las mujeres del parlamento, de los estrados, de las calles y escaparates. También se hace chica la presencia de minorías étnicas, particularmente de los Hazara, y ha regresado el miedo a todo aquel/la que se significó públicamente en tiempos de más libertad.

### Las afganas y la resistencia

Las maestras fueron las heroínas silenciosas en la época talibán pretérita, y su resistencia pacífica permitió a muchas niñas estudiar en escuelas improvisadas y clandestinas. Veremos cómo se reorganizan ahora desde dentro.

Desde fuera, en Grecia, 28 parlamentarias afganas, algunas profesoras, abogadas, juezas y activistas han creado su parlamento en el exilio, y preparan la resistencia, alianzas con miembros del gobierno griego, embajadas de países occidentales.

Su agenda: asegurar que la ayuda humanitaria llegue a los más desposeídos/as, a las viudas, a los huérfanos, y que se mantengan los derechos de las mujeres bajo el régimen talibán. Tienen pendiente entrevistarse con la administración de Biden. Habrá que seguirlas. <sup>4</sup>

### Y nosotras ¿?

La comunidad internacional debe ejercer sus responsabilidades y auspiciar que los logros y derechos civiles, humanos, económicos y políticos no se pierdan. El acceso a la educación de niñas y niños, de las mujeres al trabajo, y a las calles seguras, no pueden negociarse con

los talibanes. Hay que dignificar el irremediable diálogo con los bárbaros, elevar el listón de las exigencias (porque hay mucho dinero en juego) y esa es nuestra responsabilidad.

Por eso, preocupa que, pese al no reconocimiento del gobierno talibán, algunas delegaciones de países occidentales ya se hayan reunido con miembros del gobierno talibán, sin que nin-

guna mujer esté presente, en ninguno de los bandos. Eso debe cambiar urgentemente.

- Esperamos mucho de los nuevos gestores de la intervención humanitaria, y el punto de mira está puesto en la Comunidad Europea, los grandes fondos que tanto ansían los talibanes, las agencias de Naciones Unidas y las influyentes empresas y corporaciones privadas, dispuestas a repartirse nuevos expolios de territorios ricos en minerales y violencia. Afganistán sigue siendo rentable políticamente. Ahí están Pakistán, China, Rusia, Irán.



Tabla basada en datos de Linda Bilmes, Harvard University's Kennedy School, del Proyecto Costes de Guerra de la Universidad de Brown

Coste humano estimado, en vidas (2001-2021)	Coste material
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 51.000 civiles afganos/as incluidos niños/as</li> <li>• + 241.000 soldados afganos y paquistaníes</li> <li>• 3500 soldados aliados (2448 soldados americanos, 104 soldados españoles)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EE.UU. : más de 2 billones de dólares (sin contar intereses de créditos para pagar la guerra)</li> <li>• Gran Bretaña: 37.000 millones de libras esterlinas</li> <li>• Alemania: 12.500 millones de euros.</li> <li>• España: 4.000 millones de euros</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 millones de desplazados, incluidos niños/as</li> <li>• En 2020, se estimaba que la mayoría de afganos viven con menos de 2 dólares al día</li> </ul>	

### Unas cuantas cosas que he aprendido en el camino

Se necesita mucho tiempo y mucho más que mil batallas para influir en las 'mentes y corazones', ya sean de los afganos y de cualquier población que se desee conquistar. La palabrería hueca de los que, demasiado pronto, se creyeron vencedores, debe ser una lección aprendida para siempre, incluida para España, como miembro de la ISAF/OTAN.

Por otro lado, la cooperación al desarrollo, los programas de ayuda humanitaria, deben permanecer neutrales y marcar muchas distancias con cualquier intervención militar, disfrazada de 'reconstrucción' como la misión de España en Afganistán.

Son muchos los y las jóvenes nacidos/as en estos veinte años. El país ha cambiado, lo quieran los bárbaros o no. Las afganas y los afganos no se conformarán con más represión, ni con la pobreza intolerable de tener que vender a sus hijos/as para que puedan sobrevivir. Ellas y ellos lo harán solos, sólo necesitan que no metamos la pata una vez más.

Mientras se organiza la ayuda a Afganistán, al borde de la peor tragedia humanitaria, la comunidad internacional ha de establecer bases firmes y claras de negociación y, exigir entre otros:

- La repatriación y salida segura de todas las personas que por su condición pública o perfil vulnerable, sigan escondidas y se sientan en peligro.

- La representación de mujeres afganas en cualquier mesa de diálogo y de negociación con los talibanes. No puede haber interlocución para sentar las bases de la ayuda humanitaria, sin ellas.

- Acceso seguro a la educación de niñas y estudiantes en escuelas y universidades, ahora reservada a los varones.
- Recuperación de los espacios de trabajo y representación de mujeres profesionales, funcionarias, sanitarias, etc.
- Implementación adaptada y gradual de la Resolución de Naciones Unidas 1325 en Afganistán: este punto es urgente y vital y debe formar parte de los proyectos por venir. La obligación inquebrantable de implementar la R1325, es ahora, mucho más que deber moral: es su momento histórico.

Lo contrario sería un nuevo quebranto a la salud moral de la Agencia de Naciones Unidas, y, como recordaba Phumzile Mlambo-Ngcuka, directora ejecutiva de ONU Mujeres, "La participación de las mujeres en los acuerdos (de paz) no es necesaria

porque ellas sean más pacíficas, sino por que son sujetos políticos de derecho "Y garantizan períodos de paz más duraderos porque incluyen a la mitad de la población. Por eso son más exitosos".<sup>5</sup>

1 Carta de amor a Kabul: los lugares que no voy a olvidar de la capital afgana <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59177257>

2 <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/exteriores/Paginas/2021/130821-albares-kabul.aspx> [https://www.eldiario.es/desalambre/incertidumbre-afganos-espana-dejo-nadie-dice\\_1\\_8313150.html](https://www.eldiario.es/desalambre/incertidumbre-afganos-espana-dejo-nadie-dice_1_8313150.html)

3 <https://www.sigar.mil/pdf/quarterlyreports/2017-10-30qr.pdf>

4 <https://theconversation.com/afghan-women-have-a-long-history-of-taking-leadership-and-fighting-for-their-rights-167872>

5 <https://elpais.com/planeta-futuro/2020-10-30/dejen-a-las-mujeres-en-paz.html>

# diseño de Los ensayos clínicos de Las vacunas anti covid-19: ¿Dónde quedó el ciclo menstrual?



**Enriqueta  
Barranco Castillo**  
Médica ginecóloga  
Profesora asociada de la  
Universidad de Granada

Siguiendo el ejemplo de los notable logros en innovación de vacunas e investigación durante la pandemia por el SARS2 COVID-19, tenemos una oportunidad para corregir el rumbo de la integración del sexo biológico como variable central en diseño de estudios, análisis e informes. Pero los factores sexuales, incluidos los análisis desagregados por sexo y los informes correspondientes todavía se descuidan en la investigación de medicamentos y en su regulación.<sup>1</sup>

Para presentar la repercusión mediática de estos inesperados –por no estudiados- efectos secundarios, hemos recurrido a la web, utilizando las palabras clave “menstruación, COVID y vacunas” y nos hemos encontrado con que en Google hay más de 50 páginas destinadas a dar cuenta de lo que está sucediendo, pero en un meta buscador específico como es PubMed no hay más de diez artículos que hagan alusión directa al tema, y muchos de ellos están asociados a las repercusiones que la vacuna podría o no tener sobre la fecundidad femenina, pero no sobre la salud de las mujeres que es la que se puede ver afectada por los trastornos menstruales, debido a que se las medicalizará, se recurrirá a técnicas invasivas para descartar patologías, como puede ser la histeroscopia, etc. El “ser para otros” – fértil- predomina sobre el “ser para sí” – mujeres saludables-.

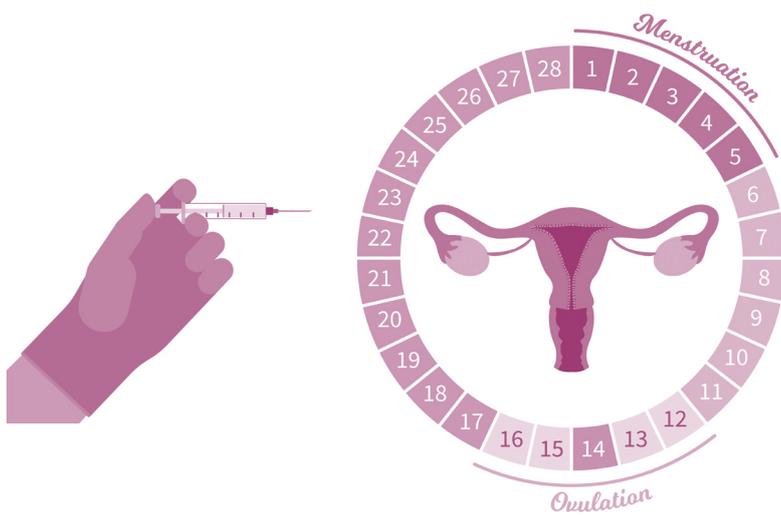
Estamos acostumbradas a intentar visibilizar las formas en las que se ha “ocultado” a las mujeres en los ensayos clínicos, y lo venimos reiterando desde hace años. Pero he aquí que ahora nos hemos encontrado con un problema con el que no contábamos, el de haber incluido a mujeres en los ensayos clínicos de las vacunas para el virus SARS-2 COVID-19, pero con grandes lagunas en cuanto a su fisiología se refiere. Revisados los protocolos, y creo que esto es lo más llamativo, parece como si las mujeres no existiéramos con nuestras diferencias fisiológicas, porque en ninguno se incluyó una pregunta específica sobre la menstruación y los problemas relacionados con ella. Sólo se exigía, y se controlaba, que las mujeres fueran usuarias de “anticoncepción eficaz”<sup>2</sup>, lo que en cierta medida les hacía presumir que estaban en las mismas condiciones que los hombres, es decir, no quedarían embarazadas, y si esto se producía inmediatamente serían retiradas del ensayo.

Tras esta gravísima omisión se daría comienzo la vacunación masiva de hombres y mujeres, a quienes se les podría informar de los efectos secundarios que habían experimentado los sujetos participantes en el ensayo clínico, pero obviamente de nada que repercutiera sobre la menstruación ¡los hombres no menstrúan! Y muchas mujeres menstrúan en silencio.

En los primeros días del mes de abril de 2001 Merchant<sup>3</sup> dio por primera vez la señal de alerta sobre lo que podía suceder al haber tenido conocimiento de que muchas mujeres en todo el mundo se quejaban de trastornos menstruales después de haber sido vacunadas frente al SARS CoVID-19, con independencia de la vacuna recibida, y advertía que era posible que la trombocitopenia inducida por la vacuna pudiera explicar los episodios de sangrado menstrual abundante experimentado, lo que en muchas podría provocar anemia grave, y recomendaba a los médicos y al personal sanitario de primera línea a que animaran a las mujeres para que informaran formalmente del sangrado menstrual abundante u otros episodios hemorrágicos extraordinarios posteriores a la vacunación, utilizando el sistema de notificación de reacciones adversas a la vacuna, estimando que era necesaria la intervención sanitaria para estudiar el problema, algo que en países como el nuestro se iba a ver seriamente dificultado por las limitaciones impuestas a la asistencia sanitaria a consecuencia de las infecciones por el SARS-2.

Desde entonces se han sucedido las teorías sobre el origen de las alteraciones menstruales. Recientemente, Mostafa Borahay y su equipo<sup>4</sup> plantean la hipótesis de que la respuesta inmune tras la vacunación pueda implicar al endometrio, lo que desencadenaría las irregularidades menstruales que padecen las mujeres, a lo que hay que añadir que no se justificarían, por ejemplo, los ciclos muy acortados. A este respecto Niamh Phelan, Lucy Ann Behan y Lisa Owens señalan que el acortamiento del ciclo, que es real, también tendría repercusiones para las mujeres que buscaran concebir.<sup>5</sup>

A finales del mes de julio, el colegio americano de obstetras y ginecólogos (ACOG) publicó sus “Consideraciones de la vacunación COVID-19 para la atención obstétrica y ginecológica. Asesoramiento para la práctica”, y tras un largo relato indicaba: “Ha habido informes anecdóticos de cambios temporales



en los patrones de menstruación (p. ej., menstruaciones más abundantes, inicio temprano o tardío y dismenorrea) en personas que se han vacunado recientemente contra COVID-19. Si bien el estrés ambiental puede afectar temporalmente a la menstruación, las vacunas no se han asociado previamente con alteraciones menstruales. [...] no hay ninguna razón para que las personas programen sus vacunas en función de sus ciclos menstruales; Se pueden administrar vacunas a quienes están menstruando en el momento de su administración.” Obviamente, queremos resaltar que no se había incluido ninguna pregunta sobre el hecho menstrual en los protocolos de los ensayos clínicos, como se comentó más arriba.

Por su parte, el Royal College Obstetricians and Gynaecologist (RCOG) mantiene una posición similar: “La evidencia disponible no confirma ni excluye la infección por Covid-19 o la vacunación Covid-19 como causas de cambio en el patrón de sangrado menstrual. La alteración es común y los casos pueden haber ocurrido coincidentemente alrededor del momento de la enfermedad o de la vacunación por Covid-19. No hay un claro indicador de si la infección o la vacunación causarían el cambio. El hecho de que haya muchos informes de patrones de sangrado alterados puede simplemente reflejar la variación normal de éste entre los millones de personas que tenían infecciones por Covid-19 o se vacunaban contra al Covid-19”<sup>6</sup>

Victoria Male insiste en que los cambios en los ciclos menstruales no se incluyen en las tarjetas de farmacovigilancia, a pesar de que cada vez son más los profesionales sanitarios que reciben consulta a consecuencia de ellos, y recomienda que de todo lo que se ha publicado es necesario extraer una importante lección, y es la de que los efectos de las intervenciones médicas sobre la menstruación no deben olvidarse en investigaciones futuras. Los ensayos clínicos son un medio ideal para diferenciar entre los cambios menstruales originados por estas intervenciones de aquellos que concurren accidentalmente, pero que es improbable que las participantes los refieran a menos que se les pregunte específicamente acerca de los mismos, y recomienda que en los futuros ensa-

ayos clínicos se incluyan datos sobre el particular. En resumen, estas noticias en la prensa científica más cualificada, siguen siendo objeto de atención secundaria, y en los escasos artículos que se han ocupado de reflejarlas, simplemente se han limitado a decirnos que “los trastornos menstruales son una cosa tan frecuente entre las mujeres que no se los puede relacionar con la vacunación”. Rápido análisis que vuelve a marginalizar al género femenino con “nuestros trastornos”, evidentemente son nuestros porque también es exclusivo nuestro ciclo menstrual.

Bajo mi punto de vista, estas desigualdades han puesto de manifiesto que no sólo tenemos que reclamar que los datos de los ensayos clínicos se presenten desagregados por sexo, sino que en los mismos se tengan en cuenta consideraciones tan femeninas y diferenciadas como los ciclos menstruales espontáneos, no los falsos inducidos por productos hormonales, y las modificaciones que sobre ellos puede tener cualquier injerencia que derive en una alteración del bienestar de las mujeres.

- 1 Meng Wang , Bo Zhang and Lei Jin. Female fertility under the impact of COVID-19 pandemic: a narrative review. Published online by Cambridge University Press: 02 November 2021. Wang, Meng, Bo Zhang, and Lei Jin. “Female fertility under impact of COVID-19 pandemic: a narrative review.” *Expert Reviews in Molecular Medicine* (2021): 1-21.
- 2 [https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001\\_Clinical\\_Protocol\\_Nov2020.pdf](https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001_Clinical_Protocol_Nov2020.pdf). PF-07302048 (BNT162 RNA-Based COVID-19 Vaccines) Protocol C4591001. A PHASE 1/2/3, PLACEBO-CONTROLLED, RANDOMIZED, OBSERVER-BLIND, DOSE-FINDING STUDY TO EVALUATE THE SAFETY, TOLERABILITY, IMMUNOGENICITY, AND EFFICACY OF SARS-COV-2 RNA VACCINE CANDIDATES AGAINST COVID-19 IN HEALTHY INDIVIDUALS.
- 3 Merchant, Hamid. “CoViD-19 post-vaccine menorrhagia, metrorrhagia or postmenopausal bleeding and potential risk of vaccine-induced thrombocytopenia in women.” *The BMJ* (2021): bmj-n958. <https://doi.org/10.1136/bmj.n958>
- 4 COVID-19 NEWS: Study to Investigate Impacts of COVID Vaccines on Menstruation <https://www.hopkinsmedicine.org/news/newsroom/news-releases/covid-19-news-study-to-investigate-impacts-of-covid-vaccines-on-menstruation> [consultada el 4 de diciembre de 2021]
- 5 Niamh Phelan, Lucy Ann Behan y Lisa Owens. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021; 12: 642755. Published online 2021 Mar 22. doi: 10.3389/fendo.2021.642755.
- 6 RCOG/FSRH respond to reports of 30,000 women’s periods affected after COVID-19 vaccine.
- 7 Male, V. Menstrual changes after covid-19 vaccination. A link is plausible and should be investigated. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n2211>



**Olga Fernández Quiroga**

Psicóloga especialista en psicología clínica

<https://ecriteriumes.wordpress.com/>

<https://twitter.com/Olfequir>

## DOLOR de regla

En esta nueva sección voy a relatar episodios/situaciones/momentos clínicos, ya sea en su planteamiento, en su tratamiento o en su resolución.

El punto de vista será el mío, como profesional de la salud mental y desde un encuadre psicoanalítico en la práctica clínica.

El objetivo podría ser hacer un poco de pedagogía, dentro de mis capacidades profesionales, del funcionamiento de la mente humana y de paso, ya que estoy, quisiera que estas líneas sirvieran para constatar la dejadez incomprensible que los procesos psíquicos y la enfermedad mental tienen en nuestras instituciones y específicamente en nuestras instituciones sanitarias, incluidos muchos profesionales. Esta situación se ha hecho muy visible en nuestros días, con la pandemia por la imposibilidad de tratar a la gente que lo necesita, también incluidos especialmente los/las profesionales sanitarios, esta vez como pacientes.

Para empezar, hoy, os relato lo que llamamos una viñeta clínica, o sea es un momento puntual del desarrollo de una sesión en un proceso terapéutico.

**Contexto:** mujer, de mediana edad. En un momento dado de una de las sesiones, dice:

— Tengo dolor de regla.

— ¿Cuál es la regla?— responde el analista.

Ella queda callada un momento. Escucha la pregunta del analista y se abre una nueva significación. Asocia esa pregunta con algo suyo muy íntimo. Un mandato materno. La regla que ha imperado en su vida respecto a los hombres y su relación con el sexo y el placer sexual. Se trataba de lo que le decía su madre respecto a los hombres:

— Los hombres sólo quieren eso.

“Eso”, era tener relaciones sexuales.

Los efectos de esta sesión, en concreto de esa viñeta, fueron muy productivos.

A partir de ese mismo mes, deja de sufrir los intensos dolores que padecía durante su menstruación.

Siempre había tenido dolores durante “la regla”, algunas veces muy intensos, que la imposibilitaban en el desarrollo de su vida cotidiana. Visitó muchos especialistas, y lo máximo que le llegaron a decir, fue:

— Cuando tengas hijos, se te pasará.

Se indignaba. Daban por supuesto que tendría hijos, cosa que ella, tan joven aún, no se planteaba. La única solución que encontró fueron los medicamentos. Tomaba pastillas

Saldeva (Paracetamol/Cafeína/Dimenhidrinato). El fármaco sigue existiendo en el mercado

Por supuesto, el dolor no desapareció cuando tuvo hijos.

¿Qué pasó en esta sesión?

En lingüística hay dos figuras bastante conocidas: la metáfora y la metonimia

La metáfora sustituye un concepto por otro (Las perlas de su boca, por los dientes).

La metonimia sería la conexión de una palabra con otra (dolor de regla/ dolor de barriga), con la que está vinculada ya sea por cercanía o por contigüidad.

En psicoanálisis se consideran manifestaciones del inconsciente.

Al decir en la sesión “dolor de regla”, en lugar de decir “dolor de barriga”, la escucha especial del analista oyó esa manifestación del inconsciente y preguntó cuál era esa regla. Otro día hablaré de la “escucha especial” del analista.

Esa pregunta abrió en esta mujer un extenso campo mental que hasta el momento le estaba vedado. Gracias a eso pudo empezar a trabajar acerca de cuál era esa regla y las otras reglas, que, sin ella saberlo, regían su vida en su relación con el placer y con los hombres.

Nunca volvió a sentir esos dolores, lo cuál para ella fue un inmenso placer y cambió la relación que, hasta el momento, había tenido con su menstruación.

Hubiera sido suficiente para justificar su análisis, pero solo fue una capa de la cebolla.

Quizás a las personas que estén poco familiarizadas con el psicoanálisis y la escucha psicoanalítica, les parezca increíble que un trastorno físico se pueda resolver por “una metonimia”, pero suele ser frecuente que en un análisis se vayan resolviendo cosas que no son el motivo de consulta inicial.

Muchas veces no se puede precisar con tanta exactitud como en este caso, el momento y el motivo de la resolución de un conflicto y además el paciente no tiene por qué saber cómo se ha resuelto. Tampoco le suele importar mucho, pero sí sabe que algo ha cambiado y se ha resuelto. Que su vida mejora y hay una repetición que ya no pasa. Eso es lo importante.

Como este número de MYS será el último del año 2021, quiero desearos a todas/os, un año nuevo con esperanza y que la alegría sea el suelo que pisemos.

Seguimos.

# EL patriarcado en el cuerpo: otro cuerpo es posible



## Charo Altable Vicario

Profesora y Terapeuta. Escritora.  
Associació per la Coeducació.(Valencia)

El cuerpo no es solamente una colección de órganos y funciones, una entidad individual sino también social, cultural y política y fundamentalmente una estructura simbólica, donde se proyecta e inscribe el género, la sexualidad, la raza, la clase social, la edad, la cultura, etc.

**Para Foucault** es el lugar donde se ejerce el poder, todas las relaciones de poder y, por tanto, donde se pueden observar los efectos de esas relaciones que ejercita el patriarcado a través de las categorías de sexo y género que establecerán las leyes, normas, imágenes, comportamientos, actitudes, afectos y pensamientos de los cuerpos femeninos y masculinos.

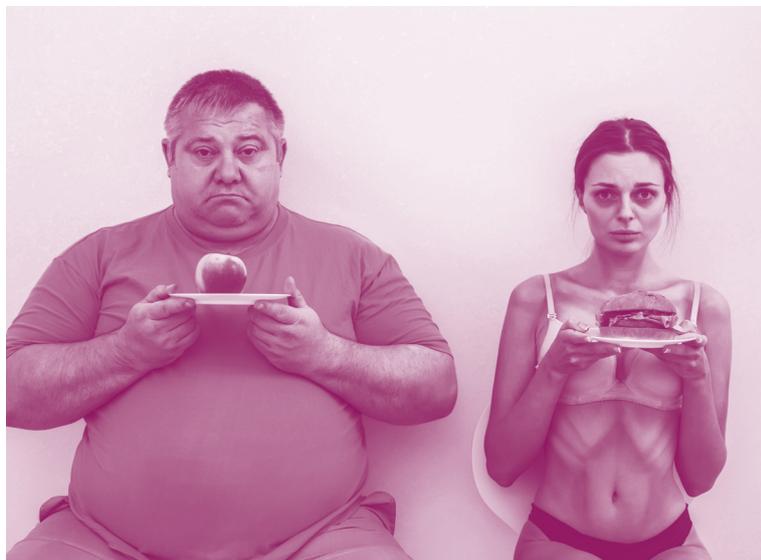
El cuerpo es entonces un espacio donde se construye la cultura androcéntrica y donde se proyectan las interpretaciones patriarcales de las emociones, de los síntomas, de la salud y de la enfermedad, a lo largo de nuestra socialización, incrementada además por una gran cantidad de empresas lucrativas que con la promesa de libertad, bienestar y alegría vuelven a construirnos un imaginario patriarcal aún más fuerte. Cuerpo, entonces, como un lugar político donde rebelarse a ese patriarcado y como espacio para el feminismo donde poder inscribir otra cultura para el cambio, donde inscribir la autonomía.

Es en este patriarcado, encarnado en el cuerpo, donde podemos observar las construcciones sociales de la masculinidad y feminidad, los afectos, dolores, placeres, marcas, ritos y adicciones. En él van a confluír también todos los medios de comunicación con productos que le reclaman y prometen una infinidad de objetos, marcas, rituales e imágenes para el deseo, que influirán en la imagen corporal y la autoestima, afectando a la salud que podemos observar a través de los síntomas que expresan el malestar ante el poder y el control que se ejerce sobre nuestros cuerpos.

Son sobre todo las imágenes y narraciones, a través del arte, de la publicidad, la moda y todas las artes visuales las que van a conformar en nuestro interior todo un imaginario que nos dice lo que debe ser un cuerpo. Y este "deber ser" es una violencia que operará a lo largo de toda nuestra vida, violencia que convierte nuestro cuerpo en objeto para el agrado y placer de otros y que descentraliza nuestro deseo como sujeto en primera persona y lo centraliza en el deseo del otro.

Sin embargo, no es fácil de ver siempre esta violencia, pues está enmascarada y disfrazada de creencias, legalizada por leyes, usos, costumbres, publicidad y estereotipos sociales, la cual podemos observar en varios contextos sociales:

- 1- En los discursos y prácticas religiosas, jurídicas, en muchas prácticas médicas, psicológicas o psiquiátricas que intentan controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres que se escapan a las normas impuestas, intentando, mediante determinadas teorías y prácticas, devolverlas a su papel subordinado, ya sea reproductivo o placentero, como vientre de alquiler o como objeto prostituido para el placer, a través de los usos abusivos de tecnologías reproductivas, medicalización excesiva de depresiones y ansiedades o la consideración de los ciclos vitales como trastornos o enfermedades que han de medicalizarse.
- 2- En la selección de imágenes para representar el cuerpo femenino; niña, virgen, madre dulce y tierna, mujer sexy, prostituta, abuelas dulces y cuidadoras, que influyen en la acomodación del cuerpo a un cierto tipo de expresividad de acuerdo con esos arquetipos, que veremos tantas veces reflejados en la publicidad.
- 3- En la difusión de un modelo de belleza, la estética de la juventud y de la delgadez, que ocasionará conflictos con el propio cuerpo, sobre todo en la adolescencia, posmaternidad y menopausia, con los consiguientes problemas en la percepción de sí, la autoestima y la aceptación de las transformaciones del cuerpo.
- 4- En la objetualización, utilización y eliminación del cuerpo femenino; acoso sexual, violaciones, pornografía, prostitución, maltrato, asesinato... etc., que marcan en el cuerpo las señales del dominio, control y posesión del poder masculino patriarcal.



Estas relaciones de poder sobre los cuerpos van a conformar identidades subordinadas y dependientes en muchas mujeres, pues su identidad se configura en torno a la reproducción, la maternidad, la familia, el cuidado en todos los sentidos, su valor como objeto sexual y también su trabajo, pero con techo de cristal. Todo esto se irá construyendo en nuestra socialización, a través de juegos, juguetes y medios de comunicación que van a producir identidades masculinas y femeninas con marcas visibles en los cuerpos; cuerpo musculoso y atlético sobre todo para los hombres y cuerpo delgado y flexible, seductor y armonioso para las mujeres.



*Los medios difundirán también un cierto tipo de sexualidad y gestualidad, una manera de ocupar los espacios y las relaciones, una manera de mirar y de esconder, el reparto de los roles, la riqueza, la división sexual del trabajo y de los cuidados, la toma de decisiones políticas y económicas, el control de la sexualidad, la ideología amorosa romántica... etc.* Estas imágenes de los medios influirán en las relaciones con nosotras mismas y en las formas de relaciones personales y sociales que intervienen en la construcción de la dominación y control sobre las mujeres.

*Esta operación del patriarcado sobre el cuerpo produce un gran descentramiento de nuestras experiencias, como si nuestras experiencias tuvieran que olvidarse y ser borradas para amoldarse a un "deber ser" impuesto mediante repeticiones que violentan nuestro cuerpo consciente y sensible.* Partir de sí, de la propia experiencia, del propio sentir y deseo será difícil, porque vivimos ajenas, en este despliegue publicitario de los géneros, a nuestro ser, a nuestro cuerpo y sentir, que se enfrentará a lo que dicen que "debe ser un cuerpo femenino o masculino", lo que debemos sentir y cómo debemos estar en la sociedad y comportarnos. *Esto nos ocasionará malestares y contradicciones a lo largo de nuestra vida, viéndonos impelidas a comparar nuestro cuerpo con ese "deber ser" impuesto por los modelos iconográficos perfectos, jóvenes, atemporales, sin edad, sin cambios, que nos ocasionará dificultades para asumir el propio cuerpo, los cambios con la edad y los ciclos vitales.* Se borra así al sujeto en pos del ideal de belleza y juventud; delgado firme, sin arrugas, sin grasa, como tomates de invernadero. Cuerpo como preocupación y signo de éxito social que se exhibe a la mirada de los otros y que se convierte en punto central donde se dan los trastornos de la imagen (anorexia y bulimia) con las consiguientes ansiedades que van a ocupar los gimnasios, los centros de belleza y los de cirugía estética para modelar formas que indican el distanciamiento del propio cuerpo e internalización de las normas sociales en pos de la mirada externa, nunca tan objetualizada y globalizada como ahora. Los constructos sociales masculinos

y femeninos van a tener, por tanto, una gran influencia en la formación de nuestras estructuras corporales y emocionales.

Es en el cuerpo entonces donde se puede aprender el cambio, porque es en él donde sufrimos un abuso psicológico y físico sistemático, un verdadero acoso moral, al que hemos de responder con estrategias saludables. El cuerpo puede ser, por tanto, el espacio donde construir conscientemente la salud.

**Los cuerpos se van a rebelar de una manera inconsciente, a través de los síntomas como la anorexia, histeria, depresión, ansiedad,**

**stress...etc., y conscientemente** como cuerpos rebeldes que asumen su diferencia, su manera distinta de estar en el mundo, su diferente imagen y deseo. Cuerpos rebeldes que se encuentran con otros cuerpos, buscando diversas maneras de construir y expresar su imagen, su sexualidad, sus relaciones y su vida. "Por eso saber escuchar el cuerpo es un arte imprescindible para la salud y el bienestar, que debiera enseñarse no sólo en los primeros años de vida sino a lo largo de nuestra socialización y sobre todo en la etapa de enseñanza obligatoria" (Charo Altable. 2010)

### ¿Cómo escuchar al cuerpo?

No basta con analizar nuestra socialización porque el patriarcado está en nuestra respiración y músculos, en nuestra postura corporal y en nuestras emociones. Hace falta un trabajo interior.

Para escuchar al cuerpo es imprescindible la respiración pausada y profunda, una respiración diafragmática que nos hace conscientes y que libera tensiones y emociones. También existen numerosas técnicas corporales que utilizando esta respiración sensibilizan al cuerpo, como la Diafreoterapia (tensiones corporales, emociones y propuestas terapéuticas) que enseña Malén Cirerol, la Eutonía de Gerda Alexander que creó un método de armonía y buen tono desde la piel, los músculos y los huesos, utilizando pelotas de diverso tamaño, maderas y otros objetos que sensibilizan el cuerpo y cuya práctica desarrolla la conciencia y creatividad. Otras técnicas, como el tacto consciente y reposado, la biodanza de Rolando Toro, o el masaje sensitivo gestáltico, creado por Margaret Elke, nos ayudan a adquirir un cuerpo propio, relajado y sensible al placer y el buenttrato.

Todas estas prácticas corporales nos ayudan a practicar la autopercepción y la percepción del otro/a, lo cual implica un gran respeto por lo que siento y siente la otra persona, por salvaguardar mi espacio y mis límites y el de las otras personas, por defender mi deseo y respetar el de las otras personas, que no tienen por qué coincidir, respetando lo que existe, sin apropiarse de ello.

Además de la escucha, las imágenes tienen un efecto de imitación inconsciente en los cuerpos. Por eso es tan importante crear las propias imágenes en el arte y en la vida real que expresen nuestra manera de vernos y ver el mundo, porque somos sujetos agentes, con voluntad y pensamiento propio, que podemos subvertir este orden patriarcal. Así lo demuestran cantidad de mujeres pintoras, fotógrafas, cineastas y creadoras de imágenes que responden a sus vivencias y que, por tanto, parten de sí mismas.

Existen numerosas imágenes y performances para el cambio, que podemos ver en internet, entre ellas a la guatemalteca **Regina Galindo**, las **Guerrilla Girls**, las denuncias y performances de **Yolanda Domínguez**, las pinturas de **Ana Casas** y el paso del tiempo en los cuerpos, **Dorothea Tannig**, con otras maternidades que nos son dulces ni tiernas, **Dora Maar**, con otra visión del erotismo, y tantas y tantas otras, pintoras y narradoras de todos los tiempos, que cuentan sus experiencias o que a través de sus síntomas nos muestran sus malestares, bienestar y deseos.

Como dice Alice Miller (2005) "nuestro cuerpo es el guardián de nuestra verdad". Entonces, desde la desobediencia al patriarcado, podemos escuchar nuestra verdad y darnos otro cuerpo posible.

He decidido mirarme  
Desnudarme delante del espejo  
Desvelar mis cualidades  
Adorarme de principio a fin.

Sandrine Kiberlain. *M'envoyer des fleur*, 2005.

Agenda 2014. Mujeres & Compañía la librería.

#### Bibliografía

- Altabe Charo. (2000), Educación sentimental y erótica para adolescentes. Miño y Dávila, Madrid., Buenos Aires
- 2010. Los senderos de Ariadna. Mágina-Octaedro. Granada.
- 2018. Otras maneras de amar. Otro amor es posible. Mágina-Octaedro. Granada.
- Caldwell, Christine (1999) Habitar el cuerpo. Ed. Urano. Barcelona.
- Colectivo Ma Colère. (2006) Mi cuerpo es un campo de batalla. La Burbuja. Valencia
- Keleman, Stanley (1997) Anatomía emocional. Desclée. Bilbao.
- Kesselman, Susana y Volosin, Susana (1993) Diálogo sobre lo corporal. Paidós. Buenos Aires, Barcelona, México.
- Lagarde, Marcela (1996) Género y feminismo. Horas y horas, la editorial. Madrid.
- Lowwen, Alexander. (1982) La depresión y el cuerpo. Alianza Editorial. Madrid
- Miller, Alice. (1992) Por tu propio bien. Ed. Tusquets. Barcelona.
- (2005) Notre corp ne ment jamais. Ed. Flammarion. París
- Ussher, J. (1991) La psicología del cuerpo femenino, Arias Montano, Madrid

#### Videos interesantes.

- <http://www.revistanamaste.com/reacciones-de-las-mujeres-ante-las-fotos-del-proyecto-nu>
- <http://www.ilcorpodelledonne.net/version-en-espanol/>
- <http://www.mujiyememoria.org/web/home/>
- <http://www.youtube.com/watch?v=wOV1rVgc3WM&feature=youtu.be>
- [http://www.youtube.com/watch?feature=player\\_embedded&v=s9FXR8FdPvY#t=0](http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=s9FXR8FdPvY#t=0)
- [http://www.youtube.com/watch?feature=player\\_embedded&v=s9FXR8FdPvY#t=0](http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=s9FXR8FdPvY#t=0)
- [yolanda dominguez niños vs moda https://www.youtube.com/watch?v=LShHeU2qU4&ab\\_channel=YolandaDom%C3%ADnguez](https://www.youtube.com/watch?v=LShHeU2qU4&ab_channel=YolandaDom%C3%ADnguez)
- El performance feminista Regina Galindo [https://youtu.be/0p\\_w0-kG2io](https://youtu.be/0p_w0-kG2io)
- Guerrilla girls (subtítulos español) <https://youtu.be/sdggGgqSIDg>
- Entrevista con Ana Casas Broda: Cuerpo de juegos <https://youtu.be/1hIA8qnp0h0https>



www.yolandadominguez.com



www.guerrillagirls.com



www.reginajoserodriguez.com



**Vita Arrufat Gallen**  
Médica especialista en  
Medicina Preventiva  
y Salud Pública

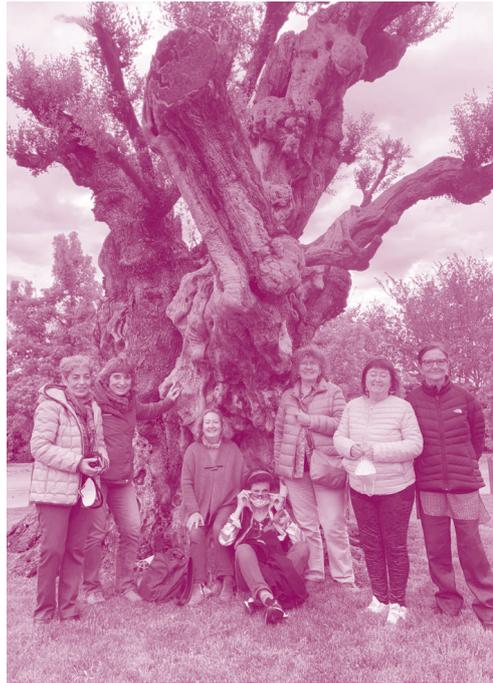
La atención a las enfermedades crónicas se ha resentido mucho por la pandemia COVID19, una pandemia que ha priorizado la vacunación, dejando en segundo plano otras medidas importantes como la información a la comunidad. No hemos tenido una estrategia estatal ni autonómica de comunicación, no ha brillado la educación para la salud, tampoco hubo un portavoz de Salud Pública, institución que sigue al cargo del control de los casos y la erradicación de la pandemia. Ha sido escasa la repercusión en la comunidad de las medidas preventivas; sólo algunos trípticos o ideogramas, sobre las medidas de prevención.

Estaríamos mucho mejor si la comunidad participara en el control de la pandemia. Así lo han demostrado las experiencias en algunos municipios de Xarxa Salut de la Comunitat Valenciana, por ejemplo, instaurando programas como: Paciente Activo, Formando a las personas cuidadoras y MiH Salud, cuyo objetivo es la formación de agentes de salud, ya sean pacientes o cuidadoras. Estos programas tuvieron que posponerse para atender las prioridades de la pandemia.

Estamos trabajando por un sistema público de atención a la cronicidad. La ley conocida como "de la dependencia" no se acaba de desarrollar. Para que esto ocurra, pedimos la implicación de los municipios en la gestión de la cronicidad, en concreto crear una red de municipios con Observatorios de la Cronicidad, espacios cuyo objetivo es el conocimiento de la cronicidad en la comunidad y disponer de los recursos públicos para su atención. Se trata de prevenir y difundir las buenas prácticas. En estos espacios colaboran las asociaciones de la comunidad (mujeres, vecinos, enfermos, cuidadoras, ...) los centros de salud y los servicios sociales municipales, educativos, obras públicas, agentes de igualdad, hotel de las mujeres...

# cronicidad, covid19 una propuesta desde La Promoción de La salud

## Hotel de Las mujeres, Hotel saludable



Para poner en práctica la estrategia "cuidando a las cuidadoras" o de "descanso de las cuidadoras" necesitamos un espacio que facilite, al mismo tiempo, su formación en salud.

Este proyecto es el hotel de las mujeres. Se trata de un espacio en donde las mujeres, cuidadoras o no, descansan y se nutren. El hotel saludable, un lugar donde empoderarse en salud y aprender los autocuidados, intercuidados y transcuidados. Un sitio de promoción de la salud donde las actuaciones saludables son más fáciles de elegir y poner en práctica.

El proyecto del Hotel de las mujeres contribuye a la mejora de su calidad de vida, ya que su esencia es ese espacio donde un equipo de formadoras multidisciplinar, mujeres expertas en salud y feminismo, ofrecen servicios de promoción de la salud desde la perspectiva de la Educación para la Salud y la Paz y libre de sesgos de género,

además de formación en la metodología de la investigación y acción en grupos de mujeres. Los contenidos son variados: el ejercicio físico y la alimentación saludable, estilos de vida saludables, asertividad, resiliencia emocional, resolución de conflictos, ecología y consumo sostenible...

Esta formación experiencial contribuirá a la creación de una red de cuidadoras formadoras en prevención de la cronicidad en las diferentes comunidades donde se implante el proyecto del Hotel de las mujeres, Hotel saludable. Aquí se trabaja la formación entre iguales.

Los recursos para el desarrollo de este proyecto, podrían provenir de los fondos europeos. Se utilizarían de acuerdo a las necesidades de empoderamiento en salud de la población, y en concreto de las mujeres, que son las encargadas por la sociedad patriarcal de formar en cuidados a "la prole".

Poner en marcha el Hotel de las mujeres, Hotel saludable, permite, además de la formación y empoderamiento de las mujeres, compartir experiencias y herramientas, que facilitan la articulación coordinada de estrategias participativas e integrales en Promoción de la Salud. Un espacio inclusivo que atiende desde la perspectiva de género y la diversidad a nivel local, estatal y transnacional.

# PILATES: La fuerza del ingenio



**Mª José Hernández**  
Quiropráctica

A mi, el nombre de esta técnica deportiva tan conocida me hace gracia por dos cosas. La primera es recordar como lo pronunciaban los californianos: sonaba algo así como "polaris" lo que durante mucho tiempo me hizo pensar que se trataba de una práctica diferente al Pilates. Lo segundo es que desde su popularización, en el mundo católico todas las personas tienen que pensar dos veces cómo se llamaba aquel Gobernador de Judea que sentenció a Cristo: Poncio... y lo que ha terminado por redondear la broma es haber sabido que en efecto, los compas de colegio de su creador, del que la técnica recibe el nombre, le hacían "bulling" llamándole asesino de Cristo.

Pero el ejercicio que propone la técnica de Pilates no va de broma. Haciendo una búsqueda informal en PubMed (la base bibliográfica médica más grande del mundo) han salido 95 publicaciones científicas bajo el epígrafe de "Pilates y dolor lumbar", lo que yo creo que deja claro la importancia y la trascendencia en la actualidad, de esta forma de trabajo de fortalecimiento físico.

El Pilates fue creado por Joseph Hubertus Pilates, nacido en 1883 en Alemania y muerto en Nueva York en 1967. Al parecer Joseph o Joe, fue un niño enclenque y enfermizo que, como consecuencia de ello, comenzó a interesarse por el cuerpo humano y el ejercicio, buscando una salida a las dolencias que padecía desde la infancia. Estudiando y observando, según él mismo decía, basó su método en el movimiento de los bebés y de los gatos. A lo largo de su vida practicó muchas disciplinas deportivas. Algunas, como el taichí, el yoga y la gimnasia (lo que en nuestra infancia conocimos como gimnasia sueca) son bien reconocibles en su método, sobre todo en el conocido como pilates libre o pilates suelo. Esto es especialmente visible en el énfasis del uso correcto de la respiración que propone.

Como hemos comentado existen dos variantes de la llamada técnica de Pilates, que él en realidad llamó Contrología. La ahora llamada técnica de "pilates máquinas", al parecer tiene su origen en el trabajo como camillero que realizó durante la segunda guerra mundial. Pronto, la fuerza de su ingenio y del conocimiento adquirido en su estudio, le llevó a crear



máquinas de resistencia con los entresijos de los somieres, poleas y cuerdas, atadas a las camas de los soldados heridos, para que se ejercitaran, y así conseguía la recuperación más rápida de sus heridas de guerra. Después de la guerra, se instaló en Nueva York con su esposa Clara y allí montó un estudio en el que trabajaba con bailarines mejorando su técnica; esto les protegía evitando las lesiones asociadas a la práctica intensiva. Clave en su trabajo es la insistencia acerca de que éste no era solo un entrenamiento físico, sino también mental. Pronto, gracias a los artistas y a las personas ricas e influyentes que visitaban su centro, perfeccionó su método de suelo y máquinas y su sistema comenzó a difundirse a lo largo y ancho de la tierra. En la actualidad, es posible encontrar centros de práctica de Pilates en todo el mundo, tanto en ciudades como en pueblos.

Como quiropráctica, he recomendado siempre a mis pacientes, la realización de Pilates y tengo pacientes de todas las edades que lo practican. En mi experiencia profesional se ha hecho evidente que para conseguir que una columna tenga un funcionamiento mecánico óptimo y por tanto no duela, es imprescindible tener un "core" fuerte. Llamamos core a una serie de músculos (músculos abdominales, oblicuos, transversos del abdomen, erectores profundos de la columna, cuadrado lumbar, suelo pélvico y diafragma) cuya activación produce la correcta estabilización de la pelvis, necesaria para la facilitación de patrones de movimiento correctos y condición indispensable para una columna vertebral que actúe mecánicamente de forma óptima. Y ocurre que el objetivo



del pilates, tanto la variante del suelo como la de las máquinas, es exactamente ese: se dirige específicamente al core y desde un core fuerte fortalecer también el resto del cuerpo. El ejercicio dirige su actividad principal a la sujeción activa del centro del cuerpo, que se consigue con la activación de los músculos mencionados y del control del diafragma por medio de la respiración y a partir de ahí se realizan movimientos suaves y fluidos, localizados y pormenorizados bajo una atención plena. Digamos que los pilares del ejercicio una vez activado el core son la respiración profunda (llamada diafragmática), la postura centrada y la realización de movimientos controlados, cortos, suaves y fluidos, en presencia de una atención completa.

Mi entusiasmo por el pilates va mucho más allá del conocimiento intelectual de su lógica y de sus ventajas o de que sepa que es una técnica que puede ayudar a mis pacientes con dolor de espalda; procede de haber practicado yo misma esta forma de gimnasia durante años y por ello conocer de primera mano sus enormes ventajas para mantener un sistema articular sano y estable. En mi experiencia, esta práctica concentrada y localizada a lo largo del tiempo, te aporta, además, una gran conciencia corporal haciéndote consciente de una forma muy pormenorizada, casi exquisita, de las capacidades de movimiento de las partes del cuerpo y sus rangos. Supongo que solo las personas que han vivido esta experiencia lo pueden entender.

Pero no todo son loas al Pilates. Tenemos también que hablar de inconvenientes. Es bastante común que se diga que el problema doloroso de columna debe ser tratado con ejercicio y por tanto, cada vez más, se prescribe hacer Pilates por parte de los profesionales. En mi experiencia, el Pilates es un excelente ejercicio, pero en absoluto una terapia para los problemas de espalda. He escuchado decir a pacientes en multitud de ocasiones que intentaron seguir la prescripción de hacer Pilates pero que lo tuvieron que dejar porque agravaba mucho su problema. El Pilates puede mantener condicionada una espalda sana o rehabilitada, y es de gran ayuda en el dolor lumbar crónico, pero no es una terapia para el tan frecuente problema mecánico de columna vertebral que en un momento u otro de la vida llega a afectar al 85% de la población del mundo. Una de las críticas más conocidas al método del Sr. Pilates, es el aumento de presión intra abdominal que provoca la técnica respiratoria y la contracción de los músculos del core, lo que somete, a su vez, a un exceso de presión al suelo pélvico. Por esta idea, se ha generalizado también otro tipo de ejercicio orientado al core, que ha conseguido acercarse en popularidad y práctica al método Pilates y que de alguna manera compite con él: el ejercicio abdominal hipopresivo. Para mí el inconveniente de esta otra forma de ejercicio para el core es la dificultad de la práctica de ejercicio en apnea, que es lo que proponen los hipopresivos, pero los resultados en cuanto a fortaleza del suelo pélvico y estabilidad de la pelvis son tan ensalzados como los del método que nos ha ocupado.

En definitiva, es importante recordar que el método Pilates tiene tanto éxito porque apunta al centro del cuerpo, como parte estabilizadora y optimizadora del movimiento. Por eso sea cual sea el método que utilices no olvides que mantener un core fuerte es la base de una columna sana y sin dolor. Si no es así y a pesar del ejercicio tienes dolor, visita a un/a quiropráctico/a para mejorar los problemas de tu columna antes de seguir practicándolo.



**Consuelo Miqueo**  
historiadora  
de la medicina  
[cmiqueo@unizar.es](mailto:cmiqueo@unizar.es)

# EUTANASIA: dos para saber, dos para cuidar un buen morir

La ley española usa en su título -y es una novedad internacional- una hermosa palabra y muy antigua, eutanasia, que fue teñida de rojo negruzco de odio, sangre, fuego y gas o trabajos forzados por el régimen nazi y llevó al Holocausto. Recuperamos así la expresión griega que evocaba una muerte digna, honorable, feliz, sin atroz sufrimiento ni agonía interminable. Nos reconcilia con el pasado pues morir en paz es el deseo más universal del ser humano.

La ley de eutanasia conmueve algunos de los cimientos de nuestra sociedad. Por ejemplo, trae a un primer plano la Medicina Basada en el Enfermo, el modelo médico en lucha por reequilibrar la hegemonía de la Medicina Basada en la Evidencia que, como sabemos, ofrece pruebas en que basar las decisiones profesionales, genera excelentes guías de práctica clínica y mucho éxito y curación, pero también cosifica, infantiliza o desoye al paciente, y quizá más a las pacientes. La nueva prestación sanitaria de "ayuda para morir" toma la palabra del paciente tan en serio que su deseo, expresado con firmeza y racionalidad y por escrito, se convierte en un orden y se pone en marcha todo un proceso asistencial garantizado por la Administración sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS). Pero sólo en los dos supuestos previstos: enfermedad grave e incurable en situación de terminalidad (tipo cáncer, EPOC) o padecimiento grave, crónico e incapacitante" (tipo ELA o tetraplejia) con pérdida de autonomía física o relacional y sufrimiento ya intolerable.

## **Un protocolo garantista que hay que conocer y aprender a usar**

La garantía que representa la Administración se apoya en la estructura asistencial de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) incluidos los centros hospitalarios: todo un ejército de profesionales entre los que siempre encontraremos más mujeres que hombres. Está compuesto de trabajadores de la medicina y enfermería sobre todo, de la farmacia, psicología o trabajo social cuando es preciso. De modo que esta nueva prestación sanitaria de la cartera común del SNS es dirigida, facilitada y controlada desde las gerencias (Dirección Médica y Dirección de Enfermería de AP y AE) de cada uno de los sectores sanitarios de cada una de las 17 comunidades autónomas españolas.

La legal circulación de nuestra solicitud de eutanasia exige conocer bien el distinto ritmo temporal de cada una de las fases -en total mínimo 45 días- y el gran número de formularios que firmar para solicitar, reiterar la solicitud, autorizar

(consentimiento informado), revocar o posponer la solicitud. Y ayudar o enseñar al médico responsable a hacer las gestiones. Pero los médicos tienen más trabajo y extraordinario. Disponen para ello de un Manual de Buenas Prácticas editado por el Ministerio de Sanidad accesible para cualquiera, además de las indicaciones técnicas accesibles desde el ordenador de su despacho en el canal intranet de su administración con los 20 formularios legales en formato PDF, y el saber ya adquirido por el paciente o sus asesoradas acompañantes. Los médicos tienen que: abrir un nuevo episodio en la historia clínica con el rótulo de 'eutanasia', y anotar un breve informe de las entrevistas, subir los formularios del paciente, enviar su Informe previo al consentimiento del paciente, el informe del médico consultor, elaborar el informe a la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) para su verificación; el informe dual del médico y jurista que lo verifican todo; el informe del presidente autorizando -o no- la solicitud; el acta de la reunión del Pleno de la CGE si ha habido discrepancias en los informes de los dos verificadores, los dos médicos anteriores, o se han gestionado alegaciones del paciente. Pero decimos... ¿quién no se acuerda de la lista de documentación y pequeños actos rutinarios que genera un tumor de próstata o mama, una apendicitis, un infarto o las comunes cataratas?

En resumen, que siempre dependemos de los médicos o médicas. Ellos son nuestros aliados, nuestros expertos acompañantes en ese viaje especial hacia una muerte voluntariamente decidida cuando nuestra vida ya no es digna de ser vivida, sino un continuo sufrimiento que no cesa y no se lo deseáramos a nadie. Por lo tanto, la primera aceptación que afrontaremos es la de compartir esta experiencia vital con la experta médica o médico, ya que nuestro proyecto personal de morir libres hasta el final por eutanasia es, en realidad, un acto social, institucional y público (con las garantías extras de confidencialidad propias del sistema sanitario). Dicho de otra manera: debemos convencer a "los otros" de la racionalidad y perseverancia de nuestra decisión para conseguir nuestro objetivo en tiempo y forma. No es un suicidio, ni un suicidio asistido mecánicamente -que no están penalizados-, ni una eutanasia ilegal (dar muerte por compasión) que sigue penalizada con hasta 10 años de prisión, ni una sedación paliativa (incluida hace décadas en la cartera de servicios). Pedimos ayuda para morir de acuerdo con lo establecido por la ley: Ley Orgánica de 24 de marzo de 2021, de Regulación de la Eutanasia (LORE)

## ¿Eutanasia contra viento y marea? Una apuesta por la relación

La ley es muy precisa sobre el procedimiento. Hablamos de muerte voluntaria en determinados supuestos y hay que evitar que se cuelen otros motivos de miseria, pobreza, abandono de parientes, carencia de ayudas sociales... (¡¿...?!). Muchos médicos hicieron suyo durante años este argumento de "la pendiente resbaladiza" y sembraron miedo y presunta culpa por doquier (¿seré yo una mala de éstas, lo será la vecina?). Tenemos en España un procedimiento muy garantista no sólo porque toda "ayuda para morir" lo exige de por sí (distinguiéndolo del homicidio, suicidio y la sedación paliativa profunda), sino para neutralizar la propaganda de las organizaciones pro-vida, que ha sido intensiva, exhaustiva y bien orquestada a nivel internacional desde hace décadas. Lo cual, sumando nuestra tradición católica y cultura sacrificial y un código deontológico médico poco o nada actualizado y demasiado esencialista, la conferencia episcopal de la Iglesia y los sermones de las parroquias pidiendo hacer constar un No en los testamentos vitales oficiales, los Colegios de médicos (no así los de enfermería) aunque no todos, y hasta el Comité de Bioética de España (CBE) que desautorizó la eutanasia, hacen que estemos ante un ley muy garantista y burocrática y en una etapa de marejada profunda que se pasará pronto. Porque... toda ley es siempre un pacto social. Y en este caso fue aprobada por amplia mayoría, con los votos de los representantes de todos los partidos políticos del Congreso y Senado excepto los de PP y Vox, quienes enseguida iniciaron los trámites para conseguir su inconstitucionalidad a pesar de los 202 votos a favor de la ley, 2 abstenciones y 144 en contra. ¿Es eso muy democrático? En este contexto de marejada cultural y cierzo debemos aceptar a los expertos a nuestro lado. Quizá ya no sea "el experto" en que confiar o al que exigir, sino un profesional ignorante o menos conocedor que nosotros, o crítico con la ley, o persona en íntimo conflicto moral o sobrecargada de trabajos diversos y en periodo pandémico. En cualquier caso, los médicos son intermediarios imprescindibles: nos van a proporcionar o garantizar la ayuda que necesitamos para morir en la dignidad que hemos elegido, en relación habitual con las personas más queridas, familiares y amigas. Como pacientes, no sólo tenemos que aceptar al médico sino trabajar con sutileza y sabiduría para enseñar, educar, darle a conocer la realidad vivida, la toma de conciencia, la manera de pensar y de vivir que tenemos, nuestros códigos éticos, nuestros valores y preferencias, e incluso nuestras imágenes del más allá de la muerte biológica, o sea, nuestra conciencia o espiritualidad o alma que diría María Zambrano, eso que no sale en los análisis de sangre ni en los de orina, ni tampoco en la radiografía o el escáner, la gastroscopia o el tacto rectal, ni siquiera en la operación de cadera, a tripa abierta o por laparotomía.

La verdad es que la ley de eutanasia no sólo ha ampliado la oferta de opciones que tenemos para el final de la vida sino que mejorarán los cuidados paliativos, y ya ha reducido el tabú social de la muerte. Ahora es más fácil nombrar el morir y la



muerte, hablar de nuestros miedos y deseos, y de nuestras decisiones anticipadas. Reflexionar con más claridad. Y elegir.

Se han perfilado mejor las grandes preguntas que nos hacemos con antelación para nuestro testamento vital o Documento de voluntades anticipadas (DVA) por si un accidente o una enfermedad nos robara nuestra conciencia, esa capacidad que nos hace verdaderamente humanos como decía Zambrano o Hans Küng. Son cuatro cuestiones claves en toda biografía, antes y después de enfermar, o de envejecer, y que pueden ir variando a lo largo de la vida, toda vez que hayamos descartado recurrir a una muerte violenta (como tirarnos por la ventana o por el puente y que el río se me lleve o dar un volantazo). Son las siguientes:

- ¿Dejar que la naturaleza obre a su ritmo o sedación paliativa?
- ¿Sedación paliativa profunda o eutanasia?
- ¿Eutanasia no, eutanasia si?
- ¿Modalidad eutanasia o suicidio médicamente asistido?
- ¿Me voy con la ley de eutanasia o por lo ilegal con el pentobarbital de toda la vida?

Lo que importa es conocer nuestra respuesta de cada momento, y dársela a conocer a las personas allegadas con quienes compartimos estilo de vida y compromisos sociales o culturales, y a la médica de cabecera o especialista responsable que me cuida o controla mi enfermedad. Pronto habrá un espacio específico en la historia clínica electrónica para esa "Planificación Anticipada de Cuidados" (PAC) que están promoviendo desde hace un tiempo las profesionales de enfermería; otro efecto positivo acelerado por la ley y la preocupación por los datos del mal morir en España.

Ahora que ya podemos hablar y elegir la eutanasia, y hasta fundamentar por escrito en la propia historia clínica nuestro deseo de vivir libres hasta el final -como dice el lema de la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) desde 1984-, me pregunto qué hacer cuando sienta que "mi vida está cumplida", o si el caso no entra en los supuestos previstos por esta ley: ser menor de edad o tener una enfermedad psiquiátrica. ¿Qué podemos hacer entre todas, quedarnos de brazos cruzados?

De momento, para estos primeros meses de aplicación de la ley propongo dos consejos prácticos y eficaces, tanto para usuarios como profesionales, que resumen mi aprendizaje compartido de asesora voluntaria de DMD.

### 1. Cuándo debo solicitar la eutanasia

Cuando se trate de enfermos terminales por cáncer -que son mayoría en las estadísticas de todos los países que han legalizado la muerte voluntaria-, debemos cursar la solicitud cuando comienza el tratamiento paliativo o se acaba el curativo, como hacen los norteamericanos, pues sus leyes no les permiten la eutanasia pero sí el suicidio asistido médicamente si el pronóstico de vida es menor de 6 meses, y está certificado por dos informes médicos, ya pueden disponer en 48 horas de la receta de su fármaco letal autoadministrable; muchos pacientes no hacen uso del medicamento (hasta un 30%) pero se sienten a salvo del terror al sufrimiento innecesario. En España, en que el procedimiento es tan largo -casi dos meses- porque incluye también a los pacientes no terminales con padecimientos crónicos (de lo que no se pueden beneficiar los norteamericanos), conviene hacer la solicitud cuando se nos informa de la incurabilidad del cáncer y nos derivan a cuidados paliativos, o hemos rechazado las alternativas ofrecidas, puesto que el procedimiento dura 45 días y se puede alargar por cualquier error burocrático, ausencia de médicos responsables, etc. Lo recomendable es solicitarlo entonces porque la autorización para recibir la eutanasia no tiene fecha de caducidad: podemos posponerla mediante un simple documento que está siempre accesible en la web de sanidad, y porque si la deniegan por motivos infundados a nuestro juicio o disponemos de nuevos datos que lo avalen, siempre tendremos tiempo de cursar otra solicitud. Mejor que sobre, que no llegar a tiempo.

2. Cómo preparar la entrevista clínica de solicitud de eutanasia Debemos prepararnos para ese "proceso deliberativo" y aprender a contestar con claridad al interrogatorio médico o "anamnesis" que justificará la aceptación o denegación de nuestra solicitud. Se trata de una entrevista especial, en la consulta habitual o a domicilio, guiada por preguntas del médico o médica al paciente sobre valores personales y motivos de la solicitud; una entrevista o varias que tanto pacientes como médicos responsables necesitan preparar con antelación. Los médicos previamente deberán revisar la historia referida a aspectos clínicos, psicosociales, espirituales y biográficos de su paciente. Y los pacientes pueden igualmente escribir una carta de motivación (o grabar un audio) para usarla en la entrevista y adjuntarla a la solicitud primera. Son preguntas sensatas, propuestas para los profesionales (Duro Robles y otras) según los requisitos exigidos por la LO 3/2021, y las lógicas para los pacientes, las que recomendamos desde el voluntariado de DMD en la atención personalizada de socias/os:
  - ¿Qué sabe de su enfermedad y de cómo va a evolucionar?
  - ¿Qué conoce sobre las posibilidades que hay para tratarle o aliviarle?
  - ¿Sabe qué implica la petición de ayuda para morir y cómo va a ser el proceso que solicita iniciar?
  - De todo lo estamos hablando, ¿qué opinan sus personas cercanas?

- ¿Por que ha decidido solicitar la eutanasia? ¿Cuándo y cómo empezó a pensar en la eutanasia?
- ¿Hay algo que le preocupa o le asusta del proceso de la eutanasia? ¿Qué cosas hay en contra de seguir adelante?
- ¿Qué tendría que ser diferente en su vida para que no deseara la eutanasia? ¿Qué tendría que pasar para que cambiara de opinión?
- ¿Hay algo que no hayamos hablado que me quiera comentar? Lo que sea... ¿Está satisfecha con lo que hemos hablado hasta ahora o ha habido algún tema que le gustaría profundizar?

### A modo de conclusión

Con la nueva ley de eutanasia, morir dignamente de forma rápida e indolora en casa o en el hospital ha dejado de ser un deseo, un sueño colectivo y un derecho reconocido en otros 22 países, para convertirse en una ¡prestación sanitaria de la cartera común del Sistema Nacional de Salud!, y con unos protocolos y garantías de calidad asistencial que admiten pequeñas variaciones según las comunidades autónomas. Se trataba de garantizar la equidad, evitando tanto la judicialización de los casos como los "viajes" a otras comunidades para conseguir morir en paz, sea directamente asistidos por el equipo médico-enfermero, o con autoadministración del fármaco letal, que son las dos modalidades del buen morir que regula la LO 3/2021. Y entre sus bondades culturales más significativas, hemos mencionado el cambio del paradigma paternalista de la relación médico-paciente, la extensión y mejora de los cuidados paliativos y la reducción del tabú de la muerte. Bienvenida sea la ley de eutanasia. Como decimos las mujeres al parir, decimos ahora al morir: ¡que sea un horita corta!

### Bibliografía

- DMD. Revista, 2021, nº 84 y 85 (monográfico eutanasia). <https://derechoamorir.org/revista/>
- Duro Robles, Rosa, Elena Muñoz Seco y Eva Peguero Rodríguez. Comunicación con la persona que solicita eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la deliberación. AMF 2021;17(9):505-512.
- Hans Küng. Una muerte feliz, Ed. Trotta, 2016.
- Hipatía. VVAA. Dos para saber, dos para curar. Madrid, horas y HORAS, 2004.
- Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-4628-consolidado.pdf>
- María Zambrano. Claros del bosque. Madrid, Biblioteca de Bolsillo, 1977
- Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia. [https://www.msbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.msbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)
- Miqueo, C. La ayuda médica para morir según la ley de eutanasia: zozobras y certidumbres. Andalan.es, 26 de junio de 2021. <https://www.andalan.es/?tag=eutanasia>



**Maribel Blazquez Rodriguez**  
Antropóloga. UCM  
(Universidad Complutense  
Madrid)

El Ministerio de Igualdad, el pasado mes de julio, inicio un proceso participativo para la modificación de la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo en la que se convocaron a asociaciones, profesionales y mujeres. Posteriormente se abrió una consulta pública para recoger propuestas. En ausencia de un documento por parte del Ministerio que indicase qué aspectos y en qué términos se iba a hacer la modificación para poder hacer enmiendas, realizamos desde la REDCAPS un debate con la premura del límite de tiempo, y decidimos aprovechar esta oportunidad para poner de manifiesto algunas necesidades, especialmente tomando en cuenta la relevancia de un marco jurídico que encuadre los derechos sexuales y reproductivos para, al menos, la próxima década.

Algunas de estas demandas quedaron recogidas en el documento enviado, pero el debate fue mucho más intenso y rico. Este artículo trata de recoger algunas cuestiones que allí se plantearon y que quizá requieren una mayor discusión dentro de la propia Red. En este sentido haré un recorrido un tanto personal de algunas de ellas.

1.-Habría que plantear la necesidad de un marco amplio de los derechos sexuales y reproductivos que aborde de una manera desarrollada tanto la sexualidad como la reproducción sin privilegiar una frente a la otra, particularmente en aspectos donde están vinculadas como ocurre en el ciclo menstrual o en los métodos anticonceptivos o de sexo seguro.

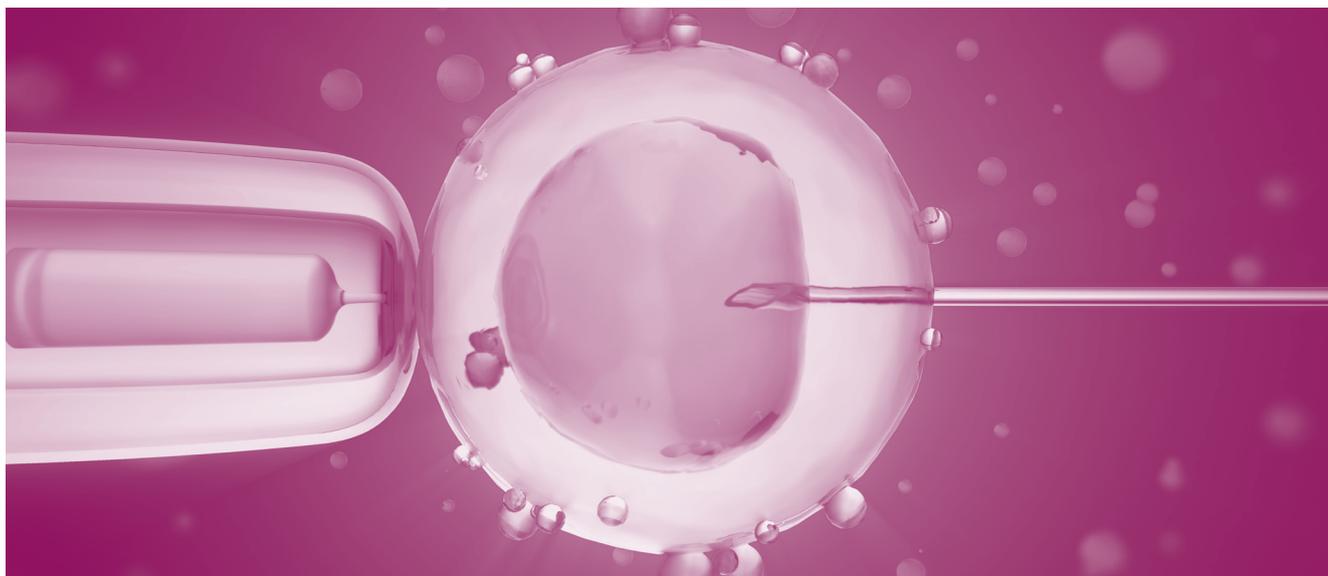
La sexualidad no debe quedar limitada a la reproducción, requiere la inclusión de perspectivas que la describan como un área positiva de la vida, desde la libertad, la autonomía, el placer y sea crítica con las visiones heteronormativas, coitocéntricas que impiden el derecho a decidir sobre el cuerpo desde la diversidad.

La reproducción no debe circunscribirse solo a la concepción, al embarazo y al parto. Siendo aspectos fundamentales, los derechos reproductivos implican tanto el derecho a querer ser madre como el derecho a no querer serlo y se deben garantizar ambas opciones. Antes de ello la reproducción debe estar protegida, en el sentido de tomar en cuenta como la fertilidad está siendo afectada por los disruptores endocrinos, también por medicaciones, entre otros factores. La investigación en este sentido debe ser una cuestión crucial que informe de los riesgos actuales.

## derechos sexuales y reproductivos a debate

2.-Las violencias contra las mujeres deberían quedar recogidas en una ley específica con una visión más amplia en un doble sentido. Uno, en la articulación de las distintas violencias contra las mujeres bajo el denominador común del género. Es decir, las violencias son formas de control dirigidas a las mujeres, que se dan en ellas porque son mujeres y sus cuerpos tienen la capacidad de reproducirse y deben someterse a las normas y roles del sistema de sexo-género heteropatriarcal. Lo contrario supondrá que sufran violencia. Las violencias de género también se dirigen a otros cuerpos que se saltan estas normas como los colectivos LGTBI+. De modo que los cambios en alguno de los ámbitos de la sexualidad, en las relaciones de género o en la familia están afectando a los otros ámbitos y están produciendo resistencias a la par que nuevas formas de control encaminadas al mantenimiento del heteropatriarcado. Dos, en el reconocimiento y la descripción de los distintos tipos de violencias como la obstétrica y sexual que ya están siendo incorporadas en determinadas legislaciones de algunas comunidades.

No obstante, habría otras violencias relativas a estos derechos que todavía no estamos nombrando y abordando como aquellas relativas al aborto, a las histerectomías u otras operaciones genitales, junto a las derivadas de la iatrogenia -por ignorancia o por el buen hacer- de la medicina que se manifiestan por ejemplo en las dificultades del diagnóstico de la endometriosis. Estas violencias también deberían ser articuladas con otras violencias como las institucionales presentes en sistemas como el judicial o el sanitario, donde la ciudadanía está subordinada a la institución, su autonomía está sujeta a unas normas y burocracia que está fuera de su conocimiento y control. Además, en el ámbito sanitario esto es especialmente relevante cuando en nombre de la urgencia vital o de la beneficencia se elude la consulta y la decisión de la persona. Violencia institucional que se dirige -consciente o inconscientemente- hacia cualquier paciente que ponga de manifiesto su autonomía y será aún mayor cuando es una mujer, y más cuando quiere elegir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. Si bien es cierto que esta violencia institucional sanitaria se ha incrementado últimamente por la precariedad del sistema sanitario y la covid-19. Habría otro tipo de violencia epistémica que denuncia los sesgos en el conocimiento biomédico al no incluir ni una perspectiva de derechos ni de género. Esta produce la invisibilización de muchos de los problemas de salud sexual y reproductiva que bien no son tratados, bien se tratan inadecuadamente o no se aborda la salud desde una visión holística, entre otros aspectos.



Otras violencias se derivan de las políticas neoliberales que convierten en mercancías aspectos de la vida como los óvulos y los úteros. Estos órganos no pueden ser concebidos al margen de los cuerpos. La salud y los cuerpos no pueden ser negocios. Nadie puede lucrarse y el estado debe garantizar esta protección y debe intervenir en las situaciones en las que esto está sucediendo. La mercantilización de la sexualidad y de la reproducción produce problemas diferentes pero ambos procesos comprometen estos derechos y la salud más de las mujeres y los cuerpos que tienen óvulos y úteros.

3.- Hay que promover la inclusión de todas las personas dentro de los derechos sexuales y reproductivos, contemplando tanto las necesidades y variaciones de estos derechos a lo largo del ciclo vital como las diferencias debidas a la interseccionalidad de distintas variables. Algunas de ellas son las identidades sexo-genéricas, la situación de ciudadanía (regularidad, inmigración), la clase social, la diversidad funcional, el estado civil o tener pareja, vivir en una zona rural o en un municipio pequeño frente a una gran ciudad, vivir en una institución o tener otras enfermedades, variables que hacen que los derechos sexuales y reproductivos no lleguen y sean ejercicios por todas, todes y todos. Sería el momento de construir una ley que se dirija hacia las barreras de quienes menos pueden decidir sobre sus cuerpos.

4.- Habría que hacer pivotar la ley sobre un enfoque de derechos. Para ello será preciso que el Ministerio de Igualdad, impulsor de esta modificación, establezca mecanismos para que la reforma alcance a otros ministerios como el de salud o educación. El compromiso de estos otros ministerios no nos ha quedado aclarado, pero sin duda es una cuestión decisiva para que se oferten servicios a la ciudadanía desde este marco, en el cual, la ciudadanía sea la que pueda elegir con el apoyo y acompañamiento sanitario, particularmente, en la medida en que muchas prestaciones sanitarias como los métodos de aborto disponen de ventajas e inconvenientes. Esto requiere conjuntamente la dotación de recursos principalmente de profesionales en los diferentes niveles asistenciales como las matronas.

5.- La consecución de esta reforma sólo será plausible si se producen procesos de formación del personal sanitario, de las diferentes especialidades, no solo en la formación continuada sino desde la formación pregrado. Su formación debe promover la salud sexual y reproductiva con contenidos de diversidad sexual, conocimiento del cuerpo, ciclo menstrual, fertilidad, métodos para regular la fertilidad tomando en cuenta los efectos sobre la salud de quienes los usan -Métodos anticonceptivos hormonales frente a preservativo masculino-, aborto, embarazo, parto respetado, lactancia y crianza saludable. Junto a la prevención de problemas como las enfermedades de transmisión sexual, embarazos, infertilidad, junto a los riesgos y complicaciones de las tecnologías de reproducción asistida, donación de óvulos, la administración de hormonas por anticoncepción y estimulación. Todos ellos incluyendo la perspectiva de género.

6.- Estos derechos deben ser difundidos a la ciudadanía para que los conozca y que, por lo tanto, los pueda ejercitar. Sin duda será definitivo hacerlo tempranamente con el impulso de programas educativos que integren y adecuen estos contenidos a cada etapa de la educación formal desde primaria a la universidad. Una asignatura poco desarrollada es la coeducación en la sexualidad para que los chicos y los hombres se hagan cargo de cuidar su salud sexual, sin poner en riesgo a otras personas, con el uso de métodos de protección de infecciones y anticonceptivos. Igualmente, la corresponsabilidad en la crianza y en los cuidados podría integrarse como en otros países como parte de la educación independientemente de la paternidad.

Para concluir, hay que señalar que en un estado que se denomina de derecho, los derechos sexuales y reproductivos no solo deben ser reconocidos, sino que se tienen que garantizar las condiciones para su ejercicio siendo el propio Estado, quien debe promover políticas e intervenciones tanto proactivas como protectoras. Lo contrario hará que esta modificación se quede en una mera declaración de intenciones. Lo cual, a estas alturas, ya no nos vale, al menos a algunas.



**Carme Valls Llobet**  
 Médica. Directora  
 Programa Mujeres,  
 Salud y Calidad de Vida.  
 CAPS

## ¿ALguien cuida A quienes cuidan?

La vigilancia de la salud de las y los trabajadores es una obligación de todas las empresas del país sean públicas o privadas, según la ley de prevención de riesgos laborales del 8 de noviembre de 1995). Las empresas sanitarias y sociosanitarias constituyen una de las empresas más grandes en cada una de las Comunidades Autónomas, en número de trabajadoras y trabajadores asalariados en ellas. ¿Quién vigila los riesgos de estas personas que trabajan en el ámbito sanitario y socio sanitario? Las profesiones sanitarias y sociosanitarias, son una de las pocas profesiones, junto con la de agricultura, que reúne todos los tipos de riesgos y de exposiciones a riesgos químicos, radiológicos y electromagnéticos. ¿Pero se hacen evaluaciones periódicas del estado de salud de las y los trabajadores durante la pandemia? ¿Qué evaluación tenemos de los resultados?

La ley de prevención de riesgos laborales exige que, para una correcta prevención, se ha de dar una completa información, consulta, participación equilibrada y formación de las trabajadoras y los trabajadores en materia preventiva de todos los riesgo laborales que puedan padecer desde su lugar de trabajo. ¿Estaban preparadas y preparados nuestras médicas y médicos, enfermeras y enfermeros, trabajadoras y trabajadores de nuestras residencias de mayores para enfrentarse a una pandemia infecciosa, tenían el material adecuado, y sabían usarlo? ¿Habían recibido formación para una emergencia de este tipo?

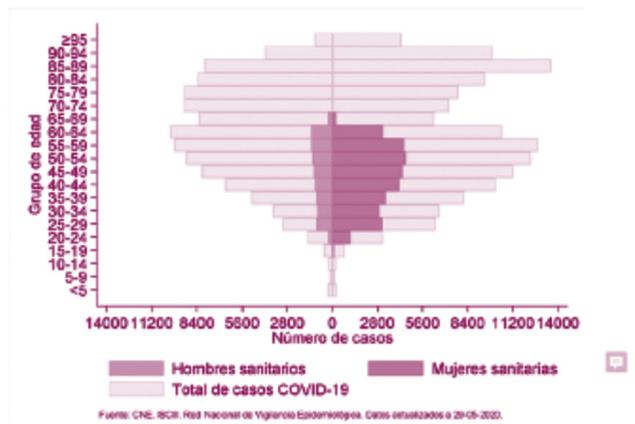
Un ejemplo de la mayor incidencia de contagios por razones de género lo podemos observar en el análisis de los contagios en el personal sanitario publicados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica hasta el 20 de mayo de 2020, última fecha en la que disponemos datos, diferenciados por sexo. En este informe se presentan las características de los 40.961 casos de COVID-19 en personal sanitario, con un 74% de mujeres afectadas.



Los casos entre personal sanitario hasta esta fecha suponen un 24,1% del total de casos de COVID-19 declarado. Los síntomas más frecuentes entre mujeres sanitarias fueron disnea, dolor de garganta diarrea o vómitos, y entre hombres sanitarios los síntomas más frecuentes fueron fiebre, neumonía y distrés respiratorio.

Los hombres entre personal sanitario presentan una mayor prevalencia de neumonía, enfermedades de base, y un mayor porcentaje de hospitalización, admisión a UCI y ventilación mecánica que las mujeres.

Figura 3. Distribución por edad y sexo. Casos COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE y casos totales



Como vemos en el gráfico la infección durante la primera ola de la pandemia fue mucho más elevada entre mujeres sanitarias, que entre hombres sanitarios, aunque se puede observar que las infecciones en todas las olas han afectado más a mujeres que a hombres. Se ha comprobado lo mismo en la incidencia de contagios en muchos países del mundo. Lamento que la recogida de datos publicada se acabara tres meses después de la pandemia, pero ya con los datos recogidos y sabiendo el síndrome post COVID-19 se presenta en más del 10% de personas afectadas por la enfermedad hemos de suponer que más de 5.000 profesionales sanitarios, van a presentar síntomas persistentes.

El estrés mental y físico, es muy alto siendo la profesión médica seguida por enfermería la que tiene un índice de suicidios más elevado por profesión. Durante los casi dos años de la pandemia hemos visto todos los riesgos laborales concentrados en las mismas personas, de forma continuada siendo los riesgos psicosociales los más difíciles de diagnosticar y prevenir, pero es necesario detectar los problemas de las y los residentes en formación, que acaban soportando el peso de los servicios de urgencia y parte de la asistencia en atención primaria

Sin embargo, no han sido sólo la vigilancia de los riesgos psicosociales los que han brillado por su ausencia, sino incluso la vigilancia de las condiciones mínimas de trabajo. En la primera ola, la ausencia de trajes protectores, guantes y mascarillas, contribuyeron al alto índice de contagios entre sanitarios. Los servicios de urgencia en los hospitales y en los centros de atención primaria, han mantenido el sistema de atención presencial, urgente y sin descanso. ¿Se revisan las condiciones de trabajo? ¿Se ha estudiado la ergonomía para la realización de los continuos informes que se han de realizar? ¿Alguien ha revisado las sillas rotas, inadecuadas, sin respaldo para la espalda, con los que se trabaja durante un día entero, y con distancias a pantalla, que no superarían una mínima inspección laboral? ¿Se ha analizado el ruido constante y a veces ensordecedor, con los que se trabajan en las salas de urgencias con médicas y médicos, enfermeras y enfermeras, auxiliares y celadores? ¿Qué sobreesfuerzo de concentración se necesita para poder escribir, y decidir diagnósticos y tratamientos con unas condiciones laborales, que en si mismas son factores estresores? ¿La vigilancia de la salud de nuestros profesionales incluye un soporte a la alimentación de calidad mientras están los profesionales de guardia? Han de comer a deshora muchas veces por estar atendiendo a veces casos graves que requieren atención. ¿Se han previsto fórmulas para que puedan tener una comida caliente, aunque sea a la una de la madrugada?

En cuanto al factor estresor de los horarios, ¿Se va a valorar algún día la eficiencia de guardias de 24 horas, de un mismo

profesional? ¿No se puede considerar una vergüenza social colectiva que sean las guardias la única forma de tener un sueldo que supere sólo mínimamente su sueldo base precario, para las y los residentes de especialidades en formación en los hospitales, que con su sobreesfuerzo están sosteniendo todo el sistema? ¿Es sostenible y eficiente que las jornadas de atención primaria vuelvan a visitar más de 50 personas en una mañana o en una tarde? Es posible que cuando las médicas y médicos, enfermeras y enfermeros, administrativas y administrativos, han dicho que no pueden más, se les contesté, como ha ocurrido en Catalunya, que "doblen el turno", o que se "les pagará por más horas extras", en lugar de contratar al personal necesario para cubrir las altas demandas. No nos puede extrañar con datos de Octubre 2021, que el agotamiento mental afecte a un 70% de los profesionales, y el distanciamiento laboral a un 60%, y que aumenten las bajas laborales por el síndrome de burnout, médicos y médicas quemados

En algunos centros hospitalarios, la relación del equipo de vigilancia de la salud con las y los trabajadores, ha sido preguntar si tienen fiebre, pero no hemos podido encontrar todavía informes sobre las condiciones laborales a mejorar o cambiar en el futuro. NO NOS VALE NI DOBLAR EL TURNO, NI DOBLAR EL SUELDO, porque ambos imperativos son imposibles, pero es imprescindible que todos nuestros sanitarios reciban un sueldo digno, que se revisen las interinidades casi eternas, y que se cambien las guardias de 24 horas por las de 12 horas, como se hace en la mayoría de los países, consiguiendo más eficiencia para los pacientes y para el sistema y más salud para los profesionales. Es imprescindible que se cumpla la Ley de Prevención de riesgos laborales en todos los centros sanitarios de España, nuestras trabajadoras y trabajadores sanitarios no pueden tener menos derechos que los demás. Hay que cumplir la ley con quienes cuidan. Y también indemnizar la enfermedad profesional de quienes hayan tenido secuelas o padezcan el síndrome post-COVID-19. Se debería también incluir en las indemnizaciones profesionales, las enfermedades que se han producido no sólo por la infección viral, sino por la presentación o exacerbación de otras patologías previas, como consecuencia del estrés físico y mental sufrido durante la pandemia.

Solicitamos a todas las profesionales que conozcáis informes sobre la vigilancia de la salud de vuestros centros, que los hagáis llegar a nuestra redacción para analizar con más datos, las propuestas de cambio necesarias para que la salud de nuestras y nuestros profesionales, tenga los mínimos factores de riesgo posibles. Gracias por vuestra colaboración.



## Pilar Babi Rourera

Médica de Familia  
Tutora del Programa de Formación  
para residentes de MFiC  
(Medicina Familiar y Comunitaria)

La situación de las profesionales es mala, ya lo sabemos y no lo vamos a maquillar. Este de hoy no es un espacio creado para mostrar las cifras de ese sufrimiento que están ya recogidas por múltiples organizaciones e Instituciones y que dicen, con diagnósticos, lo que todas sabemos desde la experiencia: estamos muy cansadas, tristes, con sensación de desaliento y abandono; consumimos más tóxicos, revivimos lo pasado con sensación de incredulidad y ansiedad, algunas piensan en abandonar la profesión otras piensan, incluso, en otras formas de quitarse de en medio. Sabemos todo esto, sí. Y sin embargo yo no he venido aquí a lamentarme. El lamento es legítimo y es, creo, bueno para la criatura humana cuando la experiencia es tan grandiosa e indecible que no se encuentran palabras u otros modos creativos para decirla y para vivirla.

No he venido aquí a lamentarme porque soy muy consciente de mis privilegios. El privilegio de estar viva, es uno que no es poco, el de tener una posición social confortable, una vida interior en la que encontrarme y un entorno relacionar de amor y confianza, en donde se me pide incluso a veces que hable, como es el caso de hoy. Por ello no hay lugar para el lamento. Os hablo como médica que es lo que soy, pero creo que desde mi experiencia puede alcanzarse la de otras y otros de otras disciplinas y formaciones que tengan en común el espacio asistencial, de cuidado del otro. Un lugar, el asistencial, que siendo primordialmente un lugar de relaciones se ve atravesado por todo tipo de artefactos.

Cuando le he pedido a las compañeras y compañeros que me explicaran cómo estaban, casi todos me han explicado un pequeño relato de lo sucedido en este último año y medio. Necesitamos contar, necesitamos historias, relatos. Lo inaudito del inicio, el desconocimiento y el desconcierto, el miedo. El miedo señalado y recordado; miedo que he vuelto a ver en sus ojos: a la enfermedad que enseguida llegó a unas y a otros. Cada una, pensando, sin decirlo "la próxima seré yo". El miedo a llevar el contagio a casa, el miedo de no saber atender bien a los pacientes. Miedo e incertidumbre que también ocasiona miedo: Nos acostábamos con un protocolo de actuación y alguien desde Salud Pública-tan asustada,

## La salud de Las y Los profesionales durante La pandemia COVID 19<sup>1</sup>



Foto: Reuters

tan en precario como yo- ya lo había mejorado por la noche. Las muertes en las residencias, en los domicilios. Las casas en las que el aislamiento era imposible, en que la pobreza emergía nuevamente señalando los lugares más vulnerables, la pérdida de la longitudinalidad, la tremenda incertidumbre clínica ¡¡¡Que frío ese mes de marzo!!! En junio pasado tuvimos un momento de esperanza. Nos pidieron hacer las vacaciones en dos turnos para estar presentes en otoño. Julio fue una promesa que agosto no cumplió. Empezaron a aumentar los casos, la gravedad, la muerte y éramos la mitad de la plantilla. Un mes horrible el de Agosto del 2020. A partir de entonces todo empeoró...

Además, la contención de los pacientes -aún siendo muchachera menor y se empezó a pedirnos hacer" esto y aquello" (esto, atender la patología COVID, aquello, atender la patología habitual). Como si desdoblarse fuese natural y posible. Desdoblarse así disocia y rompe, lo sabemos bien.

Los y las pacientes tienen a menudo múltiples cosas que contar, problemas que resolver, muchos meses de problemas por resolver...

La vacunación, lo recordamos bien, empezó con una parsimonia desesperante en febrero de 2021. Pero fue una gran esperanza. La enfermería se enfrentó al reto inaudito de vacunar a toda la población en el menor tiempo posible. Casi nada. Solo tengo bonitas palabras para su gesta, que no ha acabado. Ahora bien, nuevamente vacunar y realizar los seguimientos habituales, no es posible. La patología crónica se resiente. Este mes de junio (2021) finalizó el estado de alarma y tuvimos la alegría de reencontrarnos con la gente que queremos. Pero la alegría, en la Atención Primaria, ha durado poco. En quince días pasamos de pensar en cerrar el circuito de atención COVID, a pedir ayuda por todos los canales posibles.

Ahora estamos aquí, en una situación que queremos que sea transitoria pero que no sabemos muy bien cómo puede evolucionar. Estamos aquí, medio muertas. Y medio vivas. Con el fin del estado de alerta las restricciones en salud se entienden y aceptan menos y la población exige ya normalidad en la atención. Una normalidad muy improbable.

A pesar del sufrimiento que la pandemia ha ocasionado en toda la ciudadanía, lo más doloroso ha sido la sensación de abandono. Los trajes de protección llegaron tarde y mal, los compañeros enfermos no se sustituyeron, las contrataciones adicionales fueron paupérrimas y nunca médicas. Por tanto, nos hemos enfrentado a la Pandemia diezadas. Una colega muy querida, Zoe Herreras, una mujer trabajadora incansable de poca tontería me decía "nos lanzaron a los leones". Diezadas y con lo que yo he sentido que era una dejación de responsabilidades de gobernanza y política.

Al parecer no se han contratado médicos porque "no se encuentran". Y se dice esto como si la contratación fuera un hecho inexorable; una calamidad del tipo de los terremotos o el choque de los astros. ¡Llevamos décadas refiriendo esa penuria!, refiriendo que la edad de los profesionales hace pensar en una jubilación masiva en esta década; que las contrataciones son malas y disuasorias y que se avecina una gran necesidad de facultativas y facultativos en un plazo breve de tiempo. Pero los números, no han servido de nada. A no ser que pensemos, más dolorosamente aún, que la falta de plan, sea el plan.

La segunda perversión es que no pueden cerrarse servicios de primaria ni suprimir ningún tipo de prestación. Pedimos limitar el horario de ambulatorio y nos contestaron como si nos hubiésemos vuelto locas. No importa que los profesionales sean insuficientes o que sea materialmente imposible cuadrar los calendarios. La única opción es doblar jornadas de trabajo que se han convertido ya en la única opción, asumida, incluso, por nosotras. Cuando necesitábamos contrataciones, nos enviaban cartas amables, y enseguida recuperaban una dirección por objetivos, nuevamente imposibles. Se deja a los equipos la gestión de la miseria, de lo imposible, en un grotesco, "haz lo que puedas". Decirles a los equipos haz lo que puedas sin que realmente se pueda, es una indecencia que yo no voy a olvidar.

Y, entonces ¿Cuáles son nuestras oportunidades?

Nos queda la acción política, de la política primera, de la relación y la acción. Sí, muchas de nosotras están, estamos, en diferentes plataformas que quieren una medicina pública mejor, una AP mejor. Es una suerte que estéis aquí. Pero recordemos que en el 2018 ya hubo una huelga duradera y generalizada en la AP Catalana, algunos la recordamos como una efeméride importante. Y, sin embargo, los logros de esa acción fueron, a mi entender, muy escasos. Da la impresión de que la estructura del poder se maneja bien con la protesta

sanitaria conocedora, quizás, de que no vamos a ser capaces de hacerla llegar muy allá por motivos éticos, profesionales y quizás otros.

También se ha apelado a nuestra unidad de acción con la comunidad, como una posibilidad para determinados cambios. El día 30 de junio hubo una convocatoria en Cataluña en esta misma línea. Es cierto que una parte de la ciudadanía comprende y quiere la sanidad pública tanto o más que nosotras. Pero es peligroso querer adueñarse de lo que quiere la ciudadanía, pues, esta misma se ha manifestado en las urnas durante, precisamente el periodo de la pandemia, en -que yo recuerde- cuatro comunidades autónomas. No ha habido grandes exigencias con los presupuestos en salud y los resultados han sido, dicho suavemente, continuistas.

Los bancos vacíos de los CAPS son un inmenso logro. Un logro inmenso en primer lugar de contención de la población que ha guardado su malestar y su dolor en casa, y un logro no menos grande de las profesionales de la AP que con un número inconmensurable de llamadas, un número importante de visitas y todo lo que sabíamos y teníamos, ha abrazado el sufrimiento y ha ayudado a contenerlo. Los bancos vacíos son un grandísimo mérito. Sin ellos la pandemia hubiese sido mucho peor.

Aunque, está claro que la situación tiene también terribles consecuencias. Sabemos que los diagnósticos de enfermedades graves se están retrasando, que la mortalidad por enfermedades evitables ha aumentado, que el control de enfermedades crónicas es malo o muy malo y que la factura de esta deficiencia llegará en los próximos años con aumento de la morbilidad y la mortalidad, por ejemplo de la diabetes mellitus. Nada de lo que hemos vivido, ha sido en balde, pero nada ha sido gratis.

¿Cómo podemos explicarnos mejor, pienso? ¿Cómo os parece que podemos establecer vínculos que nos permitan objetivos comunes, mejorar la salud pública, en mi caso mejorar la AP?

Los mensajes que se dirigen a la población desde los lugares de poder son a menudo publicidad engañosa, que culpabilizan a los profesionales. Se anuncian derechos que luego no se soportan mediante dotaciones económicas. ¿A que no sabéis cómo se va a llevar a cabo la atención a la muerte asistida recientemente legislada? Sí, sí que lo sabéis con horas extras de profesionales. Y ya está.

Ahora el Conseller Argimon ha prometido la contratación de "otros profesionales" como psicólogos o rehabilitadores o dietistas.

Sí que le reconocemos los méritos, pero esta promesa de nuevos profesionales ya nos la hicieron el pasado año. Puede ser una oportunidad, una apertura de la AP, quizás sí. Ojalá la incorporación de psicólogas sea una realidad, pues la salud mental está en una situación tan límite o más que la de la AP, al menos en Cataluña. Ojalá sea una oportunidad siempre que no sea una sustitución.

Simultáneamente habría que afianzar los recursos que ya se han mostrado útiles como la enfermería y la medicina de familia y su relación con distintos operadores de especialidades médicas. Que la complementación no nos lleve al barullo. Entonces ¿Qué necesitamos?

Necesitamos inversión en espacios, en profesionales. Gestión a largo plazo de los perfiles académicos y profesionales. Direcciones adecuadas a los problemas reales y cotidianos y no a objetivos impuestos. Organización realista del trabajo en que quede claro lo que es posible y lo que no.

Necesitamos una relación cordial, fácil eficaz y no jerárquica, con las diferentes especialidades. Muy en especial con las llamadas de la salud mental.

Necesitamos que otros lugares asistenciales estén bien dotados: los servicios sociales municipales, por ejemplo, deben prepararse de forma adecuada con los recursos y dotaciones materiales y humanas necesarios para hacer frente a la pobreza que ya se está constatando y que ya está desbordando. Necesitamos comunicarnos mejor con la ciudadanía, que nos ha respaldado en momentos de heroicidad, pero no en el trabajo penoso del recorrido de la pandemia. Quizás no nos sabemos explicar. Quizás aún debemos explicarnos más.

Aún no sabemos con certeza qué nos ha pasado, algo que ha resultado inaudito, pues las referencias previas, las pandemias del SIDA y de los SARS-CoV-1 i los MARS o el ÉBOLA fueron localizadas en grupos poblacionales y geográficos que sentimos lejanos y no amenazaron de forma global. Y no teníamos ya supervivientes de la gripe del 18, quizás la última experiencia comparable de la modernidad. Estamos construyendo el relato. Un relato de algo que está en curso, que no ha finalizado. Por esto es tan importante que hablemos, hoy aquí y todavía en muchas más ocasiones. Lo que hemos hecho, pienso, ha sido fundamentalmente acertado y bueno, tanto la población como las profesionales. Aunque, es cierto que se han puesto de manifiesto vulnerabilidades e inequidades que en parte ya conocíamos.

El negocio del sector privado ha aumentado de manera muy notable y no ha corrido riesgos durante la pandemia, pensemos en la Mutua médica que gestionaba las residencias privadas en Cataluña y que en el momento de la gravísima situación ocurrida fue sustituida por la AP; o las mutuas laborales que se han quedado en gran medida atrás en su compromiso de seguimiento de contactos COVID entre los trabajadores.

Nosotras, en el CAP La Pau, que está en una zona económicamente deprimida de Barcelona, tenemos ahora más pacientes que acuden a la medicina privada que antes. Y quieren lógicamente lo mejor de los dos mundos, pues pagan en los dos mundos y a menudo – el mundo de la asistencia privada y la pública- entran en conflicto. En lo personal algunas de nosotras necesitaremos ayuda de otras profesionales, de vosotras psicólogas, especialmente. Otras solicitarán permisos

o excedencias, como ya está sucediendo. Algunas buscarán otra especialidad u otra profesión en la que ser más útiles y felices. Todo ello es posible.

Yo, con otras y otros seguiremos intentando, al menos por el momento, hacer nuestro trabajo, entender lo que nos pasa, pedir lo que necesitamos, construir el relato y buscar apoyos y complicidades en las relaciones. Cuando el cansancio o el desánimo me aprietan, me acuerdo de ese mes de marzo del 2020, ese mes de marzo pavoroso en el que -sin que nadie nos dijera, en el CAP la Pau nos reuníamos a las 8 horas y a las 14, puntualmente, sin que faltara nadie. Hablábamos, organizábamos, comentábamos, aprendíamos y llorábamos... me acuerdo de esto y por esto continuo. Aunque está siendo muy difícil.

Hablamos también del maternaje en la profesión médica, y mientras lo escucho, se me ocurre que hay que llevar la reflexión más lejos, aunque el vislumbre fue bueno. Sí creo que la presencia tan numerosa y de tanta calidad de mujeres médicas ha enriquecido la medicina y que desde nuestra presencia nos hemos acercado de otra manera al sufrimiento humano y a la búsqueda de remedio y curación. Cuando analizamos las características de las dificultades actuales debemos, sin duda, tenernos en cuenta como mujeres médicas. Y me viene a la cabeza que lo que resulta incómodo hasta el punto de la inadecuación es un tipo de atención en qué la relación y el cuidado son puestos en el centro, en un mundo asistencial público y empresarial privado que tienen organizaciones, funcionamientos y objetivos que no van de la mano en esta forma de ejercer la medicina y esa es la verdadera inadecuación, que merecería, creo, una reflexión mayor.

Hemos aprendido que después de cada ola-COVID-19 aparece un periodo de una cierta calma en la que nos enfocamos en la patología ordinaria y en el que las direcciones de las organizaciones pretenden hacernos creer que ya ha pasado todo y que debemos rendir como antes. La realidad es tozuda, no sé cuándo se publicará este artículo, mientras lo escribo (Diciembre 2021). Los números de la epidemia empeoran y nos engulle nuevamente el vértigo de la doble atención COVID/NO COVID que parece, va a ser la nueva realidad. Una doblemente compleja realidad que ha venido para quedarse y para la que, no lo olvidemos, no nos han dado recursos.

¿Qué nos pasa, qué le pasa al mundo para que estemos así? Una reflexión que se extiende al futuro, una reflexión a la que os emplazo.

---

1. El diálogo relacional que se realizó entre la Dra Pilar Babi y la psicoanalista Regina Bayo y otros miembros de la REDCAPS en Julio de 2021 se puede seguir en: CAPSula: "¿Qué les pasa a las profesionales? La salud de las profesionales y la pandemia. <https://www.youtube.com/watch?v=uacOntsgXXY>

# ¿qué Les pasa a Las profesionales sanitarias? construyendo un relato



**Regina Bayo-Borràs**

[reginabayo@gmail.com](mailto:reginabayo@gmail.com)

Psicòloga Clínica. Psicoterapeuta psicoanalítica. Presidenta Comissió de Psicoanàlisi del Col.legi Oficial Psicologia Catalunya. Docente y supervisora servicios salud mental - Infancia y Mujer

## La fuerza de un inicio

El pasado 9 de julio 2021, tras un año largo del inicio de la pandemia, varias profesionales participamos en un diálogo-debate acerca de la situación de las mujeres sanitarias, tanto en su dimensión profesional, como en lo que les ha afectado en lo personal, familiar e íntimo<sup>1</sup>.

De ahí nos dimos cuenta, a partir del comentario de Pilar Babi, de que estábamos construyendo un Relato: de lo que habíamos vivido y de lo que continuamos transitando meses después. Un Relato que recoge el estado emocional durante los primeros meses, con el miedo y la angustia del impacto inicial y la incertidumbre consiguiente; pero también recordando la fuerza y la energía con la que se gestionó la urgencia del período crítico, y que podría bautizarse como "la fuerza de un inicio".

Efectivamente, la pandemia y el confinamiento nos generaron un shock, que lejos de dejarnos paralizadas, movilizaron toda nuestra determinación, para enfrentar con energía renovada la violencia de las tragedias personales y familiares de l@s usuari@s: miedo, dolor, sufrimiento, muerte, abandono, soledad. Año y medio después (julio 2021), las profesionales de primera línea están desgastadas, se sienten agotadas: sus palabras para describir cómo se encuentran: "esto es insostenible". Algunas han cogido la jubilación anticipada, otras están de baja, hay quienes piensan dejar la profesión, o marchar a países del entorno para encontrar mejores condiciones. Un panorama ciertamente desolador.

## Sobre la salud mental de l@s profesionales sanitari@s

Advierte la OMS en su informe: la pandemia está imponiendo exigencias extraordinarias al personal sanitario, tanto física como mentalmente. Los/as profesionales de la salud están experimentando niveles más elevados de ansiedad (13,0% frente a 8,5%) y de depresión (12,2% frente a 9,5%) en comparación con los y las profesionales de otras áreas.

La investigación muestra que hasta el 43% de los y las trabajadores de primera línea experimentan niveles significativos de ansiedad, con una prevalencia del 27% en enfermeras y del 17% en médicos.

Hasta el 40% del personal sanitario que trabaja en cuidados intensivos alcanzó el umbral clínico para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, el 13% tuvo pensamientos suicidas, el 11% presentó ansiedad severa, el 7% tenía problemas con el alcohol y el 6% depresión.

Se constata un **incremento en las tasas de ansiedad, miedo y angustia emocional relacionados** con sentimientos de impotencia, de falta de apoyo y de equipos de protección personal (EPIs), con el trauma de la muerte relacionada con el COVID, y con el miedo a transmitir el virus a amigos y familiares.

"A medida que se expande el impacto económico y social de la pandemia, podemos prever un incremento en los problemas de salud mental. Esta situación está afectando especialmente a los/as trabajadores/as sanitarios que están trabajando en primera línea<sup>2</sup>

## De la descripción de los datos al análisis de la situación

De sentirse apoyadas –y aplaudidas– por la ciudadanía, ahora se sienten "en falta" porque no llegan a todo lo que se les pide. Además de seguir afrontando las sucesivas olas de la pandemia, se han de atender todas las patologías (que son pacientes, personas, no sólo enfermedades) que quedaron aparcadas. Entre l@s usuari@s hay "enfado", insatisfacción, frustración, incluso agresividad, es como una situación "desquiciante".

¿Cómo es que han cambiado a peor las dinámicas relacionales y asistenciales? Porque además de la desafección de gran parte de la población, las profesionales tampoco pueden contar ya (diciembre 2021) con los espacios de apoyo y contención mutua que tenían al inicio, a través de los encuentros diarios con las compañeras del equipo: "lo que nos unió se ha ido minando.

Esta situación tan penosa requiere de una mirada más amplia, con la que construir un pensamiento crítico. Es necesario pasar de la descripción de los hechos al análisis de la situación, integrando los diferentes elementos que intervienen: desde las políticas sanitarias que carecen de las estrategias



adecuadas para prevenir y paliar los daños ocasionados, hasta los aspectos más directamente involucrados en el rol de la profesional sanitaria.

### Surgen así algunas cuestiones para reflexionar entre todas:

- ¿Es esta una profesión vocacional en la que se supone hay que estar a todas, hasta el límite de las propias fuerzas? Habría un “implícito” perverso y dañino –generador de intensos sentimientos de culpa- que erosiona la autoestima y dignidad en el rol profesional.
- ¿Si son las condiciones político-sanitarias las que causan nuestro desgaste, cómo es que no tenemos el apoyo/comprensión/alianza de l@s usuari@s ni de la población en su conjunto? Aquí está emergiendo un sentimiento de “ser incomprendidas”, que coloca a la profesional en un rol “victimizado” en la relación asistencial.
- ¿Dónde colocar lo personal en el ejercicio de una profesión que exige dar toda la ayuda/atención/curación para resolver el estado de vulnerabilidad/fragilidad del otro? De nuevo aparece el dilema de la conciliación, esa inevitable tensión que se produce entre lo personal y lo profesional, y que es siempre fuente de un monto de angustia y culpa por no estar “a la altura” de las circunstancias.

### De lo desconocido a lo demasiado conocido

En diciembre de 2021 estamos ya en la sexta ola de la pandemia. Lo que está sucediendo no es nada nuevo: bien al contrario, las profesionales vuelven a encontrarse con lo traumático ya conocido, y eso implica –como ya sabemos bien- que para muchas se convierte en un “dejà vu”, que roza lo angustiante/siniestro.

Cuando digo “lo traumático ya conocido” me refiero a que –de una manera más o menos directa- se vuelve a revivir el miedo y el dolor, además de la impotencia. Este conjunto de factores implica la retraumatización de quienes apenas se habían recobrado de la erosión emocional inicial. Ya no estamos en tiempos heroicos, sino en tiempos de resistencia. Ahora bien, se trata de una resistencia sin “la fuerza de los comienzos”, con las energías menguantes, y sin aplausos. La población, por su parte, sí se resiste –y se rebela- a continuar

con las auto-restricciones; el cansancio es evidente, y mucho más en una sociedad en la que el “bienestar” ha sido fuente y meta de una forma de vida.

### Atrapadas en un vértice sin apoyos

Pareciera como si las profesionales sanitarias hubieran quedado atrapadas en un vértice sin apenas apoyos, cuyos prismas más destacados son:

- La ineficacia/negligencia de las políticas sanitarias: las deja inermes y desamparadas ante la magnitud de los oleajes.
- La frustración/desafección de una parte de la población/ usuari@s que se ven todavía más vulnerables ante las tormentas que acechan (salud, empleo, vivienda, derechos sociales, etc).
- La precariedad de su empeño e ilusión por su práctica profesional, en la que –con más frecuencia que antes- se sienten poco y mal reconocidas, pagadas, promocionadas.

Este vértice en el que se encuentra cada una – una por una, no una por todas las demás- soporta demasiadas fuerzas negativas; y por negativas entiendo las cargas que no promueven deseo de vida y satisfacción, sino todo lo contrario. Tal como se recoge en los informes de la Fundación Galatea y del Consejo de Europa, el “mal estado” de la salud mental de l@s profesionales sanitari@s:

Según una encuesta realizada en abril de 2020 a profesionales de la salud en España, cerca de las tres quintas partes de los encuestados y las encuestadas informaron de síntomas de ansiedad (59%) y/o trastorno de estrés postraumático (57%), y cerca de la mitad (46%) presentaba síntomas de depresión.

Y no debería preocuparnos demasiado si no fuera porque cada año que pasa la situación no parece mejorar sustancialmente. La deriva entre las tormentas y los oleajes nos lleva a pasar de la incertidumbre y angustia a lo desconocido –el shock inicial-, a la certeza de lo demasiado conocido. Un sentimiento de inquietante certeza sustituye al de la angustiada incertidumbre. Por eso necesitamos más que nunca compartir experiencias, reflexiones, análisis crítico. Un intercambio que producirá cambios profundos, transformaciones personales y colectivas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=16905](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=16905)
- Informe sobre el panorama de la salud en Europa (Health at a Glance: Europe 2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/publications/2021/supporting-the-mental-health-and-well-being-of-the-health-and-care-workforce-2021>

## ¿Saldremos más sabias de La pandemia?



**Mar Rodríguez Gimena**  
Médica especialista  
en medicina familiar  
y comunitaria. SAR Centro de  
salud Buitrago del Lozoya.

### REFLEXIONES EN TORNO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

#### UNA MIRADA CRÍTICA FEMINISTA, ANTICAPITALISTA Y ANTIMILITARISTA DESDE EL AMOR A MIS COMPAÑERAS DE PROFESIÓN Y EL RESPETO A L@S QUE TOMARON LAS PRIMERAS DECISIONES EN PANDEMIA.

No me ha gustado nunca hacer de “capitán a posteriori”, pero nos merecemos una reflexión lo más serena posible de lo que nos ha ocurrido y sigue ocurriendo en la pandemia de COVID. Mi contexto es el de la Comunidad de Madrid. Algunas críticas se dirigen también a las medidas impuestas por el Gobierno de España.

#### Y con estos mimbres hicimos estos cestos: potpurri de críticas.

1. Los recortes en sanidad en la Comunidad de Madrid
  - Pérdida de 3.000 camas hospitalarias en una década<sup>1</sup>
  - Recorte del capítulo de personal en 2010 51,8% y en 2017 44,7%<sup>2</sup>
  - Recorte del gasto per cápita, de 1.313 euros en 2011, a 1.254 euros en 2017. Actualmente es la comunidad autónoma de todo el estado que menos invierte por habitante.<sup>3</sup>
  - Recorte en número de profesionales: El Sermas pasó de 75.400 trabajadores en 2010, a 72.193 al inicio de 2019.<sup>4</sup>
  - Recortes en la inversión en Atención Primaria: De 2009 a 2019 se reduce un 7,58 por ciento.<sup>5</sup>
  - Aumento de la privatización  
Entre 2009 y 2019 ha sido del 11,85 por ciento
2. Al borde de un ataque de nervios: cierre de centros de salud y desatención en las residencias.  
Cierre de 46 Centros de Salud en plena pandemia<sup>6</sup> y cierre, que permanece hoy en día, de los SUAP (Servicios de Urgencia de Atención Primaria<sup>7</sup>), sobrecarga hospitalaria y la “necesidad” de apertura de IFEMA dada la escasez de camas.<sup>8</sup>  
Masacre en las residencias (5.795 fallecimientos atribuidos al coronavirus en marzo y abril de 2020)<sup>9</sup> y sobrecarga de Atención Primaria.
3. Retraso en el diagnóstico de lo que no fuera COVID.  
Según el Instituto Nacional de Estadística, los mayores incrementos en el número de fallecimientos debidos a enfermedades del sistema circulatorio y a tumores se dieron durante el mes de marzo de 2020, con un 15,5% y un 7,0% más, respectivamente.<sup>10</sup>

#### 4. Situaciones que no se tuvieron en cuenta al decretar el confinamiento:

Se establecieron medidas con escaso enfoque feminista, adultocéntricas, urbanocentristas, cortoplacistas, clasistas y edadistas<sup>11</sup>

María Teresa Ruiz Cantero alertó en diferentes artículos sobre la importancia de desagregar y estratificar la mortalidad al menos por sexo y edad y de hecho tuvo que iniciar una petición en change.org para que el Ministerio facilitara los datos. Datos que sigue sin tener.<sup>12</sup> El impacto en la salud de las mujeres fue diferente al de los hombres.

El “quédate en casa” supuso para las mujeres víctimas de violencia de género y las y los niños que vivían con sus abusadores sexuales algo muy diferente que para el resto de la población. Las llamadas a los teléfonos de ayuda a la violencia de género (016) aumentaron el primer mes de confinamiento (14 de marzo a 15 de abril), un 30,7% las llamadas y el 443,5% las consultas online.<sup>13</sup>

Hubo efectos negativos en la atención a la salud sexual y reproductiva (menor accesibilidad a los métodos anticonceptivos y abortos)<sup>14 15</sup>

Respecto a la crítica al edadismo y qué pasó en pandemia con las viejas, aconsejo leer a Anna Freixas<sup>16</sup>

Un artículo aparte merecería el impacto en la salud en la población infantil y adolescente, el aumento en número de suicidios, etc.

#### 5. ¿O esto o nada?

No hemos respetado la autonomía de los y las pacientes. Otra vez l@s hemos tratado como a personas sin opinión ni deseos y no les hemos dado la opción de elegir otras propuestas terapéuticas.<sup>17 18</sup>

#### 6. El rey está desnudo o la censura en los medios a la crítica a los datos epidemiológicos.

La declaración de Great Barrington de octubre de 2020 criticaba el efecto del confinamiento sobre las poblaciones y no salió a la luz pública<sup>19</sup>

Nines Maestro en su artículo “Políticas de exacerbación del miedo y censura en la gestión del Covid-19” de septiembre de 2021 señala a quién se ha censurado. Entre ellos al profesor Ionadis, médico griego-estadounidense, director del Centro de Investigación en Prevención de Stanford. Editor jefe del European Journal of Clinical Investigation.<sup>20</sup>

A Juan Gervás se le censuró en twitter, en agosto de 2021, por desvelar los efectos secundarios de algunos tratamientos utilizados en el tratamiento del COVID-19.<sup>21</sup> Y un largo etc.

## Respirar hondo y reflexionar: el caso de IFEMA.

El 21 de marzo de 2020 se hizo un llamamiento por parte de las gerencias de Atención Primaria a los y las profesionales para que acudiéramos como voluntarias al hospital situado en IFEMA. Muchas nos dirigimos allí. Al llegar no sabíamos lo que nos íbamos a encontrar.

Una carpa de protección civil con EPIs de plástico amarillo, otra carpa para dejar la ropa. Sin vestuarios los cinco primeros días, sin ordenadores, sin cajetines de medicación...

Los siguientes días todo empezó a estar mejor organizado. Recuerdo con cariño el compañerismo, el apoyo, el volver a sentirme como una residente de familia a mis 51 años. Los y las residentes de familia trabajaron intensamente, con generosidad... mal se les pagó.

Semanas después algo nos quedó claro a la gente más crítica con la Comunidad de Madrid: si no se hubieran recortado el número de camas IFEMA no habría sido necesario.

## MULIER SAPIENS: ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

### 1. O fortalecemos los servicios públicos o morimos (literalmente).

Es imprescindible aumentar las plantillas en Atención Primaria y Atención Hospitalaria y revertir los procesos de privatización de la sanidad pública madrileña.

Debemos trabajar los duelos y el burn out de los y las profesionales sociosanitarias y atender a las secuelas postcovid y/o el Síndrome post-covid o Covid largo de los y las compañeras que las padezcan.

Debemos fortalecer la coordinación entre niveles asistenciales y, aprovechando el auge del on line, seguir con procesos ágiles de coordinación. Con especial atención a la coordinación con salud mental.

La interdisciplinariedad no debe ser una palabra vacía, sino que debe guiar la respuesta a los complejos problemas que plantearán las nuevas pandemias y la crisis global del capitalismo.

### 2. Este virus lo vencemos entre todas.

Este lema sigue hoy de rabiosa actualidad. El problema es



cómo incluir en la toma de decisiones a ese todos y todas. Una de las reflexiones a la que me más me adhiero y que he leído en múltiples artículos es la de que a problemas complejos, soluciones complejas y añadido: y con participación comunitaria. Sabemos que la población es un activo en salud en sí mismo. Durante la pandemia hemos infantilizado a la gente y no hemos permitido la posibilidad de encontrar soluciones conjuntas ni basadas en la justicia social. El contexto lo hacía difícil, pero no imposible. Los grupos de vecinas en barrios y pueblos se organizaron desde el minuto cero para tratar de solventar, desde la solidaridad y el apoyo mutuo, los grandes déficits del sistema. Alimentaron a una población muy vulnerable e hicieron de puente con los servicios públicos sanitarios y de asistencia social. Fueron tremendamente eficaces y funcionaron de manera descentralizada.

### 3. Más epidemiología con enfoque feminista y menos política y control social.

No podemos censurar o ningunear los pensamientos críticos y que fueron silenciados: el impacto del confinamiento en la mortalidad, la sobremortalidad no desagregada por sexo, por edad y por clase social y los diferentes debates sobre este u otro tratamiento y su eficacia, la necesidad de la vacunación a todas las edades, etc. Los diferentes seminarios y artículos publicados por "No gracias"<sup>22</sup> son imprescindibles. Y aprender a lidiar con estas diferencias y discrepancias nos puede hacer crecer y ser más críticas.

No podemos volver a permitir un confinamiento que no contemple las vulnerabilidades de distintos grupos humanos (clases sociales empobrecidas, personas presas, personas en situación de calle y personas migrantes) y el impacto de la violencia de género en las mujeres, niños y niñas. "Quédate en casa" quizá no fuera ese maravilloso lema que aglutinaba a todas y todos y nos permitiría "vencer al virus".

No puedo olvidar a todas y todos los pacientes afectados por la Sensibilidad Química Múltiple que han sufrido las consecuencias en su salud del uso de productos desinfectantes. El medioambiente y la salud van de la mano.

La militarización social impactó en los discursos de la sociedad y de l@s sanitarias. En esta pandemia pasamos de que nos informara Fernando Simón a que nos informaran mandos de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado y del ejército. Mal vamos. La militarización social y el discurso de la guerra nos ha llevado a ver a los demás como a "l@s otros" (personas vacunadas/personas no vacunadas; los jóvenes irresponsables/la población en general;l@s europeas y l@s africanas y como a "l@s enemig@s" (el pobre virus también fue el "enemigo a abatir"). Los procesos de control social como los "policías de balcón" no son fáciles de revertir. El lenguaje militarista que nos quería convencer de que "esto es la guerra" trivializó los efectos de las guerras.<sup>23</sup>

## LA CARTA A LAS REINAS MAGAS: PROPUESTAS AL SISTEMA

No se trata de pedir, se trata de exigir y de ir dibujando entre todas qué sociedad queremos.

Vayan 10 ideas para repensar juntas.

1. Escuchar y poner en práctica las propuestas feministas.<sup>24 25</sup>
2. Establecer circuitos bien definidos de participación comunitaria en caso de otra pandemia.<sup>26</sup>
3. Exigir que las residencias sean públicas, no masificadas y pensar en otras propuestas de cuidado escuchando a las viejas, a las sabias
4. Aumentar, con un plan concreto, el gasto sanitario, las plantillas y los recursos per capita.
5. Coordinación ágil entre diferentes niveles asistenciales sanitarios.
6. Coordinación multisectorial.
7. Huir del neocolonialismo.<sup>27</sup>
8. Información veraz y científica.
9. Libertad de elección terapéutica y respeto de la autonomía del paciente.<sup>28</sup>
10. Mirarnos con amor y recuperar nuestros cuerpos, nuestras vidas.

"El autoritarismo con que se ha afrontado la epidemia actual no tiene una justificación sanitaria. Obedece a una política que tiene como uno de sus objetivos finales reforzar la actitud social pasiva, aislada, temerosa y dependiente, hoy en día hegemónica de las sociedades occidentales."<sup>29</sup>

1. <a href="https://www.publico.es/sociedad/pp-cerrado-3000-camas-hospitales-publicos-madrilenos-diez-anos-ayuso-no-recuperapese-pandemia.html">https://www.publico.es/sociedad/pp-cerrado-3000-camas-hospitales-publicos-madrilenos-diez-anos-ayuso-no-recuperapese-pandemia.html</a>	10. <a href="https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf">https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf</a>	Rodríguez Gimena
2. <a href="https://www.eldiario.es/madrid/radiografia-colapso_1_6020838.html">https://www.eldiario.es/madrid/radiografia-colapso_1_6020838.html</a>	11. COVID-19. LA RESPUESTA AUTORITARIA Y LA ESTRATEGIA DEL MIEDO. Paz Francés et al. Ediciones El Salmón. Modificado capítulo XII pag 346	18. <a href="https://www.homeopatiasuma.com/ambivalencia-atencion-primaria-de-salud-ifema-covid-19-y-homeopatia/">https://www.homeopatiasuma.com/ambivalencia-atencion-primaria-de-salud-ifema-covid-19-y-homeopatia/</a>
3. <a href="https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/graficos-diez-anos-privatizaciones-recortes-comunidad-madrid">https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/graficos-diez-anos-privatizaciones-recortes-comunidad-madrid</a>	12. <a href="https://www.gacetasanitaria.org/en-las-estadisticas-sanitarias-invisibilidad-por-articulo-S0213911120300911">https://www.gacetasanitaria.org/en-las-estadisticas-sanitarias-invisibilidad-por-articulo-S0213911120300911</a>	19. <a href="https://gbdeclaration.org/la-declaracion-de-great-barrington-sp/">https://gbdeclaration.org/la-declaracion-de-great-barrington-sp/</a>
4. <a href="https://www.elindependiente.com/economia/2021/09/30/madrid-es-la-ccaa-que-menos-gasto-en-sanidad-y-educacion-por-habitante-en-2020/">https://www.elindependiente.com/economia/2021/09/30/madrid-es-la-ccaa-que-menos-gasto-en-sanidad-y-educacion-por-habitante-en-2020/</a>	13. <a href="https://www.easp.es/web/coronavirus-saludpublica/que-va-a-pasar-con-las-mujeres-victimas-de-violencia-de-genero-una-pandemia-mas-alla-de-la-virologia/">https://www.easp.es/web/coronavirus-saludpublica/que-va-a-pasar-con-las-mujeres-victimas-de-violencia-de-genero-una-pandemia-mas-alla-de-la-virologia/</a>	20. <a href="https://www.actsanitaria.com/dimes_y_diretes/twitter-mantiene-el-bloqueo-censura-a-juan-gervas/">https://www.actsanitaria.com/dimes_y_diretes/twitter-mantiene-el-bloqueo-censura-a-juan-gervas/</a>
5. <a href="https://www.eldiario.es/sociedad/recorte-plantilla-madrid-coronavirus_1_1010049.html">https://www.eldiario.es/sociedad/recorte-plantilla-madrid-coronavirus_1_1010049.html</a>	14. <a href="https://www.guttmacher.org/article/2020/03/covid-19-outbreak-potential-fallout-sexual-and-reproductive-health-and-rights">https://www.guttmacher.org/article/2020/03/covid-19-outbreak-potential-fallout-sexual-and-reproductive-health-and-rights</a>	21. <a href="http://www.nogracias.org">http://www.nogracias.org</a>
6. <a href="https://economistasfrentealacrisis.com/recortes-y-privatizacion-pongamos-que-hablo-del-servicio-madrileno-de-salud/">https://economistasfrentealacrisis.com/recortes-y-privatizacion-pongamos-que-hablo-del-servicio-madrileno-de-salud/</a>	15. <a href="https://www.observatorioviolencia.org/28s-covid-19-y-el-derecho-al-aborto-en-espana/">https://www.observatorioviolencia.org/28s-covid-19-y-el-derecho-al-aborto-en-espana/</a>	22. <a href="https://www.elsaltodiario.com/planeta-desarmado/desde-el-hospital-del-ifema...-en-tiempos-de-paz">https://www.elsaltodiario.com/planeta-desarmado/desde-el-hospital-del-ifema...-en-tiempos-de-paz</a>
7. <a href="https://www.eldiario.es/madrid/comunidad-madrid-centros-personal-sanitario_1_1106754.html">https://www.eldiario.es/madrid/comunidad-madrid-centros-personal-sanitario_1_1106754.html</a>	16. <a href="https://elpais.com/sociedad/2020-04-20/no-por-nuestro-propio-bien-no.html">https://elpais.com/sociedad/2020-04-20/no-por-nuestro-propio-bien-no.html</a> Anna Freixas Farre	23. <a href="https://www.feministcovidresponse.com/es/sobre-el-colectivo/">https://www.feministcovidresponse.com/es/sobre-el-colectivo/</a>
8. <a href="https://www.eldiario.es/madrid/600-dias-urgencias-atencion-primaria-madrid_1_8419354.html">https://www.eldiario.es/madrid/600-dias-urgencias-atencion-primaria-madrid_1_8419354.html</a>	17. <a href="https://www.lavanguardia.com/vida/20200522/481318088485/hay-mas-libertad-en-la-carcel-que-en-muchas-residencias.html">https://www.lavanguardia.com/vida/20200522/481318088485/hay-mas-libertad-en-la-carcel-que-en-muchas-residencias.html</a>	24. <a href="https://www.alianzasaludcomunitaria.org/covid-19-una-respuesta-comunitaria-para-una-pandemia-social/">https://www.alianzasaludcomunitaria.org/covid-19-una-respuesta-comunitaria-para-una-pandemia-social/</a>
9. <a href="https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-01/fuego-cruzado-ifema-hospital-campana-coronavirus_2527004/">https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-01/fuego-cruzado-ifema-hospital-campana-coronavirus_2527004/</a>	17. Revista Mujeres y Salud N.º 50. Mar	25. <a href="http://mujerescreando.org/las-cinco-pandemias-que-azotan-al-culo-del-mundo-por-maria-galindo/">http://mujerescreando.org/las-cinco-pandemias-que-azotan-al-culo-del-mundo-por-maria-galindo/</a>
9. <a href="https://www.infolibre.es/politica/heca-tombe-residencias-madrid-544-muertos-orpea-516-amavir-419-domusvi-217-ballesol_1_1185925.html">https://www.infolibre.es/politica/heca-tombe-residencias-madrid-544-muertos-orpea-516-amavir-419-domusvi-217-ballesol_1_1185925.html</a>		26. <a href="https://salidarazonablecovid.es/">https://salidarazonablecovid.es/</a>
		27. Pous cit en xi. Capítulo x pág. 291-303

## Los cuidados y La pandemia: riesgos, refamiliarización y retos



### María del Mar García Calvente

Doctora en Medicina, especialista en Salud Pública.  
Escuela Andaluza de Salud Pública

### Maria del Rio Lozano

Doctora en Sociología, experta en Género y Salud.  
Escuela Andaluza de Salud Pública

Durante la crisis (o las crisis) generadas por la COVID-19 se ha puesto en evidencia la importancia fundamental que tienen los cuidados en el mantenimiento de la salud y del bienestar de todas las personas. Sin embargo, esta centralidad rara vez se ha tenido en cuenta en las medidas para atajar la pandemia, y los cuidados no remunerados han permanecido ocultos, como paradigma de la invisibilidad de las mujeres en salud. Las mujeres cuidadoras no cuentan en los números (ausencia en las estadísticas), no cuentan en el relato (no han formado parte de las narrativas durante la pandemia) y no han sido tenidas en cuenta (no han estado representadas en la toma de decisiones).

Antes de la pandemia ya conocíamos las grandes desigualdades de género que atraviesan los cuidados.

Conocemos la enorme brecha entre mujeres y hombres en la participación en los cuidados de personas del hogar que los necesitan, que se ensancha durante las edades medias de la vida. Datos recientes arrojan la cifra de 76 millones de personas en Europa que cuidan de familiares o amistades, lo que supone un 12,7% de la población europea, y la gran mayoría son mujeres (62%)<sup>1</sup>. Las mujeres dedican más tiempo a los cuidados, cuidan durante más años y realizan las tareas de cuidados personales, más demandantes, más penosas y cotidianas, mientras que los hombres se ocupan más de los cuidados de movilidad o fuera del hogar. Estas desigualdades se potencian por la manera diferente de asumir y afrontar los cuidados: mientras que las mujeres naturalizamos el rol de cuidadoras como propio, los hombres lo entienden como un rol prestado que solo asumen en circunstancias concretas. Para ellas, no asumir los cuidados es penalizado por el entorno social y familiar, mientras que los hombres que cuidan se ven reconocidos y premiados socialmente por ello. También existen desigualdades de género en los impactos de cuidar sobre diferentes áreas de la vida. Por ejemplo, las mujeres sufren con mayor frecuencia los impactos negativos de cuidar sobre su situación laboral y económica<sup>2</sup>, como la brecha de

género en salarios o pensiones. El trabajo de cuidar tiene un claro impacto en la salud de quienes cuidan, a través de mecanismos que asemejan el cuidado a un proceso de estrés crónico, con resultados de mayor sobrecarga, más problemas de salud física y mental, hábitos de vida menos saludables e incluso mayor mortalidad. Y son las mujeres, mayores, de menor nivel socioeconómico, las que ya padecían mala salud previa y las que tienen escaso apoyo social, las que tienen más riesgo de presentar problemas de salud<sup>3</sup>.

¿Qué está ocurriendo con los cuidados durante la pandemia? Los roles de género tradicionales en los cuidados se están perpetuando e incluso profundizando durante esta crisis, afectando a las mujeres de manera significativa. Esto supone más riesgos, más refamiliarización y algunos retos para evitar retrocesos en igualdad.

Podemos considerar que los cuidados son un factor de riesgo para el contagio por el coronavirus: las mujeres asumen mayoritariamente los cuidados de otras personas (afectadas o no) en casa y en los servicios sanitarios y socio-sanitarios, cuidan durante más tiempo y en tareas de atención personal (más cercanas, más cotidianas), y además realizan otras tareas domésticas (limpieza de ropa, superficies, fómites...). Estos factores las exponen más al riesgo de contagio, como han reflejado las estadísticas sanitarias: predominan las mujeres entre los casos de COVID-19 que habían tenido contacto con otro caso o con personas con infección respiratoria aguda y entre el personal sanitario infectado (el 76% del personal sanitario con COVID-19 son mujeres).

Pero los cuidados informales también son un recurso esencial para la atención de salud durante la pandemia. Durante el aislamiento domiciliario de las personas afectadas por la COVID-19 son las cuidadoras del hogar quienes las atienden, les prestan los cuidados necesarios para su recuperación y toman medidas higiénicas para evitar el contagio de los demás convivientes. Durante los periodos de confinamiento se han limitado al mínimo los servicios de atención sanitaria para otras demandas no relacionadas con la COVID, limitación

que persiste aún en estos momentos. Las patologías crónicas (incluidas las de salud mental) y los problemas de salud no urgentes han tenido que ser atendidos en los hogares, mayoritariamente por las mujeres. Los datos disponibles indican que hay más personas que se han convertido en cuidadoras no remuneradas desde el inicio de la pandemia de COVID-19 y que las mujeres siguen asumiendo de forma desproporcionada las

responsabilidades de cuidados no remunerados. En todos los países, la responsabilidad y el compromiso de la mayoría de las personas cuidadoras que ya prestaban cuidados antes de la pandemia de COVID-19 ha aumentado<sup>4</sup>.

La pandemia ha dado lugar a una refamiliarización de los cuidados, incrementando la carga de cuidados que recae en las familias, esto es, en las mujeres. La supresión de la actividad de centros educativos y de cuidado de menores en el confinamiento concentró la carga de cuidados en las familias, especialmente en las mujeres. Los servicios de apoyo al cuidado de personas mayores y dependientes, que ya eran escasos, han sido muy limitados durante la pandemia. La ayuda a domicilio, los centros residenciales, los centros de día, se han visto drásticamente reducidos. Durante la situación más crítica de las residencias fueron muchas las familias que asumieron el cuidado de parientes anteriormente institucionalizados. Incluso las personas mayores o con discapacidad, antes razonablemente autónomas, durante la pandemia han necesitado ayuda para realizar compras de alimentos o medicamentos, y el cuidado y apoyo afectivo "a distancia" también lo han proporcionado las familias, siendo las mujeres las que están asumiendo esta carga extra de cuidados. Y ¿qué consecuencias está teniendo esta situación para la salud de las mujeres? Las investigaciones disponibles<sup>4</sup> indican que una gran proporción de personas cuidadoras ha experimentado un aumento de la carga y el estrés, así como otros síntomas relacionados, como dificultad para concentrarse, pérdida de sueño, irritabilidad y sentimientos de angustia. Este riesgo fue mayor entre las mujeres, y especialmente las más jóvenes y las que tenían dificultades económicas. Aunque desde hace tiempo se sabe que las mujeres cuidadoras experimentan una peor salud mental y física, los datos muestran que este patrón persiste, y que probablemente ha empeorado durante la pandemia. También se ha observado



que las mujeres sufrieron más aislamiento social, soledad y estrés financiero. No obstante, muchos estudios se ven limitados por la falta de desagregación por sexo de los datos y el inexistente análisis de género. En el contexto español, los primeros datos del estudio CUIDAR-SE III<sup>5</sup>, recogidos entre febrero y abril de 2021 con información de personas adultas cuidadoras de dependientes, muestran diferencias significativas por sexo en varios indicadores de los cuidados que prestan y una importante brecha de género en salud percibida: el 45% de mujeres indicaba que su salud era mala, frente al 30% de hombres.

¿Qué puede ocurrir con los cuidados después de la pandemia?

La pandemia está provocando una "crisis de crisis" que entraña riesgos, y tendrá repercusiones a medio y largo plazo para la vida y la salud de las mujeres que cuidan: peor salud física y mental, debido a la sobrecarga y el estrés derivado de los cuidados; riesgos para la salud de la doble presencia, agravados en mujeres que asumen un papel de cuidadoras tanto en sus actividades laborales como en las no remuneradas; consecuencias en otras esferas de la vida, laborales, económicas, uso del tiempo propio, relaciones sociales y familiares... La pandemia también entraña riesgos de retroceso en igualdad: las crisis son tiempos difíciles para la equidad de género (entre otras) y las epidemias agravan las desigualdades ya existentes. La refamiliarización de los cuidados y la expulsión de miles de mujeres del mercado laboral pondrá en riesgo los avances conseguidos hasta ahora.

Pero esta crisis puede ser también una gran oportunidad para poner realmente los cuidados en el centro, para trabajar en algunos retos pendientes que trasciendan a la pandemia y eviten retrocesos en igualdad:

- Reconocer el valor de los cuidados, tanto los no remunerados como los profesionales, incorporando el enfoque de

género de manera transversal. Esto implica reivindicar el valor del trabajo no remunerado de las mujeres que cuidan como un importante activo en salud, también durante la pandemia.

- Avanzar en el desarrollo de un sistema estatal de cuidados, más allá de la situación de pandemia, resulta hoy más urgente que nunca. Incluye ampliar la cobertura de servicios públicos para atender las necesidades de las personas que requieren cuidados y de las que cuidan, y considerarlos esenciales en situaciones de emergencia social como la vivida con la pandemia.
- Redistribuir y democratizar los cuidados. Esto supone, entre otras medidas, incrementar la implicación de los hombres, así como acciones para evitar que la sobrecarga de cuidar recaiga nuevamente, de manera desigual, sobre los hombros de las mujeres.
- Considerar a las mujeres cuidadoras informales como un colectivo especialmente vulnerable a sufrir consecuencias negativas sobre su salud física y mental durante esta pandemia, al que se deben dirigir medidas económicas, sociales y sanitarias específicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Peña-Longobardo, Luz María; Oliva-Moreno, Juan. The economic value of non-professional care: A Europe-wide analysis. *Int J Health Policy Manag* 2021; x(x): x-x.doi:10.34172/ijhpm.2021.149
2. Peña-Longobardo, Luz María; del Río-Lozano, María; Oliva-Moreno, Juan; Larrañaga-Padilla, Isabel; García-Calvente, María del Mar. Health, Work, and Social Problems in Spanish Informal Caregivers: Does gender matter? (The CUIDAR-SE Study). *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 8;18(14):7332. doi: 10.3390/ijerph18147332.
3. Del Río-Lozano, María; García-Calvente, María del Mar; Calle, Jesús; Machón, Mónica; Larrañaga, Isabel. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research*. 2017; 26 (12): 3227-3238 .doi: 10.1007/s11136-017-1678-2.
4. Lorenz-Dant, Klara; Comas-Herrera, Adelina. The Impacts of COVID-19 on Unpaid Carers of Adults with Long-Term Care Needs and Measures to Address these Impacts: A Rapid Review of Evidence up to November 2020. *Journal of Long-Term Care* 2021; 2021:124-53. doi: <http://doi.org/10.31389/jltc.76>.
5. Proyecto CUIDAR-SE: Estudio de seguimiento de la salud y la calidad de vida de mujeres y hombres cuidadores en Andalucía y País Vasco. Financiado por el Instituto de Salud Carlos III y Fondos FEDER (P112/00498; P116/00207; P119/00446).



**Victoria Camps**  
Filósofa. Catedrática emérita  
de la Universidad de Barcelona

## EL cuidado y La vejez REFLEXIONES sobre La pandemia

Una de las cuestiones que han venido preocupando al sistema sanitario público en los últimos años es la separación entre la práctica médica y la práctica asistencial. La primera se realiza en los hospitales, mientras la segunda tiene lugar en los domicilios, en las residencias geriátricas o en cualquier otra institución no incluida entre las organizaciones sanitarias. A esa separación se atribuye en parte el desconcierto, el caos y las malas prácticas que se produjeron en un número considerable de residencias geriátricas en los meses más duros de la pandemia. Mientras la sociedad se preguntaba si era legítimo restringir las libertades y tener a las personas confinadas en su hogar para evitar contagios, en las residencias de ancianos las medidas se extremaron mucho más: aislamiento total en el recinto reducido de la propia habitación, prohibición de visitas y privación de asistencia médica. Las residencias –fue la primera excusa- no son centros médicos, sino asistenciales. Los hospitales estaban saturados y había que racionar los ingresos. Que finalmente fueran las personas

mayores las más golpeadas por la pandemia y el número de fallecimientos creciera de forma exponencial en las residencias fue la consecuencia lógica de una situación que revelaba carencias y deficiencias estructurales que habían pasado desapercibidas o no se quisieron percibir con anterioridad. Ante esta realidad, lo inteligente no es lamentarse, sino pensar y discutir qué habría que hacer para que lo ocurrido no volviera a repetirse. Ciertamente que las personas que residían en geriátricos eran las más frágiles y las que tenían más números para ser atacadas por el virus; cierto también que, cuando el sistema se colapsa, seleccionar pacientes es indispensable, si bien nunca esa medida puede imponerse desde decisiones ajenas a la voluntad de los individuos. Lo cual es terriblemente complejo y difícil de aplicar en el agobio de la pandemia. Pero eso es actuar bien y todo lo demás excusas para no hacerlo. Se hizo lo que se hizo y se hizo mal, por lo que ahora se impone reflexionar y corregir las malas prácticas y, en especial, las causas que han llevado a ellas.

A mi juicio, el foco habría que ponerlo en el hecho mencionado al principio de que la práctica asistencial y la sanitaria, el curar y el cuidar, ya no son dos actividades que puedan discurrir por separado. El célebre informe del Hastings Centre, Los fines de la medicina, lo ponía de relieve hace veinticinco años. Decía que, además de curar, uno de los fines de la medicina es cuidar a los que no tienen curación. El crecimiento de la esperanza de vida ha hecho que aumenten los pacientes crónicos, pacientes que ya no pueden ser curados, pero requieren cuidados debido a las disfunciones derivadas de las patologías que padecen. Las personas ancianas, cuando son dependientes, necesitan cuidadoras o cuidadores, pero también atención médica.

Dicha realidad que apunta a una convergencia de las funciones de los distintos profesionales de la sanidad y de la enfermería choca con una especialización médica creciente que hace difícil la convergencia de funciones. Por eso importa dar relevancia al médico de familia, ese antiguo médico de cabecera que es el único capaz de atender a la totalidad de las dolencias del paciente. Tanto las dolencias por enfermedad, como las que derivan de la desatención, el descuido, la falta de compañía, etc.

No tengo datos ni seguramente es éste el lugar para detallar las deficiencias que han aflorado durante la pandemia en las residencias de ancianos. Dos cosas están claras y no hace falta aportar muchos números para probarlo. Hay pocas instalaciones públicas destinadas a las personas mayores con necesidades especiales, mientras que las instituciones privadas han atendido más al afán de lucro que al servicio que estaban realizando. No hay que generalizar y es injusto demonizar lo privado y ensalzar lo público sin más matices. Me consta que ha habido residencias privadas, mayormente en zonas rurales, que han funcionado perfectamente, han sabido evitar contagios sin que ello significara un trato inhumano a los residentes. Pero han sido casos excepcionales. La reclusión de las personas, dependientes o discapacitadas, en centros destinados a su protección, recuperación o aislamiento del resto de los mortales, cuenta con nombres ilustres que han desarrollado críticas radicales al sistema. Basta citar a Michel Foucault o a Erving Goffman quien llamó a instituciones como las cárceles, los asilos, los cuarteles, los manicomios, también las nursing homes, "instituciones totales", una pareja de conceptos que alude a la represión y a la dominación como instrumentos de sometimiento y orden. No hace falta ir tan lejos, pero sí es urgente repensar cuál es el mejor tratamiento que merecen los mayores cuando necesitan una asistencia y una protección que va más allá de las posibilidades que sus más allegados pueden proporcionarles. Seguramente no hay un modelo residencial óptimo, pero hay una opción que se menciona reiteradamente cuando se cuestionan las instituciones existentes por impropias. La



mejor residencia, la mejor forma de acogida a las personas que no pueden valerse por sí mismas, que se encuentran inseguras y solicitan algún tipo de cuidado, es aquella más similar a la propia casa, la que difiere menos de lo que entendemos por "hogar".

Nadie se siente feliz ante la perspectiva de pasar la última etapa de su vida en una residencia de ancianos. Los que optan por esa solución voluntariamente son los que pueden permitirse escoger modelos como los assisted living o las green houses, lo más parecido a vivir en un apartamento propio, con las libertades y comodidades que conlleva. Es una solución de lujo, cara, que sólo es accesible a las rentas altas. Pero hay que retener por qué eso gusta más que cualquier otra cosa. Gusta porque lo que todos deseamos es envejecer en casa o "como en casa". Ese debiera ser el objetivo de las administraciones y de los individuos al intentar encontrar respuesta a la pregunta que antes planteaba: ¿cuál es la asistencia más adecuada que hay que dar a las personas que necesitan ayuda?

Aprender de la pandemia es, por lo pronto, incentivar respuestas como esta. Los cuidados paliativos en el hogar se están demostrando como los más adecuados para atender a las personas cuando la única opción que hay que atender es paliar el sufrimiento. Más allá de esos cuidados, hay que plantearse si la posibilidad de desarrollar la atención a la dependencia física o psíquica en el hogar es viable y más satisfactoria que lo que ahora tenemos. Si todas esas personas contagiadas por la covid, que no pudieron ser hospitalizadas en su momento por las razones que conocemos, hubieran podido tener por lo menos a sus familiares al lado, no nos reprocharíamos ahora los despropósitos que se produjeron.



**Mercè Botinas.**  
Médica de familia. Centre de Diagnòstic i Tractament. Barcelona.



**Carme Valls-Llobet.**  
Médica. Directora Programa Mujer, Salud y Calidad de vida. CAPS

## Mujeres y síndrome post-covid-19

“La enfermedad post-COVID-19 ocurre en personas con antecedentes de infección probable o confirmada por SARS-CoV-2, generalmente 3 meses desde el inicio del COVID-19 con síntomas que duran al menos 2 meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo”. Ésta es la más reciente definición del diagnóstico de COVID persistente o síndrome post-COVID que en octubre de 2021 ha publicado la Organización Mundial de la Salud.<sup>1</sup> Los síntomas comunes incluyen fatiga, dificultad para respirar, disfunción cognitiva, pero también otros que generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario<sup>2</sup>.

Los síntomas pueden ser de nueva aparición, después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19, o persistir desde la enfermedad inicial. Los síntomas también pueden fluctuar o recaer con el tiempo.

Es importante diferenciar entre síndrome post-COVID-19 y secuelas de la propia enfermedad, denominadas también post-COVID<sup>3</sup>. Se trata de daños irreversibles a los tejidos después de 12 semanas, que pueden desencadenar distintos grados de disfunción permanente y la correspondiente sintomatología. Las secuelas aparecen después de infecciones por COVID de carácter moderado o severo (que han requerido hospitalización o ingreso en unidad de cuidados intensivos). La tipología del paciente con secuelas tras una infección por COVID-19, es de predominio en varón de unos 70 años, con comorbilidades (enfermedades asociadas).

Sin embargo, el síndrome post-COVID predomina en las mujeres de alrededor de 43 años, sin patología previa. Definido el síndrome como la persistencia de síntomas (presentes o no al inicio de la infección) después de 3 meses de la infección, con curso permanente, recurrente/remitente o de mejora progresiva de duración mínima de dos meses. No siempre requiere una infección por COVID de forma sintomática, sino que puede aparecer después de una infección silente.

No todos estos pacientes han sido sometidos a pruebas diagnósticas, especialmente en la primera ola de la pandemia, aspecto que ha recogido la OMS en su definición de síndrome post-COVID-19 de forma que no es preciso el antecedente de infección previa mediante serología o PCR. En septiembre de

2020, la OMS creó los códigos ICD-10 e ICD-11 para la “enfermedad post COVID-19”.

Se estima que casi 243 millones de personas han sido infectadas con SARS-CoV-2 en todo el mundo. Varios estudios sugieren que hasta un 10-15% de todos los pacientes con COVID-19 pueden presentar sintomatología persistente semanas o incluso meses después de la infección inicial.

La persistencia de síntomas después de padecer la enfermedad es más elevada según si la enfermedad ha requerido ingreso hospitalario o sólo asistencia domiciliaria. Entre las personas que han necesitado asistencia hospitalaria, la prevalencia de síntomas a los 12 meses es de un 49% de los pacientes, pero un gran metaanálisis realizado a principios de 2021, estima que el 80% de los pacientes que padecieron la infección con SARS-CoV-2 desarrollaron uno o más síntomas a largo plazo<sup>4</sup>. El predominio femenino es quizás más evidente en determinadas poblaciones, como los profesionales de la salud. De manera similar, se ha reportado un predominio femenino en otros países según el Proyecto Sexo, Género y COVID-19<sup>5</sup>, una base de datos en línea de datos desagregados por género sobre COVID-19.

Los síntomas más comunes incluyen cansancio extremo, dificultad para respirar, confusión mental, cambios en el gusto y el olfato, dolores en las articulaciones, etc. Las encuestas han identificado cientos de quejas<sup>6</sup>.

El síndrome de fatiga crónica (SFC) sigue siendo central y la queja más común en las pacientes. Este término abarca una gama de síntomas como fatiga, malestar post-esfuerzo, alteraciones del sueño, deterioro cognitivo y dolor no provocado que persiste durante más de 6 meses con una intensidad sustancial y no explicado completamente por ninguna otra condición médica. Anterior a la pandemia por COVID-19 la fatiga crónica se había relacionado con otros virus u otros agentes infecciosos, siendo el ejemplo más destacado el virus de Epstein-Barr.

Se ha observado una semejanza asombrosa entre el síndrome post-COVID y las características clínicas del SFC. Por ello, su abordaje debería ser similar de forma que nunca se debería diagnosticar sin haber realizado estudios clínicos y mediante pruebas complementarias que permitan descartar otras causas de los síntomas que afectan a las pacientes.

Se han descrito secuelas neurológicas post agudas (neuropASC) después de haber padecido la Covid<sup>7</sup>. Las personas que han padecido enfermedad post-COVID, presentan alteraciones cognitivas que persisten en el tiempo, y son algo más graves entre pacientes hospitalizados, pero también entre pacientes que han tenido síntomas de Covid-19 suaves<sup>8</sup>. En estudio rea-

lizado entre 740 pacientes, de los que el 63% eran mujeres, se ha observado pérdida de memoria y de capacidad de atención, fluidez verbal y capacidad cognitiva, y los niveles de alteración fueron peores entre las pacientes que habían sido hospitalizadas.

Se desconoce qué causa el COVID prolongado y el SFC. Probablemente se trata de respuestas inflamatorias o autoinmunes continuas, o daño continuo por los residuos de virus reactivados. Aún debe dilucidarse. Un estado general de inflamación junto con un aumento de los mediadores inflamatorios, así como la activación de la inmunidad mediada por células, posiblemente podrían contribuir al estado similar al SFC.

En España, donde más de 5 millones de personas han sufrido infección por COVID-19 (casos confirmados), el síndrome post-COVID puede suponer en el medio plazo un importante impacto asistencial. Desde una perspectiva clínica, el manejo del síndrome post-COVID-19 debe incluir el abordaje integral de las patologías nuevas y las preexistentes.

Es en el ámbito de la Atención Primaria donde es posible esta visión holística siempre y cuando disponga de los contingentes y presupuesto necesarios: el aumento de la demanda previsible por esta nueva enfermedad junto con el retraso en la atención de patologías crónicas y agudas que ha supuesto la atención a la pandemia, implican un incremento de la carga a este nivel sanitario. Miles de personas se manifiestan en estas fechas para reclamar mayor dotación presupuestaria para la Atención Primaria; es indispensable para atender esta nueva enfermedad.

Además, son cruciales los equipos multidisciplinares diseñados para la asistencia de la enfermedad post-Covid-19, desarrollar medidas de prevención, técnicas de rehabilitación y estrategias de manejo clínico atendiendo a las perspectivas globales de los pacientes y teniendo en cuenta las diferencias de sexo/género y especialmente la morbilidad diferencial que atiende las diferencias por sexo e incluye la perspectiva de género.

La salud menstrual debe ser evaluada siempre como un indicador de derechos humanos y salud pública. El análisis de las alteraciones menstruales debe ser incluido en los estudios diagnósticos y en el análisis de tratamientos y de vacunas. Tal y como se ha publicado recientemente en *The Lancet*<sup>9</sup>: "Necesitamos sistemas de asistencia sanitaria que traten la menstruación como un signo importante de salud y bienestar y como un indicador clave de la salud de la población. Las personas que menstrúan son a menudo invisibles y olvidadas, incluyendo los contextos de emergencia, que afectan directamente sus

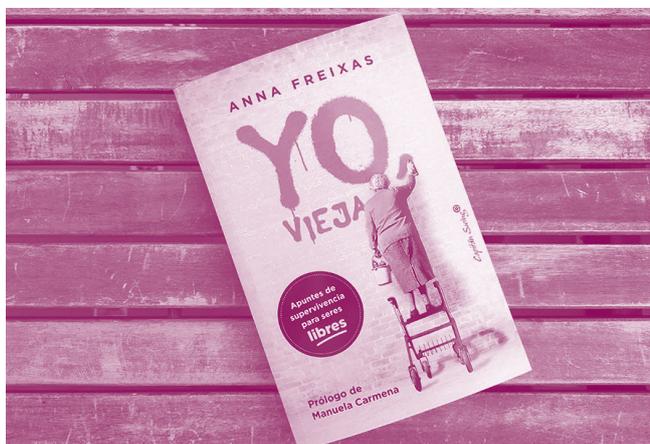
derechos a la salud, educación, no-discriminación e igualdad de género. Es necesario reconocer la salud menstrual como un derecho clave dentro del derecho a la salud. No ha sido nunca más claro que durante la pandemia de COVID-19, que aquellas que menstrúan se enfrentan a barreras de espacios privados, seguridad e higiene para manejar su menstruación, unido por las dificultades a acceder a productos menstruales, un ítem esencial para su salud y dignidad".

Una vez más, nos encontramos ante una patología que afecta de forma predominante a las mujeres que, como el síndrome de fatiga crónica -con el que tiene tantas coincidencias- es difícil de diagnosticar y se caracteriza por la falta de pruebas diagnósticas. En realidad, nos enfrentamos a un nuevo reto para la Medicina ante el que debemos organizarnos para atender, acompañar, tratar y no dejar atrás a aquellas que sufran este síndrome.

- 1 A case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus 6 October 2021 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345824/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-Clinical-case-definition-2021.1-eng.pdf>
- 2 National Institute for Health and Care Excellence, Practitioners RC of G, Scotland HI. COVID-19 rapid guideline : managing the long-term effects of COVID-19. NICE Guidel [Internet]. 2020;(18 December 2020):1–35. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-66142028400325>
- 3 Multidisciplinary Collaborative Group for the Scientific Monitoring of COVID-19. Lledó, G., Sellares J., Brotons C., Sans M., Díez, J., Blanco J, Bassat Q., Sarukhan A., Campins M., Guerri R., Miró JM., de Sanjose, S. 2021. Post-Acute COVID Syndrome (PACS): Definition, Impact and Management. ISGlobal, CoMB. Accessible at <http://hdl.handle.net/2445/178471>
- 4 Lopez Leon, S Wegman-Ostrosky T, Perleman C, et al. More tha 50 Long-Term effects of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. Research square. DOI: 10.21203/rs.3.rs-266574/v1
- 5 Salud Global 50/50 APaHRCaAalCfRoWi. El proyecto sexo, género y Covid-19, 2021. Disponible: <https://globalhealth5050.org/the-proyecto-sexo-genero-y-covid-19/>
- 6 Moghimi N, Di Napoli M, Biller J et al. The Neurological manifestations of post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2021 . 21:44. doi.org/10.1007/s11910-021-01130-1
- 7 Guía Clínica para la atención al paciente Long COVID / COVID Persistente. Semergen. 2.021
- 8 Babbar K, Martin J, Ruiz J et al. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00212-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00212-7/fulltext) Publicado 27 Octubre 2021. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00212-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00212-7)
- 9 Hampshire A, Trender W, Chamberlain Sr et al Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. 2021

**Al cerrar esta edición de MYS 51, somos conscientes que nos faltan testimonios de muchos profesionales sanitarios. A veces, resulta que están tan exhaustas, que ni siquiera tienen energía para ponerse a pensar y escribir un artículo. También querríamos contar con las aportaciones de pacientes, que tanto han sufrido. Todas estas reflexiones, testimonios y experiencias, serán recogidos en próximas ediciones de la revista MyS.**

## EL CLUB DE LAS VIEJAS TREMENDAS



A formar parte de este club nos invita Anna Freixas, con un libro, cuyo título "Yo Vieja", está arrasando con sus ventas, en toda España, sobre un tema que muy pocas y pocos se han atrevido a escribir con humor, sororidad, atrevimiento, y provocación. Como ella dice: "Buscar sinónimos de envejecer es una experiencia traumática: todas las acepciones son peyorativas, a cuál peor. Ninguna incluye la idea de la normalidad de un estadio del ciclo vital."

Sí, no hay sinónimos para esta etapa, porque se trata de esconder los nombres y los condicionantes que puedan definir la vejez, con claridad y sin tapujos y que puedan evitar la condescendencia y el proteccionismo insano con que la sociedad trata a las personas que cree mayores.

Anna Freixas, impulsa la definición de una nueva vejez, hecha por las que fuimos pioneras en la lucha por la democracia, en la definición del feminismo, y en la implicación de los derechos de las mujeres en la defensa de nuestros cuerpos y nuestras vidas, libres de las normas patriarcales. Se ha de tener en cuenta todo lo que hemos sido, para vivir esta nueva etapa vital. Para Anna Freixas, "somos profundamente humanas y a estas alturas de la vida poseemos los aditamentos que se requieren para ser auténticamente seres humanos, como la creatividad, la sabiduría, el valor, la generosidad, la dignidad personal y el ser profundamente capaces de lealtad".

No es de extrañar que Manuela Carmena nos relate, en el prólogo del libro, que se lo leyó de tirón. A mí me ha pasado lo mismo, pero se va a quedar al lado de mi cama para releer en las horas bajas. Manuela nos anima: "En primera persona te digo, y os digo a todas aquellas que nos leáis, que la vejez puede ser una etapa maravillosa, libre, sin atadura, sin jefes, con capacidad para organizarnos a nosotras mismas, para absorber nuestra mochila llena, para contar, para profundizar, para crear."

Cómo va desgranando, en cada capítulo del libro, con un toque de humor que nunca viene mal, que las viejas somos el futuro. Viejas confortables y glamurosas; Viejas saludables y más o menos en forma; Viejas sin reglas; Viejas al timón de la propia vida y del lugar donde vivir; Viejas vinculadas, cuidadoras y cuidadas; Viejas transmisoras y ligeras; Viejas ciudadanas, activistas y cultoretas; Viejas zen; Viejas tremendas; Viejas hartas, hartas de verdad.

Desea que podamos construir una nueva vejez en la que vivamos con Justicia, Dignidad y Libertad. Frente a los dos modelos dicotómicos de mujeres en la edad mayor, la viejecita pasiva y dependiente y la vieja llena de vigor y de apariencia juvenil (con el sufrimiento y gasto consiguientes), Anna nos dice: "Frente a este pensamiento dual sin salida, lo que sí parece claro es que a estas alturas existen muchos modelos de vejez femenina y que ahora disponemos de un buen puñado de cualidades que hemos ido adquiriendo a lo largo de los años, algunas de las cuales nos puedan hacer la vida en relación algo más fácil. Entre otras, destaco la gratitud, la generosidad, la honestidad, el coraje, la capacidad de sobreponernos a los desastres que la vida nos ofrece, la capacidad de perdonar, de mostrar afecto hacia los demás, y, por supuesto, también la ira, la sabia y necesaria rabia, que he trasladado conscientemente a la columna de las virtudes, porque suponen una invitación a no aceptar pasivamente condiciones, situaciones y tratos injustos."

Facilita, en cada capítulo, apuntes de supervivencia para seres libres. Criamos a nuestras hijas e hijos como seres libres, por ello hemos de exigir también un respeto para nuestra libertad de decisión, y de acción. Se acumulan al final de cada capítulo un buen listado de sugerencias, insinuaciones, argucias, inspiraciones, iniciativas, tretas, atrevimientos, trucos, componentes y mañas para que veamos los miles de campos en los que nos podemos mover y prosperar. No hay desperdicio. Como también es de obligada lectura lo que ha supuesto el coronavirus con la desmesurada cantidad de ancianas y ancianos que han muerto en las residencias. "Una experiencia que ha puesto de manifiesto el enorme problema que nuestra sociedad tiene con el negocio que se lleva a cabo con el tramo final de la vida de las personas. Una vergüenza insoportable que soportamos como si nada."

El libro acaba con una declaración de 24 deseos y propuestas, que pueden ser un buen manifiesto de intenciones de las veteranas de hoy y que suscribo totalmente y con un estimable capítulo final de pasiones lectoras a compartir. Su punto final, "Bienvenidas al club de las viejas tremendas" nos lanza un reto de sororidad, que no nos puede dejar indiferentes.

Carme Valls Llobet



**LOS CINCO ELEMENTOS. MANUAL DE ALFABETIZACIÓN ECOLÓGICA.**

Yayo Herrero  
Editorial Arcadia

“El analfabetismo ecológico, más intenso cuanto más especializada es la formación, es un enorme obstáculo para recomponer los lazos rotos con

la naturaleza y entre las personas.

Cualquier persona debería tener el derecho y la obligación de conocer qué es lo que permite existir: el Sol como motor de la vida, los bosques como pulmones del planeta y bibliotecas de diversidad, la fotosíntesis como “tecnología” central para la existencia, las bacterias... La autoorganización y la cooperación como estrategia de adaptación y supervivencia, el funcionamiento cíclico en red de todo lo vivo, la existencia de límites, el trabajo de cuidados como una cuestión imprescindible que exige corresponsabilidad.

Enfrentar la crisis ecosocial va a exigir que superemos la fantasía de la individualidad y estimulemos una imaginación bien asentada en la tierra y en los cuerpos y sus cuidados.”

En este sencillo manual, Yayo Herrero nos ayuda a comprender la crisis ecológica y social en la que estamos inmersas, a la vez que nos ilumina el camino para enfrentarla juntas. Una pequeña joya de una magnífica contadora de historias.

Dolores Romano Mozo



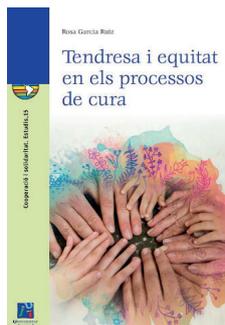
**MANUSCRITO PARA TRIPULANTES QUE SURCAN HACIA LA IGUALDAD. UNA RUTA POR LAS MASCULINIDADES**

Miquel Far Ferrer  
UIB e Institut de la Dona, Palma, 2021

Una guía útil para que el profesorado pueda no sólo desmontar una idea todavía extendida entre la juventud sino hallar complicidades para combatirla. La idea que, según el autor del libro, está todavía extendida entre jóvenes y adolescentes es que feminismo y machismo son dos caras de la misma moneda. Desmontar esa idea y explicar cómo devolverla al cajón de la historia es lo que se plantea Miquel Far Ferrer en su libro.

Masculinidades, esa es otra de las claves del libro. El autor propone teorías atractivas para alejarse de la masculinidad hegemónica. Por lo pronto (aunque es mejor navegar por sus páginas) que es un constructo montado por el Patriarcado y que no puede funcionar sin público. De ahí la importancia (la guía va dirigida al profesorado) de tejer alianzas. El autor aporta su experiencia pero bebe en muchas fuentes del feminismo. También de Simone de Beauvoir, lógicamente. Pero mejor no adelantar más. Mejor zambullirse directamente en esta guía útil.

Juan Torres Blasco



**TENDRESSA I EQUITAT EN ELS PROCESOS DE CURA**

Rosa García Ruiz. Irene Comins Mingol y Mercedes Alcañiz Moscardó.

Ed. Uji cooperació i solidaritat. Estudis, 15. 2017

*(Recordando a Rosa García Ruiz)*

Rosa, enfermera feminista y luchadora por la igualdad en el Departamento de Salud de La Plana nos dejó. Su recuerdo permanece en este libro editado por la Universitat Jaume I (UJI) de Castelló. Resultado de su trabajo en el Máster por la Paz de la UJI. Ella se fue antes de su lectura y publicación, y fueron sus hijos, familia y compañeras de la universidad quienes editaron su tesis y este libro. El libro se inicia con la presentación conjunta de Irene y Mercedes, que destacan la relevancia del texto y el trabajo de Rosa.

Traduciremos “cura” para significar los cuidados, explicados en los capítulos del libro como: marco cultural, marco relacional y marco existencial. En estos capítulos podemos intuir que nos propone un discurso actual de las vivencias de los cuidados, presentados como la base de las relaciones sociales que conforman la humanidad. Sin cuidados no existiría la sociedad. Y nos explica el necesario reparto de la carga de los cuidados, destacando que tenemos que recuperar el aspecto relacional y placentero que tienen, subrayando también la sobrecarga femenina que suponen.

Nos explica los conceptos de Autocuidado, Intercuidado y Transcuidado y nos muestra ejemplos que le facilitaron las entrevistas en profundidad realizadas a mujeres.

Vale la pena leerlo y disfrutarlo.

Vita Arrufat Gallén

## UN RECURSO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO



Un simple movimiento de mano que la Fundación de Mujeres Canadienses ha conseguido popularizar. Significa "necesito ayuda: violencia de género". Consiste en levantar la palma de la mano, flexionar el dedo pulgar sobre la palma y cerrar el puño.

Sin que el agresor lo perciba, ya son varios casos en varios países (España incluida) en el que mujeres amenazadas han podido encontrar ayuda para evitar la agresión.

Se puede hacer en directo o telemáticamente.

Las mujeres del mundo no paran de buscar maneras de enfrentarse a la violencia de género, y esta es una. Si ves el gesto, avisa inmediatamente al 016 y busca toda la ayuda posible para la víctimaUN

## LAS DIFERENCIAS SEXO/GÉNERO DE LA COVID-19 SE HACEN VISIBLES.



Una iniciativa rompedora se ha puesto en marcha con la creación de una Base de datos global sobre sexo/género en todos los aspectos en los que la pandemia de COVID-19 está afectando a los seres humanos, teniendo en cuenta sus diferencias. El proyecto internacional se ha construido con la colaboración de tres centros: el grupo Global Health 50/50 que se hospeda en la University College London, el African Population and Health Research Center (APHRC) y el Internacional Center for Research on Women (ICRW). Su objetivo es crear la base de datos desagregada por sexo con datos sobre la COVID-19 más grande en el mundo, con los datos de todos los países que los proporcionan, investigando los roles que el sexo o el género están jugando en los brotes de la epidemia, analizando si los diferentes países están teniendo en cuenta el género y la equidad en sus políticas públicas de salud frente a la COVID-19 y recomendando una respuesta eficaz con perspectiva de género para reducir los efectos de la pandemia. Recogen la incidencia, las hospitalizaciones, la mortalidad y la vacunación con todos los datos diferenciados por sexo. Quieren estimular que todos los países del mundo rastreen sus datos desagregados por sexo y edad (COVID-19 Data Tracker).

Y añaden un Health Policy Portal, Portal de Políticas Públicas de Salud, de acceso público, que sirva de almacén de buenas prácticas para ser usadas por los países que lo deseen.

## MENSTRUACIÓN INVISIBLE Y COVID-19



La menstruación durante la pandemia de Covid-19 ha permanecido invisible para la mayoría de los trabajos de investigación clínica y terapéutica, incluidos los estudios de los efectos secundarios de la vacunación. De los miles de estudios publicados hasta Noviembre de 2021, sólo dos, realizados en Turquía y Wuhan (China) han realizado investigaciones en las que se proponía estudiar si se habían presentado alteraciones de la menstruación entre las personas que habían padecido la Covid 19 o habían vivido la pandemia. En un primer estudio realizado en la Universidad de Estambul, se estudiaron 952 mujeres que trabajaban como personal sanitario, y que no habían tenido ciclos irregulares en el año anterior. La prevalencia de ciclos irregulares fue de 28,7% de las trabajadoras, que también presentaron resultados de padecer un alto nivel de estrés (1). En otro estudio, realizado en el Hospital de Tongji entre mujeres en edad reproductiva que han padecido la enfermedad, el 25% presentaron cambios en la cantidad de pérdida menstrual, y el 28% tenían pérdidas disminuidas y ciclos alargados. Las hormonas sexuales y la hormona antiMülleriana no presentaron diferencias con el grupo control. Más de la mitad de las mujeres estudiadas que habían padecido Covid-19 presentaron alteraciones del ciclo (2).

1. Takmaz T, Gundogmus I, Okten SB and Gunduz A. The impact of COVID-19-related mental health issues on menstrual cycle characteristics of female healthcare providers. *J Obstet.Gynaecol.Res.* 2021. 47, 9 3241-3249

2. Li K, Chen G, Hou H, et al Analysis of sex hormones and menstruation in Covid-19 women of child-bearing age. *RBMO* 2021. Vol 42.:1 260-267

Suscríbete para que podamos continuar



¡Síguenos!

[www.mujeresysalud.es](http://www.mujeresysalud.es)

/Revista-MYS

/MySrevista

**MYS** MUJERES Y SALUD

Recibe en tu domicilio los 2 números que la revista edita cada año a partir de 20 € (IVA incluido).

Si quieres suscribirte o regalar una suscripción, envíanos tu nombre (o el de la entidad, si es el caso) tu mail y tu teléfono a este correo [suscripcionesmys@gmail.com](mailto:suscripcionesmys@gmail.com) y te enviaremos un formulario de suscripción.

Con la colaboración de:

