

Género y Pobreza: Determinantes sociales de la salud y el acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres

RED EUROPEA DE
LUCHA CONTRA LA
POBREZA Y LA
EXCLUSIÓN SOCIAL EN
EL ESTADO ESPAÑOL
www.eapn.es



EUROPEAN ANTI POVERTY NETWORK ES



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

European Anti-Poverty Network (EAPN) es una Plataforma Europea de Entidades Sociales que trabajan y luchan contra la Pobreza y la Exclusión Social en los países miembros de la Unión Europea. La EAPN busca permitir que aquellas personas que sufren la pobreza y la exclusión social puedan ejercer sus derechos y deberes, así como romper con su aislamiento y situación, y tiene como objetivo principal situar ambas cuestiones en el centro de los debates políticos de la Unión Europea.

En España, la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES) es una organización horizontal, plural e independiente que trabaja para trasladar este objetivo a la realidad española y por incidir en las políticas públicas, tanto a nivel europeo como estatal, autonómico y local. Actualmente está compuesta por 19 redes autonómicas y 18 entidades de ámbito estatal, todas ellas de carácter no lucrativo y con un componente común: la lucha contra la pobreza y la exclusión social. En total, EAPN-ES engloba a más de ocho mil entidades sociales en todo el Estado.

Entre nuestros objetivos, al igual que entre los objetivos de EAPN en Europa, se encuentra el de implantar un método de trabajo en Red para trabajar de manera conjunta y aunar esfuerzos para la consecución de mayores y mejores resultados en la lucha por la erradicación en España de la pobreza y la exclusión social.

GÉNERO Y POBREZA: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ACCESO A SERVICIOS SOCIO SANITARIOS DE LAS MUJERES

Autora: Graciela Malgesini

Coordinación: Secretaría Técnica EAPN-ES

Fecha: Diciembre 2020

Diseño, maquetación y gestión editorial: gorria.info

Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se citen las fuentes, respetándose el contenido tal y como está editado sin ningún tipo de tergiversación o cambio.

Esta publicación ha recibido el apoyo económico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, dentro del Programa de subvenciones Nuevas Miradas, Determinantes sociales de la salud y del acceso a servicios sanitarios de las mujeres, con cargo a la asignación tributaria del I.R.P.F.(Expediente: 101/2019/190/8). La información contenida en la publicación no refleja la posición oficial del Ministerio.

EAPN ESPAÑA

C/Tribulete, 18 Local, 28012 Madrid

91 786 04 11 - eapn@eapn.es

www.eapn.es



EUROPEAN ANTI POVERTY NETWORK ES



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Género y Pobreza: Determinantes sociales de la salud y el acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres

I PARTE. Desigualdad de género en Salud y Sanidad

1. Introducción	9
Brechas de género.....	10
2. La autopercepción del estado de salud	12
Las mujeres en pobreza perciben su salud como "muy mala".....	13
3. Enfermedades y determinantes de salud con impacto diferenciado en las mujeres	16
Cáncer.....	17
Incidencia del cáncer de mama en España.....	17
Cáncer, pobreza y desigualdad.....	18
Otras enfermedades que se diagnostican peor.....	19
4. Salud sexual y reproductiva	20
Salud sexual.....	21
Diversidad sexual.....	22
VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual.....	23
Menstruación.....	24
Pobreza menstrual.....	25
Maternidad y obstetricia.....	26
Programación, inducción al parto y cesáreas.....	27
Violencia obstétrica.....	28
Menopausia.....	30
5. Enfermedades de "alta prevalencia femenina"	32
Endometriosis.....	32
Falta de reconocimiento como causa de discapacidad.....	34
6. Interseccionalidad	36
Discapacidad.....	36
Mujeres gitanas.....	37
Mujeres inmigrantes y refugiadas.....	38
Hábitos de conducta.....	39
Tabaquismo.....	39
Otros consumos adictivos.....	41
Trastornos alimentarios.....	42
Edad.....	44
Factores y riesgos psicosociales.....	46
Riesgos y accidentalidad laboral.....	49
Mujeres cuidadoras.....	53
Cuidadoras paliativas.....	54
Violencia de género.....	55
Prostitución.....	56
La crisis del Coronavirus.....	58
7. Salud mental	61
Salud mental y desigualdad de género.....	62
Medicalización de la desigualdad.....	63
El suicidio.....	65
Anorexia y bulimia.....	66
8- La Sanidad como "institución generizada"	68
Rol de género en la salud.....	70
Más mujeres médicas.....	71
Profesionales de enfermería y de cuidados.....	73
Brecha de género.....	75
Colegios de médicos masculinizados.....	76
Modelo biomédico androcéntrico.....	76
Imagen masculina de la investigación científica.....	77
Sesgo de género en ensayos clínicos y tratamientos.....	79
Fármacos y dosis.....	80
Menor prevención.....	80

II Parte. La experiencia de salud y sanidad de mujeres atendidas por las entidades sociales

1. Resultados de la encuesta dirigida a mujeres atendidas	84
Nota metodológica y alcance de la encuesta.....	84
Objetivo de la encuesta.....	84
2. Perfil socio demográfico de las mujeres investigadas	85
Entidad en la que participa.....	85
Lugar de residencia.....	85
Edad.....	85
Nacionalidad.....	85
Nivel de estudios.....	85
Situación familiar y descendencia propia.....	86
Reparto de los cuidados.....	86
3. Situación ocupacional y económica	87
4. Estado de salud	88
Salud autopercebida ¿sesgo de optimismo vital?.....	88
Discapacidad.....	88
Situación de estrés y ansiedad.....	89
5. Determinantes de la salud	95
Influencia de la situación económica general (ingresos, vivienda) en la salud.....	95
Consumo de tabaco y alcohol.....	101
Consumo de drogas.....	102
Alimentación saludable.....	102
Práctica del deporte y ejercicio físico.....	103
Situación de peso corporal.....	104
6. Enfermedad y gestión de la enfermedad	110
Enfermedades crónicas.....	110
Impacto de su situación en el seguimiento de los tratamientos.....	114
Diagnóstico de enfermedad mental.....	114
Medicación que toma actualmente.....	115
7. Maternidad y educación sexual	122
Valoración de la atención médica recibida durante el embarazo, el parto y el postparto.....	122
Apoyo por parte del progenitor en el embarazo, parto y postparto.....	126
Educación sexual y sobre reproducción.....	127
Opinión sobre la formación de las adolescentes actuales sobre enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.....	127
8. Atención ginecológica	128
Última citología vaginal.....	129
Última mamografía.....	130
Efectos de la menopausia en la salud.....	131
9. Violencia de género	132
Impacto de la violencia de género sobre la salud.....	132
Violencia de género durante el confinamiento obligatorio durante el Estado de Alarma por COVID-19.....	136
10 Atención sanitaria y desigualdad de género	137
Tarjeta sanitaria.....	137
Satisfacción con respecto a la atención sanitaria recibida.....	137
Percepción comparativa de la atención sanitaria que reciben hombres y mujeres.....	137
11. El impacto del Coronavirus	141
Aumento del miedo, ansiedad, tristeza, depresión y soledad.....	141
Necesidades y deseos.....	145
Propuestas para una sanidad integral, con enfoque interseccional de género	150
Organización Mundial de la Salud.....	150
Unión Europea y a los Estados miembros.....	150
Observaciones generales.....	150
Salud mental y género.....	153
Igualdad de género en los ensayos clínicos.....	154
Recomendaciones de carácter transversal.....	155
Atención sanitaria con enfoque de género en España.....	157
Investigación.....	157
Sector sociosanitario.....	158
Salud sexual.....	159
Salud reproductiva.....	159
Servicios sociosanitarios con perspectiva de género y enfoque interseccional.....	160
Discapacidad.....	160
Adicciones.....	160
Situación familiar (monoparental, mujeres solas, familias numerosas).....	161
Propuestas que surgen de las mujeres encuestadas en el estudio.....	161

INTRODUCCIÓN

El Programa de Investigación Aplicada Nuevas M.I.R.A.D.A.S. (Mujeres, Igualdad, Rentas, Acceso a Derechos y Atención Sociosanitaria): determinantes sociales de la salud y del acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres en España, está vinculado al desarrollo de cinco de los fines sociales como Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES):

1. Promover y acrecentar la eficacia y la eficiencia de las acciones de lucha contra la pobreza y la exclusión social dentro del marco del Estado Español, procurando la sinergia de entidades públicas y privadas en los niveles local, autonómico y estatal.
2. Colaborar en la definición de las políticas públicas que directa o indirectamente inciden en el fenómeno de la pobreza y exclusión social, como en el diseño de los programas de lucha contra ambas situaciones.
3. Asegurar la función de grupo de presión, denuncia y reivindicación a favor de las personas y grupos en situación de pobreza y exclusión social.
4. Promover la formación e intercambio de experiencias entre personas afectadas, voluntarios y profesionales.
5. Contribuir a la estructuración del Tercer Sector Social y la mejora y fortalecimiento de sus organizaciones.

Este Programa que se presenta coincide con las principales actividades que realiza EAPN-ES para la consecución de sus fines: generar espacios de participación, construir y compartir conocimiento, con base científica, sobre los fenómenos de la pobreza y de la exclusión social en España y en Europa.

El programa incluye diferentes actividades vinculadas al desarrollo de una investigación principal que se justifican por la escasez de datos desagregados por género con los que contamos en las estadísticas oficiales. Esta investigación, se unirá a las que hemos realizado en el año 2019 dentro de este programa de IRPF: "Monomarentalidad y rentas mínimas"¹ y "Género y desigualdad"² formando parte de la colección de estudios NUEVAS MIRADAS. A su vez, se enmarca en los estudios sobre género realizados por EAPN Europa, con el liderazgo de EAPN ES.³

El estudio sobre "Género y Pobreza: determinantes sociales de la salud y el acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres" es una investigación aplicada con el siguiente esquema metodológico dentro del programa:

- a) Elaboración del Marco Teórico de la investigación.
- b) Investigación documental descriptiva. Con este tipo de investigaciones se pretende caracterizar la situación de las mujeres en el acceso a los servicios sociosanitarios, visibilizando los obstáculos y determinantes sociales de la salud con las que se encuentran las mujeres en situación de pobreza y/o exclusión social.
- c) Investigación cualitativa, basada en el testimonio de mujeres atendidas por las entidades sociales que forman parte de EAPN ES.

1: Malgesini, Graciela (2019). **Estudio sobre las familias monoparentales receptoras de Rentas Mínimas**. EAPN ES. Serie Estudios "NUEVAS MIRADAS". Disponible en: <https://www.eapn.es/publicaciones/359/estudio-genero-monoparentalidad-y-rentas-minimas>

2: Malgesini, Graciela y Oviedo, María José (2020). **Género y desigualdad: Empoderamiento y defensa de Derechos de la Mujer en España**. EAPN ES. Serie Estudios "NUEVAS MIRADAS". Disponible en: <https://www.eapn.es/publicaciones/377/genero-y-desigualdad-empoderamiento-y-defensa-de-derechos-de-la-mujer-en-espana>

3: Malgesini, Graciela; Babovic, Marija y Cesarini-Sforza, Letizia (directors) (2017) **Gender and Poverty in Europe. EAPN Briefing Note**. EAPN EU. Disponible en: <https://www.eapn.eu/wp-content/uploads/2018/03/EAPN-2017-EAPN-Briefing-Gender-and-Poverty-final.pdf> y Malgesini, Graciela; Babovic, Marija y Cesarini-Sforza, Letizia (directors) (2019) **Gender-based Violence and Poverty in Europe**. EAPN EU. Disponible en: <https://www.eapn.eu/wp-content/uploads/2019/07/EAPN-Gender-violence-and-poverty-Final-web-3696.pdf>

La investigación señala las principales características y particularidades de ambos fenómenos -determinantes sociales y acceso a servicios sociosanitarios- vinculándolos al empoderamiento de las mujeres en el ámbito de la defensa de sus derechos.

Este estudio está fundamentado en la **epidemiología social**, la cual investiga de manera explícita los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos.⁴ Al investigar sobre la forma en la cual los factores sociales afectan a la salud, nos encontramos con el marco analítico idóneo para abordar la desigualdad de género, en tanto proceso social estructural⁵ que condiciona, entre otros aspectos, la salud de las mujeres.

Este estudio tiene tres partes. En la primera, "Desigualdad de género en Salud y Sanidad", se analizan los siguientes temas:

1. La autopercepción del estado de salud
2. Enfermedades y determinantes de salud comunes, pero con impacto diferenciado en las mujeres
3. Salud sexual y reproductiva
4. Enfermedades altamente feminizadas
5. Interseccionalidad (Trastornos e incidencia de enfermedades derivados de la brecha de género en la atención sanitaria y a las desigualdades interseccionales como la pobreza, la monoparentalidad, la pertenencia a una minoría étnica, la discapacidad, el origen extranjero, la identidad sexual, incluyendo la violencia de género)
6. Salud mental
7. Sanidad como institución generizada
8. El impacto de la pandemia de COVID-19

La segunda parte analiza los "Resultados de la encuesta dirigida a mujeres atendidas por entidades sociales". La tercera contiene propuestas detalladas desde la Unión Europea al ámbito estatal, contando con las conclusiones obtenidas de la investigación de campo.

El conocimiento de la existencia de amplias brechas de género en múltiples ámbitos, en este caso especialmente en su intersección con la salud, la pobreza y la vulnerabilidad, así como su visibilización constituyen una eficaz vía para concienciar y sensibilizar a toda la sociedad sobre la necesidad de velar por la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

4: La epidemiología social es la rama de la epidemiología que estudia la distribución social y los determinantes sociales de los estados de salud. Desde la epidemiología social se pretende aportar información necesaria sobre qué políticas públicas favorecen o no las desigualdades en la salud y considera las variables sociales (clase social, ingresos, educación, etnia, país de origen, etc.). Borrell, Carme (2015), "Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud", en **Cuadernos de la Fundación Antonio Esteve**, N° 22, en

5: Malgesini Rey, Graciela y Oviedo Mendiola, María (2018). **Género y desigualdad. Empoderamiento y defensa de derechos de la mujer en España**. EAPN ES, disponible en https://eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1587468121_estudio-gnero-y-derechos_empoderamiento-y-defensa.pdf

I PARTE

Desigualdad de género en Salud y Sanidad

1

INTRODUCCIÓN

La existencia de desigualdades en salud entre diferentes grupos de personas es un hecho comprobable y que ha quedado en evidencia también con la pandemia del COVID-19. En lo que respecta a las diferencias entre hombres y mujeres, el factor explicativo principal es la desigualdad de género, que es general y atraviesa a todos los ámbitos de la sociedad.⁶

Los roles de género son construcciones sociales que conforman los comportamientos, las actividades, las expectativas y las oportunidades, que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas. Además, el género hace referencia a las relaciones entre las personas y a la distribución del poder en esas relaciones. El género está relacionado con las categorías del sexo biológico (hombre y mujer), aunque no se corresponde forzosamente con ellas. Es un factor que crea inequidades sanitarias por sí solo y que puede agravar las que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, etc. El género afecta a todas las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible, porque interactúa con otros determinantes e influye en los riesgos y las exposiciones, los comportamientos y la respuesta del sistema de salud. Además, influye en el empleo, las condiciones de trabajo y las trayectorias profesionales de los y las trabajadoras del sector sociosanitario.⁷

La desigualdad de género ha condicionado el análisis científico de las enfermedades comunes y de la eficacia de la medicación y los tratamientos desde la perspectiva de las mujeres y de sus circunstancias biológicas específicas. Como se analiza en este estudio, también ha reducido la importancia de las mujeres a su papel reproductivo durante siglos, incluso negando su participación en estudios médicos, con el objeto de proteger su potencial de fertilidad.

6: Ver el análisis de esta desigualdad en términos de derechos en Malgesini Rey, Graciela y Oviedo Mendiola, María (2019), **Estudio Género y desigualdad. Empoderamiento y defensa de los derechos de la mujer en España**. Madrid, EAPN, disponible en: https://eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1587468121_estudio-gnero-y-derechos_empoderamiento-y-defensa.pdf

7: OMS (2018), **Género y Salud**, disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

El sexo biológico tiene un impacto profundo en la determinación del estado de salud: de hecho, puede establecer la propensión diferencial a ciertos estados de salud o enfermedad, diferentes factores de riesgo o diferentes necesidades de tratamiento. De manera similar, el género también ejerce un efecto poderoso en la determinación del estado de salud: puede limitar diferentes tasas de exposición a ciertos riesgos, diferentes patrones en la búsqueda de tratamiento o impactos diferenciales de los determinantes sociales y económicos de la salud.

En los últimos veinte años se ha publicado un número cada vez mayor de artículos de investigación que descubren una relación entre género y salud. Por ejemplo, algunos autores han demostrado que la masculinidad tradicional se asocia a conductas que contienen riesgo coronario, mejor salud mental, uso menos frecuente de servicios de salud mental o mayor autoestima y menores niveles de ansiedad y depresión. Otros han concluido que el patrón de salud / enfermedad, diferente en hombres y mujeres, no se debe solo a sus diferencias biológicas, sino al estilo de vida y factores de riesgo derivados de su rol de género. Por lo tanto, el género es una variable que hay que tener en cuenta, para poder brindar un diagnóstico certero de la realidad y no solo a la hora de interpretar los resultados.⁸

Las mayores tasas de pobreza y exclusión social, de empleos de baja calidad que no permiten salir de la pobreza, de inactividad para dedicarse a los cuidados, así como la crianza en solitario de los hijos/as para millones de hogares son factores que tienen un gran impacto en el nivel de bienestar de las mujeres. El malestar psicológico femenino es un fenómeno en aumento, especialmente en contextos como el de la pandemia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es una de las causas principales de muerte en las mujeres entre los 20 y los 59 años. Los trastornos mentales, como la depresión, son asimismo una causa importante de discapacidad en las mujeres. Los estudios demuestran que la discriminación económica, social, legal -causante de sentimientos de indefensión, dependencia y baja autoestima- es en gran medida responsable de estos trastornos. La OMS también apunta a la violencia de género, como una de las principales causas de desórdenes mentales y dolencias físicas cuyo impacto en la salud, tanto de la víctima como de sus allegados, es muy elevado.

Veinticinco años después de que los países firmaran compromisos en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, las mujeres aún enfrentan muchos problemas de salud por ser mujeres, los cuales deben ser abordados urgentemente por todas las autoridades y las sociedades, ya que en todas existe la desigualdad de género.⁹

BRECHAS DE GÉNERO

Las brechas de género en salud se refieren a las desigualdades existentes a nivel físico, psicológico y social atribuibles a la desigualdad de género, que abarca a todos los ámbitos de la sociedad.

La uniformización y estandarización de la realidad bio-psico-social de las mujeres ha sido el enfoque predominante durante los últimos veinte siglos en los cuales se han desarrollado las ciencias médicas. En este enfoque patriarcal, equivocado y reduccionista predominante, encontramos:

- ✓ Las definiciones médicas de la enfermedad como desviación de una norma biológica, que han sido fuente para la discriminación histórica de todos aquellos diferentes;

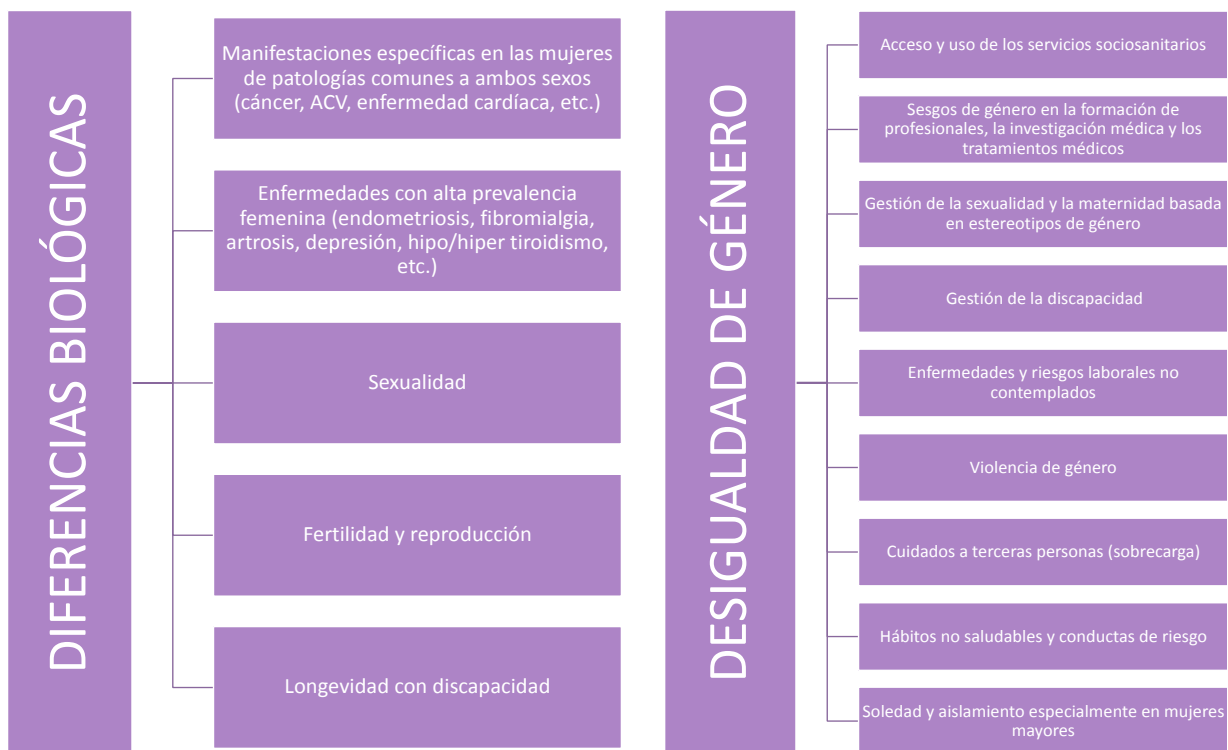
8: Existen cuestionarios que miden la conformidad con las normas de género: Inventario de Normas de Conformidad con Masculinidad (CMNI) y Conformidad con Inventario de Normas de Femenidad (CFNI), desarrollados por Mahalik et al y que se explican en este estudio de Cuéllar-Flores, Isabel; Sánchez-López, María del Pilar y Dresch, Virginia (2011), "El Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI) en la población española", en **Anales de Psicología**, Universidad de Murcia, Volumen 27, N° 1, enero, disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113601>

9: Bustreo, Flavia (2015), **Ten top issues for women's health**, World Health Organization, <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/ten-top-issues-for-women's-health>

- ✓ La doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades basada en la descripción del cuerpo masculino;
- ✓ La noción de que las enfermedades son universales y afectan a las personas con independencia del sexo, su nivel de riqueza y otras circunstancias económicas y sociales;
- ✓ La asunción de que la medicina es "neutral" y no distingue entre hombres y mujeres, entre ricos y pobres, entre autóctonos y extranjeros, entre payos y gitanos, entre heterosexuales y quienes tienen diversidad sexual, entre personas con o sin discapacidad;
- ✓ La dicotomía mente/cuerpo, en la que la ciencia dominada por los hombres ha interpretado a las mujeres como seres dominados por su biología y su función reproductora y, por tal razón, ha negado sus reclamos y juicios propios mediante la atribución de unas supuestas conductas "histéricas" sólo manifestadas entre ellas.

Estos postulados son muchas veces determinantes para realizar un diagnóstico generizado de la salud/enfermedad.¹⁰ En este estudio, a fin de poder avanzar en el análisis de las cuestiones relacionadas con las brechas de género en la salud y la sanidad, seguimos un esquema que distingue entre diferencias biológicas y diferencias atribuibles a la desigualdad de género, aunque realizando un enfoque cruzado y rico en conexiones explicativas.

Gráfico 1. Brechas de género en salud y sanidad.



Fuente: Elaboración propia.

10: Avanzar en la desnaturalización y desencionalización necesaria de los estudios de género permitirá poner en jaque la definición y jerarquización de los síntomas y malestares femeninos que se hace desde la biomedicina y que es asumida acríticamente; clasificación donde priman los esquemas "hormonales" y reproductivistas de la fisiología femenina, y que determinan de manera radical las ideologías médicas y sociales sobre el ser mujer. Así se lograría definir la salud ya no por la negativa, ni reproduciendo a las mujeres como "las otras", "vulnerables", "patológicas", entre otras. Esteban, Mari Luz (2006) "El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista." **Revista Salud Colectiva**, 2(1): 9-20, enero - abril. Buenos Aires, Argentina, disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73120102.pdf>

2

LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición fue planteada en 1954 y representó un importante avance en la forma de entender la salud. En primer lugar, porque hasta ese momento la salud significaba ausencia de enfermedad. A partir de esta definición, la salud se considera un bien en sí mismo y, sobre todo, un recurso imprescindible a nivel personal y social. En segundo lugar, la salud dejó de ser algo relacionado, en exclusiva, con la dimensión física y/o biológica del ser humano, sino que comenzó a abarcar también las dimensiones psicológica y social. Esta definición de **salud bio-psico-social** dio pie a que se tuvieran en cuenta aspectos que hasta ese momento no se habían considerado o se habían infravalorado.

En todos los países con datos disponibles existen diferencias significativas entre los grupos socioeconómicos y entre las mujeres y los hombres. Las mujeres, especialmente si cuentan con niveles más bajos de educación, ocupación o ingresos, tienden a tener sistemáticamente índices más elevados de morbilidad y discapacidad, así como de mortalidad.

Seguidamente, analizamos las desigualdades en salud a partir del índice desarrollado por el Instituto para la Igualdad de Género de la Unión Europea (EIGE) para el caso de España. **La puntuación recibida con respecto a la igualdad de género en el ámbito de la salud es de 90,1 puntos.** Es decir, que se estima en menos de 10 puntos la diferencia con la igualdad plena entre hombres y mujeres, que es un valor de 100 puntos.¹¹ A fin de situar el tema, presentamos los principales resultados destacados por EIGE.

- ✓ Un progreso de 2 puntos en la igualdad de género en salud desde 2005 (+ 0,5 puntos desde 2015), con mejoras tanto en el estado de salud, como en el acceso a los servicios sanitarios (aunque no hay datos nuevos para el subdominio del comportamiento de la salud).

11: No obstante, los datos que utiliza EIGE presentan dos problemas. El primero de ellos es que no son multidimensionales, sino que se refieren sólo a las estadísticas de salud y sanidad estandarizadas para la UE de la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE), en este caso la publicada en 2017, con datos de 2016. El segundo es que EIGE no aborda aquellas temáticas de la sanidad y la salud en las que la desigualdad de género es más evidente, como la relacionada con los derechos sexuales y reproductivos, la infrarrepresentación en la investigación médica de las patologías con mayor prevalencia femenina, su falta de reconocimiento como enfermedades incapacitantes, o la falta de acceso a la atención psicológica (ésta prácticamente no existe dentro del sistema Nacional de Salud, lo cual tiene mayores consecuencias negativas en las mujeres, por su mayor prevalencia de enfermedades mentales).

- ✓ La autopercepción de "buena salud" ha mejorado en España desde 2005. Alrededor del 72% de las mujeres y el 77% de los hombres consideran que gozan de "buena salud". La satisfacción en esta categoría aumenta con el nivel de educación de una persona y su nivel de renta y disminuye en proporción a su edad.
- ✓ La brecha de género es más amplia entre hombres y mujeres que viven solos/as (16 puntos porcentuales), y entre quienes tienen bajos niveles de educación (10 puntos porcentuales), en detrimento de las mujeres en ambos casos.
- ✓ La esperanza de vida aumentó en España entre 2005 y 2016. Las mujeres viven en promedio cinco años más que los hombres (86 años en comparación con 81 años), aunque esta sobrevida se desarrolla con discapacidad.
- ✓ El acceso adecuado a los servicios de salud en España mejoró tanto para las mujeres como para los hombres, en el periodo de 2005 a 2017. Menos del 1% de las mujeres y de los hombres reportan necesidades médicas insatisfechas (en comparación con el 6% y el 7% en 2005).
- ✓ Menos mujeres y hombres presentan necesidades insatisfechas de exámenes dentales (5% y 4%, en comparación con 9% y 10% en 2005). Las mujeres y los hombres con discapacidades acarrean mayores necesidades insatisfechas de atención dental (18% para ambos). En el caso de las personas sin discapacidad la diferencia es menor, se sitúa en un 8% para ambos sexos.

Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud publicada en 2017, última disponible, permite destacar otros datos que señalan una visión menos optimista de la brecha de género:

- ✓ El 33,5% de las mujeres y sólo el 25,2% de los hombres considera que su salud es "regular, mala o muy mala". La apreciación negativa de su propia salud aumenta con la edad. Sin embargo, en todos los grupos de edad, los hombres valoran mejor su estado de salud que las mujeres. Existen diferencias significativas, que varían desde 1 de cada 10 personas entre 15 y 24 años que consideran que su salud es "regular, mala o muy mala" hasta dos de cada tres personas que lo hacen, entre las mayores de 75 años.
- ✓ El 68,2% de las mujeres y el 60% de los hombres tienen alguna enfermedad crónica. Estas aumentan con la edad, afectando a un porcentaje amplio de población, incluso entre los grupos etarios más jóvenes. Para todos los grupos de edad, hay más mujeres que hombres con problemas de salud crónicos.
- ✓ Las mujeres sufren más restricciones para realizar las actividades cotidianas que los hombres (17,6% y 12,1%, respectivamente). Estas restricciones aumentan en función de la edad y varían entre el 11,5% para las personas entre 15 y 18 años y el 22,4% para las de 75 años o más. Para las personas jóvenes entre 15 y 24 años, la diferencia es de 2,6 puntos porcentuales; para las adultas entre 25 y 64 años la diferencia crece hasta los 4,8 puntos porcentuales y, finalmente, para las personas de 65 o más años se incrementa hasta casi los ocho puntos porcentuales.
- ✓ Con respecto a las limitaciones de largo plazo, las mujeres las padecen en mayor medida que los hombres, tanto en lo que se refiere a limitaciones "graves" como a "no graves" (5,3% frente al 4,7% para limitaciones "graves" y 24% frente al 17,8% para limitaciones "no graves") probablemente a causa, también, de su mayor incidencia de enfermedades crónicas.¹²

LAS MUJERES EN POBREZA PERCIBEN SU SALUD COMO "MUY MALA"

Analizando la condición de las personas que describen su estado de salud como "muy malo", en el grupo de edad de 25 a 64 años, **las mujeres son mayoría en casi todos los tramos de renta, excepto el de 1.500 a 2.200 euros mensuales.**

En el tramo inferior (ingresos mensuales de menos de 1.050 euros) las mujeres representan 6 de cada 10 personas que señalan tener una salud "muy mala".

12: La información detallada sobre este apartado de "Salud" procede de Llano, Juan Carlos (2019). **La desigualdad en la salud**. Madrid, EAPN, disponible en https://eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1568024450_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf

En el grupo de las personas mayores de 65 años, la feminización de la "mala salud" se acentúa, a excepción del tramo de ingresos entre 2.200 y 3.600 euros, donde predominan los hombres. Se aprecia que, entre las personas que ingresan 1.050 euros o menos, las mujeres representan 8 de cada 10.¹³

Tabla 1. Estado de salud percibido como "muy malo" en los últimos 12 meses según sexo, grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar.

	HOMBRES	MUJERES	Mujeres hombres
	En miles de personas		En porcentaje
De 25 a 64 años			
Menos de 1050 euros	44,1	74,8	62,9%
De 1050 a menos de 1550	22	53,2	70,7%
De 1550 a menos de 2200	28,1	23,4	45,4%
De 2200 a menos de 3600	14,1	17,9	55,9%
De 3600 euros en adelante	1,4	4,6	76,7%
De 65 y más años			
Menos de 1050 euros	23,2	98,4	80,9%
De 1050 a menos de 1550	42,3	50,4	54,4%
De 1550 a menos de 2200	6,4	26	80,2%

Fuente: ENSE 2017, en <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p01/l0/&file=01007.px#!tabs-tabla>

De acuerdo con el estudio realizado sobre "Desigualdades de Salud" por el sociólogo Juan Carlos Llano, el estado de salud se percibe claramente de forma más negativa entre las personas en situación de pobreza, quienes sufren una mayor incidencia de enfermedades crónicas y limitaciones básicas de la vida diaria. Cuatro de cada diez personas pobres (37,4%) consideraban que su salud es regular, mala o muy mala, con datos de 2017, últimos disponibles. Esta cifra es once puntos más elevada que la de las personas que no se encuentran en pobreza (26, 2%). Con respecto a la asistencia sanitaria, la falta de acceso por causas económicas tanto a medicamentos recetados como a atención médica, bucodental y salud mental es entre tres y cinco veces más elevada entre las personas pobres que entre las no pobres. El informe también muestra que las personas en situación de pobreza fuman más (24,5% / 20,8%); son más obesas (21,9% / 15%); hacen menos ejercicio (47% / 32,6%) y consumen menos alcohol (28,8% / 43,5%). Además, se alimentan peor y consumen menos fruta, verduras, carne y pescado.

El estudio de EAPN ES señala que el hecho de ser mujer agudiza las inequidades de la pobreza. Los porcentajes de mujeres con falta de atención sanitaria por causas económicas son más altos que los

13: En general, las mujeres tienden a tener una evaluación peor de la salud que los hombres, aunque esta autoevaluación depende de factores más obvios, como la edad (a mayor edad, peor salud percibida) y las condiciones económicas (tanto los ingresos personales, como la situación del hogar). Otro factor interrelacionado con los anteriores que parece condicionar la percepción de la propia salud es el nivel educativo. En este sentido, la brecha entre hombres y mujeres parece registrarse entre las personas con menor nivel educativo, mientras que no existe o es insignificante entre las que tienen unos logros educativos más elevados. Las autoras del estudio consideran que estas mujeres con bajo nivel también experimentan precariedad laboral y condiciones de pobreza en el hogar. Pinillos-Franco, Sara y García-Prieto, Carmen (2017). "The gender gap in self-rated health and education in Spain. A multilevel analysis", en Shane A. Kavanagh (editor), **PLOS ONE**, La Trobe University, Australia, disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187823>

de los hombres para todas las tipologías analizadas: atención médica, dental, salud mental y acceso a medicamentos. Por ejemplo, a la mitad de las mujeres en situación de pobreza no se le ha practicado nunca una mamografía.¹⁴

Esta feminización de la autopercepción negativa de la salud la ha confirmado el estudio de 2019, realizado por Cruz Roja Española, con una muestra de 1.500 personas, representativa de la población atendida por la entidad. Los datos obtenidos permitieron destacar la importante diferencia en esta valoración que efectúan los hombres y las mujeres en similares condiciones socioeconómicas. La proporción de mujeres que valora su salud como "buena" y "muy buena" (42,3%) es más baja que la de los hombres (59,7%). En cuanto a las valoraciones negativas, el 17,2% de las mujeres atendidas por la entidad percibe su salud como "mala" y "muy mala" frente al 6,4% de los hombres.¹⁵



14: Llano, Juan Carlos (2019). **La Desigualdad en la salud**. EAPN ES, disponible en: https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1568024774_resumen-ejecutivo-pobreza-y-salud-vf.pdf

15: ROMERA, Rosario, GRANÉ, Áurea; GIL, Pilar; MALGESINI, Graciela; MONTEROS, Silvina (2019), **La vulnerabilidad social y la salud de las personas atendidas por Cruz Roja**. Boletín de Vulnerabilidad Social 18. Madrid, Cruz Roja Española, disponible en <https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13549052/Boletin+Cruz+Roja+N+18.pdf/aad233f8-4391-a4b7-b2b5-ff63624a7543?t=1574859459619>

3

ENFERMEDADES Y DETERMINANTES DE SALUD CON IMPACTO DIFERENCIADO EN LAS MUJERES

Las mujeres enferman de manera diferente que los hombres, tienen una evolución diferente frente a ciertas enfermedades y no responden igual a los efectos de determinados fármacos, pero en cambio, son tratadas con protocolos médicos homogéneos, producto de un sistema de salud basado en un modelo masculinizado. El sesgo de género a menudo hace creer erróneamente que las enfermedades son universales y comunes a todo el mundo.

La enfermedad cardiovascular, por ejemplo, es la primera causa de mortalidad en las mujeres, sobre todo cuando llegan a la menopausia, pero se ha asumido de manera equivocada que los síntomas son los mismos que en los hombres, cuando no es así. Eso hace que a menudo el diagnóstico llegue tarde porque ellas no han sabido reconocer las señales de alarma de un posible infarto.

La salud de las mujeres y de los hombres, por lo tanto, es diferente por motivos biológicos, pero también desigual por motivos sociales atribuibles a la desigualdad de género. Según Alba Vergés, consellera de Salud de la Generalitat de Catalunya, "no nos tiene que dar miedo decir de manera contundente que la salud puede tener un componente machista, como tiene toda la sociedad"; por eso hace falta actuar de manera firme "haciendo políticas que vayan desde la planificación hasta la evaluación pasando por la formación de los profesionales en materia de género, con más y mejor comunicación hacia las mujeres sobre lo que las afecta, una investigación que sea sensible al hecho de ser mujeres y una participación de los expertos en colaboración con la administración". Como apunta la doctora Elena Carreras, "damos por hecho que, porque nos dedicamos a la salud de la mujer, lo hacemos desde una perspectiva feminizada, y no es así porque en la profesión hay una perspectiva de género muy masculina".¹⁶

En las últimas Encuestas Nacionales de Salud se ha percibido un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, factores de riesgo cardiovascular y metabólico, así como en las enfermedades del aparato locomotor. El aumento de la esperanza de vida es uno de los fenómenos que aumenta esta cronicidad.

Aunque hay muchos tramos de edad en los que se ha percibido que tanto hombres como mujeres acuden a la consulta médica por afecciones similares, pero se han observado también ciertas dife-

16: Cristina Puig, "La visión de género debe acabar con un modelo de salud desigual", en **La Vanguardia**, 2 de agosto 2018, en <https://www.lavanguardia.com/vida/20180802/451187555314/perspectiva-genero-salud-miradors-catalunya.html>

rencias: mientras que los hombres destacan en problemas generales, de aparato respiratorio y digestivo, piel y faneras, las mujeres sobresalen en aparato genital y urinario, sistema nervioso, planificación familiar, embarazo, parto y puerperio.

Sin considerar el componente biológico relativo al sexo, los hombres manifiestan más problemas sanitarios relacionados con el aparato cardiovascular, respiratorio, endocrino, metabolismo y nutrición, digestivo y problemas psicológicos, mientras que en las mujeres son más recurrentes los problemas de aparato locomotor y endocrino, relacionados con el metabolismo y la nutrición, del sistema nervioso, problemas de la sangre y urinarios, del aparato circulatorio y el cardiovascular, los relativos a la piel y los problemas psicológicos. Aunque en algunos de ellos coinciden, por ejemplo, dentro de los de metabolismo y nutrición, entre los varones sobresalen los casos de gota y entre mujeres los relacionados con la tiroides; al atender a los problemas psicológicos, destacan en hombres los problemas de abuso de drogas y alcohol, mientras que en la mujer predomina la depresión.

Respecto a la mortalidad, también se observa una diferencia entre las causas en hombres y mujeres. Las enfermedades cardiovasculares son las que más defunciones causan entre las mujeres, mientras que en los hombres serían los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón; la enfermedad mayoritaria en cada caso es causa de un 8 por ciento de los fallecimientos dentro del total de los que se registran en cada sexo. Además, hay enfermedades en las que las mujeres fallecen con mayor frecuencia que los hombres, como el trastorno mental presenil y senil, Alzheimer o enfermedades hipertensivas, mientras que en el caso de los hombres las patologías en las que estos fallecen con mayor asiduidad son los tumores, las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, las lesiones autoinfringidas y la cirrosis.

A pesar de que los factores biológicos predispongan a priori al desarrollo de determinadas patologías, son los factores sociales los que determinan la fortaleza o vulnerabilidad de las personas en función del género: la edad, la renta, el nivel educativo, el lugar de residencia, el origen étnico, la nacionalidad. Las consecuencias de la brecha de salud influyen en la capacidad de las mujeres de generar ingresos y tienen otros costes en el ámbito personal y familiar.

CÁNCER

Dos de los cánceres más comunes que afectan a las mujeres son los cánceres de mama y cervical. La detección temprana de ambos tipos de cáncer es clave para mantener a las mujeres vivas y saludables. Las últimas cifras mundiales muestran que alrededor de medio millón de mujeres mueren de cáncer cervical y medio millón de cáncer de mama cada año. La gran mayoría de estas muertes ocurren en países de bajos y medianos ingresos donde la detección, prevención y tratamiento son casi inexistentes, y donde la vacunación contra el virus del papiloma humano necesita establecerse.

Incidencia del cáncer de mama en España

En España, aproximadamente el 30% de los cánceres diagnosticados en mujeres se originan en la mama. En cuanto a la tasa de incidencia, se estiman 125,8 casos por cada 100.000 habitantes. La probabilidad estimada de desarrollar cáncer de mama siendo mujer es de 1 de cada 8. Este tipo de tumor suele aparecer entre los 35 y los 80 años, aunque la franja de los 45-65 es la de mayor incidencia, al ser el momento en el que se producen los cambios hormonales en los períodos de peri y post menopausia, una curva de incidencia que continúa aumentando a medida que la mujer envejece.

La incidencia del cáncer, incluyendo el cáncer de mama, ha experimentado durante los últimos años (y previsiblemente, continuará experimentando) un continuo crecimiento que puede explicarse por diversos factores además del aumento poblacional. Entre ellos destacan el avance de las técnicas de detección temprana de los distintos tumores y el aumento de la esperanza de vida, ya que el envejecimiento es uno de los mayores factores de riesgo para desarrollar cáncer debido a las posibilidades

de presentar fallos en los mecanismos de reparación del ADN y a la acumulación en el tiempo de exposición a factores de riesgo. En cuanto a los factores modificables que tienen que ver con los hábitos de vida de la población, resultan relevantes las tendencias actuales en cuanto a sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, tendencia a vivir en lugares con una elevada contaminación u obesidad, entre otros.¹⁷

Con respecto a la mortalidad, un 30% de aquellas pacientes que recibió un diagnóstico temprano tendrá una recaída con metástasis. Según el informe de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) "Las cifras del cáncer 2019", el tumor de mama continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres en España con casi 6.500 fallecimientos cada año. La tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes en nuestro país es de 22,7. El número de casos de cáncer de cuerpo uterino en 2019 fue de 6.682 y de cérvix 1.987. Aunque son cifras importantes, están muy por detrás del de mama.¹⁸

Aunque el cáncer sigue siendo una de las principales causas de mortalidad (26,7% de los fallecimientos en 2017) por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio (28,8%) para ambos sexos y la primera para las mujeres, la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama ha experimentado un fuerte ascenso durante los últimos años gracias a nuevos tratamientos disponibles para las pacientes.

Cáncer, pobreza y desigualdad

El cáncer es solo un problema sanitario y social. El Observatorio del cáncer de la AECC ha identificado que hay unas 25.000 personas cada año entran en riesgo de exclusión social cuando se les diagnostica un cáncer. El 26% de las personas en edad laboral podrían entrar en riesgo de exclusión laboral. El intervalo de edad donde se encuentra un mayor número de pacientes es el correspondiente a 55-59 años.

"En general, tanto las personas autónomas como las personas trabajadoras por cuenta ajena con salarios bajos tienen que asumir gastos derivados del cáncer: transporte, cuidados, fármacos... Acaban decidiendo si pagan la hipoteca o se curan del cáncer", explica directora del Área de Relaciones Institucionales de la Asociación Española contra el cáncer (AECC), Ana Fernández-Marcos.¹⁹

Las mujeres tienen la proporción más elevada de pobreza en el trabajo y la mayor parte de los trabajos en condiciones de precariedad. Como señala la AECC, "El papel tradicional de "cuidadoras" hace que muchas pacientes en el momento de la enfermedad les sea muy difícil pedir apoyo, no sepan, o incluso no entienden el para qué hacerlo, si ellas "pueden con todo". Los mandatos de género que se tienen asumidos como algo natural, dificultan que se puedan desarrollar respuestas de contrarresto sanas ante la enfermedad, debido a la sombra de la culpa. La mayoría de las mujeres con cáncer de mama en estado avanzado o metastásico "se sienten aisladas" y han perdido su capacidad laboral, con el consecuente deterioro en sus ingresos, a causa de la enfermedad. Si a esto se le suma las diferencias existentes por género al mundo laboral, las mujeres enfermas de cáncer encuentran una dificultad más añadida a la hora de reincorporarse o incluso a la hora de encontrar una nueva salida laboral."

17: GEICAM, "Incidencia y mortalidad del cáncer de mama", disponible en <https://www.geicam.org/cancer-de-mama/el-cancer-de-mama-se-puede-prevenir/incidencia-del-cancer-de-mama#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20aproximadamente%20el%2030,de%201%20de%20cada%208.>

18: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). **Las cifras del cáncer en España 2019**, disponible en <http://www.medicospacientes.com/sites/default/files/Informe%20SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>

19: Observatorio de la AECC (2019), **El impacto económico del cáncer en las familias en España**, citado en Consalud.es, 20 de septiembre de 2019, disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/el-cancer-visto-como-un-problema-tambien-social-que-impacta-mas-alla-de-los-hospitales_68522_102.html

La repercusión de esta enfermedad es extremadamente elevada entre las mujeres que tienen hogares monoparentales (8 de cada 10 hogares de este tipo están a cargo de mujeres), quienes sienten que no pueden "permitirse" las consecuencias de padecer y tratar enfermedades graves como el cáncer, que demandan dedicación y pueden requerir tiempo de internación hospitalaria, porque no existen sistemas públicos o privados asequibles de apoyo a los cuidados en estos casos y porque la mitad de estos hogares están en riesgo de pobreza y exclusión, según la Encuesta de Condiciones de Vida del INE.²⁰

OTRAS ENFERMEDADES QUE SE DIAGNOSTICAN PEOR

Según la profesora María Teresa Ruiz Cantero, "Las mujeres son peor diagnosticadas que los hombres en al menos 700 patologías."²¹ Con su equipo ha investigado en profundidad la espondiloartritis. Una mujer tarda un promedio de nueve años en ser diagnosticada y un hombre tarda seis años. Esto se explica porque la enfermedad se expresa de manera diferente. El o la profesional médico se centra más en cómo aparece en los hombres, a nivel de la columna vertebral, mientras que en las mujeres se manifiesta con problemas periféricos, en las manos y los pies. Como resultado, abundan los diagnósticos erróneos con sus correspondientes tratamientos equivocados.

A muchas mujeres las diagnostican de síndrome de colon irritable, cuando luego probablemente la patología corresponda a una colitis ulcerosa o una enfermedad de Crohn. En el cáncer de colon, en las mujeres suele aparecer en la zona de la derecha y en los hombres en el lado izquierdo. Existen muchos ejemplos que corresponden a manifestaciones diferentes en mujeres de enfermedades cuya explicación científica se ha realizado sobre la base del cuerpo masculino.

En cuanto a enfermedades cardiovasculares, existen diferencias hormonales que tienen impacto en la expresión y función génica en los cromosomas sexuales y dan como resultado ciertas variaciones respecto a la prevalencia y presentación de condiciones cardiovasculares, incluyendo aquellas asociadas con regulación autonómica, hipertensión, diabetes, remodelación vascular y cardíaca. A ellas se añaden las diferencias de género que surgen de prácticas socioculturales (medio ambiente, estilo de vida, nutrición).

El pronóstico y tratamiento de las mujeres con enfermedades cardiovasculares "son peores" respecto a los hombres, pues una vez que la paciente "sale de alta tiene más infartos, porque ha tenido más tiempo sin oxígeno; más área muerta y peores tratamientos en las arterias". Según la doctora Almudena Castro, la razón de ello se debe a un "fallo cultural y educacional", lo que se traduce en un retraso la llegada de la paciente a los servicios de urgencias. Además, las mujeres son más propensas a abandonar el tratamiento y tienen una alta tasa de sedentarismo. El fallo cardíaco, la insuficiencia cardíaca y la muerte cardiovascular son las enfermedades cardiovasculares más prevalentes en las mujeres con diabetes. Esta enfermedad ha aumentado mucho en los últimos años, llegando al 30% de las mujeres entre 61 y 75 años y a más del 40% cuando se superan los 75, porcentajes más elevados que en los hombres.

Las mujeres tienen un 30% más de riesgo de sufrir un ictus, con el mismo tratamiento; un 154 por ciento más de riesgo de enfermedad coronaria, y un 44% más de riesgo de desarrollar enfermedad renal, han recordado ambos especialistas. Con respecto a la enfermedad cardiovascular, las mujeres tienen unas arterias con mayor probabilidad al daño que el hombre.²²

20: Testimonio de Carmen Flores, presidenta de FAMS, en su intervención en la "Jornada Determinantes sociales de la salud y acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres", organizada por EAPN ES y EAPN Extremadura, el 22 diciembre de 2020.

21: Uxia Rodríguez, "María Teresa Ruiz Cantero: «No tener en cuenta el género al diagnosticar hace que mueran más mujeres», La Voz de Galicia, 17 de agosto de 2019, disponible en https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2019/08/17/maria-teresa-ruiz-cantero-tener-cuenta-genero-diagnosticar-mueran-mujeres/0003_201908G17P26992.htm

22: Infosalus, "Disparidad de género, una realidad en las enfermedades cardiovasculares y diabetes", 7 de marzo de 2018, dis-

4

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual, según la Organización Mundial de la Salud, es "... Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para lograr y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos."²³

Los derechos sexuales se han reconocido hace menos de treinta años y existen muchos países que no los aceptan, ni reconocen. Están, en parte, reconocidos en las declaraciones de la ONU sobre los derechos y salud reproductiva. En 2002, la Organización Mundial para la Salud²⁴ publicó en la sección de "género y derechos reproductivos" su propia versión ligeramente más corta de los derechos sexuales: "Los derechos sexuales abrazan derechos humanos que ya se reconocen en las leyes nacionales, en documentos internacionales sobre los derechos humanos y otros documentos de consenso. Éstos incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia a:

- ✓ Alcanzar los niveles mas altos de salud disponibles en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de cuidado de salud sexual y reproductivo;
- ✓ Buscar, recibir y compartir información en relación con sexualidad;
- ✓ Educación sexual;
- ✓ Respeto a la integridad física;
- ✓ Elección de pareja;
- ✓ Decidir ser sexualmente activo/a o no;
- ✓ Relaciones sexuales consensuadas;

ponible en <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-disparidad-genero-realidad-enfermedades-cardiovasculares-diabetes-20180307133303.html>

23: WHO, Sexual Health, disponible en <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

24: https://web.archive.org/web/20130405023136/http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/declaracion_de_los_derechos_se.html

- ✓ Matrimonio consensuado;
- ✓ Decidir si o no, y cuándo tener hijos o hijas
- ✓ Perseguir una vida sexual satisfactoria y placentera.

Se entiende por derechos reproductivos aquellos que protegen la libertad y la autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad si se quiere tener hijos/hijas o no, cuántos, en qué momento y con quién. Los derechos reproductivos no solo hacen referencia a tomar una decisión sobre la reproducción, sino también a recibir una asistencia sanitaria adecuada antes de la gestación, durante ella y después del parto.

SALUD SEXUAL

Los problemas sobre la salud sexual son responsables de un tercio de los problemas de salud de las mujeres entre 15 y 44 años. El sexo inseguro es un factor de riesgo importante, especialmente entre las mujeres y las niñas en los países en desarrollo. Por eso es tan importante obtener servicios para los 222 millones de mujeres que no reciben los servicios anticonceptivos que necesitan en el mundo.²⁵

En España, el 3 de marzo de 2010 se sancionó la Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva, y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE),²⁶ que tuvo gran impacto social. La reforma sanitaria de 2012 y los recortes introducidos en el gasto farmacéutico condujeron a una peor asistencia médica de la salud reproductiva femenina.

Desde 2013 se han retirado del sistema de reembolso nacional algunos anticonceptivos hormonales de última generación, añadiendo una carga económica a cerca de un millón de mujeres, según estimaciones de la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE).²⁷

Una encuesta de 2018 calculaba que un 27,8% de las mujeres no usaban anticonceptivos. Solo el 7% estaban en riesgo de embarazo no deseado, aunque ese porcentaje aumenta con las parejas que los usan incorrectamente (se llega del 27,8% a ese 7% porque una parte son mujeres que no mantienen relaciones sexuales. Dentro de las que tienen sexo con cierta regularidad, están que no los precisan porque ellas o sus parejas son estériles, son lesbianas, quieren tener hijos/as o están ya en periodo de gestación. Así se llega al 7% que efectivamente están en riesgo. Entre las razones que aducen estas últimas están "tener pareja estable", "efectos secundarios", "desinterés", "incomodidad", "su pareja no quiere" o, un 5,3%, "otros motivos", sin especificar). En el uso de anticonceptivos inciden factores socioeconómicos: entre las mujeres con estudios universitarios responden que no utilizan un 26,7%; entre las de estudios primarios, un 35,4%. Hay diferencias entre comunidades tanto en acceso a anticonceptivos como en educación sexual. No hay una Estrategia Nacional unificada y eso provoca situaciones que la Federación de Planificación Familiar califica como "falta de equidad".²⁸

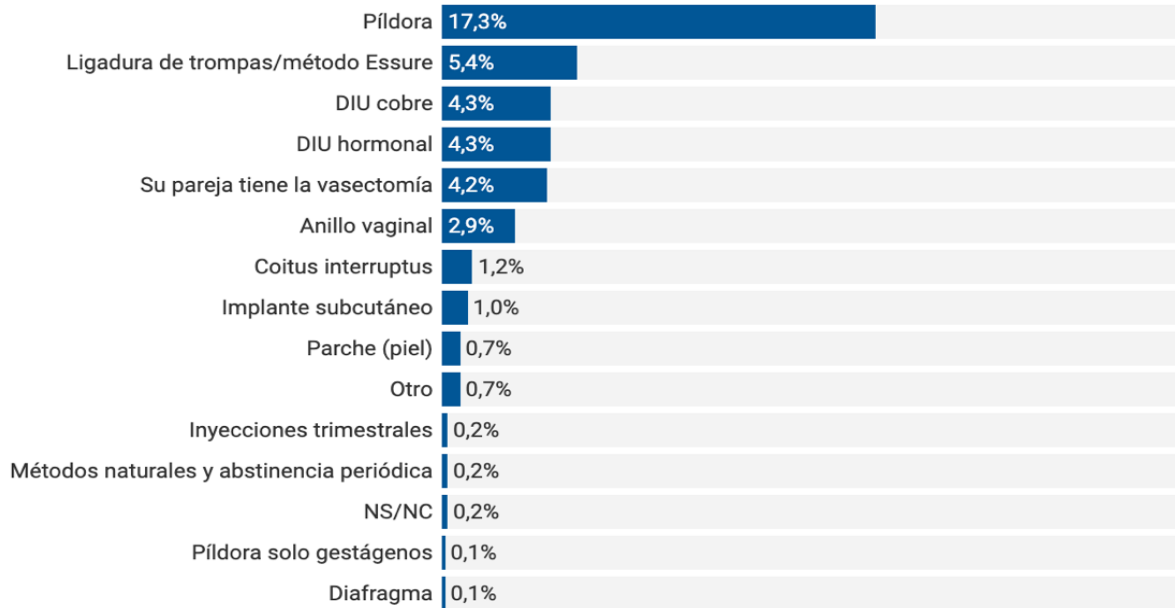
25: Bustreo, Flavia, Loc. Cit.

26: AAVV (2016), **Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España**, disponible en <http://www.felgtb.org/rs/7262/84bd1f8d-134d-42a0-a8ee-cd688d29aaa2/e1e/filename/informe-salud-sexual-y-reproductiva.pdf>

27: Ibidem.

28: Belén Remacha, Ana Ordaz, "Al menos 800.000 mujeres en España están en riesgo de un embarazo no deseado por no usar anticonceptivos", 18 de enero de 2019, en https://www.eldiario.es/sociedad/uso-anticonceptivos-espana-riesgo-embarazo_1_1744493.html

Gráfico 2. Porcentaje de utilización de cada método anticonceptivo por las mujeres en España en 2018 (en todas las franjas de edad, de 15 a 49 años).



Fuente: Sociedad Española de Contracepción (SEC)

DIVERSIDAD SEXUAL

En la sociedad contemporánea se han visibilizado las desigualdades que se producen con respecto a las identidades y expresiones de género que no se comportan de acuerdo con la heteronormatividad. Históricamente, se ha considerado a la heterosexualidad como el único, viable y posible modelo de sexualidad, lo cual lo ha convertido en hegemónico. El "heterocentrismo" ha jugado un rol importante en los procesos de salud-enfermedad de las personas que se identifican como gays, lesbianas, bisexuales y trans, al discriminar e implantar barreras que les han impedido acceder a la sanidad de manera normalizada. De este modo, han contribuido al agravamiento de problemas de salud. En el caso de las personas intersex, se ha señalado que existe un vínculo problemático con el sistema sanitario complejo y en ocasiones conflictivos relativos a procedimientos transformativos, sometimiento excesivo a exámenes médicos, fotografías y exposición de genitales, negación de servicios, entre otras violaciones de derechos.

De esta forma, las y los usuarios LGTBI pueden enfrentar problemas particulares en el sistema sanitario que repercuten negativamente sobre su bienestar y calidad de vida. Por ello, se ha señalado la importancia de incorporar la perspectiva de diversidad sexual desde el primer nivel de atención, para que las instituciones sanitarias sean verdaderamente receptivas y no un ámbito que, al reproducir la violencia, genere mecanismos de expulsión y re-vulnerabilización.

El incorporar una perspectiva de diversidad en el abordaje sanitario está en consonancia con las consideraciones internacionales sobre la noción de integralidad en salud desde una perspectiva de derechos, que ha incorporado específicamente a la salud sexual y reproductiva y a la no discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género (Observación General N° 14 y N° 20 del Comité Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de Naciones Unidas). Se hace una referencia a los "Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género", un instrumento que establece pautas para que las Naciones Unidas y los gobiernos avancen hacia garantizar el alcance universal de las protecciones a los derechos humanos. Se establece el derecho al disfrute de la salud (Principio 17) y a la protección contra abusos médicos (Principio 18).²⁹

VIH-SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Tres décadas después de la epidemia del SIDA, son las mujeres jóvenes las que sufren la peor parte de las nuevas infecciones por VIH en el mundo. Demasiadas mujeres jóvenes todavía luchan para protegerse contra la transmisión sexual del VIH y para obtener el tratamiento que requieren. Esto también los deja particularmente vulnerables a la tuberculosis, una de las principales causas de muerte en los países de bajos ingresos de mujeres de 20 a 59 años. Según el informe ONU-SIDA 2017, cada día, 460 niñas adolescentes sufren la infección del VIH; tres mujeres jóvenes contraen el virus cada cuatro minutos. Esto evidencia la falta de acceso a la prevención y el socavamiento del derecho a la salud. La desigualdad de género es, en este sentido, una de las principales limitantes en el acceso a la salud.

Las enfermedades relacionadas con el SIDA son la principal causa de fallecimiento en mujeres de entre 15 y 49 años: 350 mujeres adolescentes mueren cada semana por esta razón. Entre las principales causas, se encuentran la violencia de género y la explotación sexual. Como explica el portal de ONU Mujeres, en determinados entornos el 45% de las mujeres ha declarado que su primera experiencia sexual fue forzada, mientras que tres de cada diez chicas entre 15 y 25 años tienen acceso insuficiente a información sobre prevención de VIH. Esto coarta las posibilidades de cuidado de la salud. A la inversa, las mujeres con VIH positivo tienen más riesgo de sufrir violencia de género.³⁰ En 2018, el número de mujeres con infección por VIH diagnosticadas en España se situó muy por debajo del de hombres, 478 casos, entre los que se diagnosticaron 2.766 casos.³¹

La gonorrea, la clamidia y la sífilis siguen incrementándose en España. Como señala el doctor Pere Godoy, las ITS son una causa importante de lesiones que conducen a la infertilidad en las mujeres. "Entre el 10% y el 40% de las mujeres con infecciones por *C. trachomatis* no tratadas desarrollan síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica y posteriormente lesiones debido a la infección de las trompas de Falopio, que son la causa del 30% al 40% de los casos de infertilidad femenina. Aunque hay controversia acerca del cribado oportunista en la población general menor de 25 años, la detección y el tratamiento en todos los pacientes afectados de cualquier ITS y en sus respectivos contactos debe constituir una prioridad. En el curso del embarazo, la sífilis precoz no tratada es causa de una de cada cuatro muertes fetales, y del 14% de las muertes en neonatos. Entre el 4% y el 15% de las mujeres embarazadas en África tienen una prueba para la sífilis positiva, y considerando los procesos migratorios de los últimos años es un dato a tener en cuenta en nuestro país. Se considera que la existencia de casos de sífilis congénita es un indicador de fracaso de la salud pública. España es uno de los países que aporta mayor número de casos de sífilis congénita en Europa y por ello las intervenciones de cribado de la sífilis en las mujeres embarazadas debe seguir siendo una alta prioridad.

Una de las ITS más mortal es la infección por el Virus del Papiloma Humano, VPH. Prácticamente todos los casos de cáncer cervical están ligados a la infección genital por el VPH, especialmente de los tipos 16 y 18; además, los tipos 6 y 8 producen los condilomas acuminados, la ITS que genera mayor demanda en los servicios especializados. El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común en las mujeres en todo el mundo, con cerca de 500.000 nuevos casos y 250.000 muertes cada año. Las nuevas vacunas que previenen la infección pueden reducir las muertes relacionadas con este tipo de cáncer. Aunque su eficacia está ampliamente contrastada, la baja incidencia de este cáncer en nuestro país y el alto coste de la vacuna han generado controversia acerca de la conveniencia de su introducción en el calendario de vacunaciones. La reciente indicación de esta vacuna para los

co", en **Revista de la Facultad de Derecho**, Montevideo, noviembre, disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-06652018000200318&lng=es&nrm=iso

30: Informe ONU-SIDA 2017, disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/myhealth-myright_es.pdf

31: <https://es.statista.com/estadisticas/582775/numero-de-casos-de-infeccion-por-vih-por-generos-espana/>

hombres, en especial para prevenir los tipos de VPH cancerígenos y los condilomas acuminados en HSH, ha vuelto a despertar la polémica. Esto constituye un ejemplo de la necesidad de introducir los análisis de coste-efectividad antes de decidir cualquier intervención.³²

MENSTRUACIÓN

Una característica diferencial de la biología femenina respecto a la masculina es su funcionamiento cíclico. Toda situación de estrés produce cambios en la regulación hormonal del ciclo menstrual. La mujer ovula por el estímulo que proviene del sistema nervioso central; y si éste recibe constantes agresiones, se produce una deficiencia de las hormonas de ovulación y en consecuencia, el déficit de una de las hormonas que el cuerpo de las mujeres necesita para mantener su equilibrio: la progesterona. La insuficiencia de progesterona, o déficit de fase luteínica, se manifiesta especialmente en las etapas críticas de la vida, como pueden ser situaciones de estrés, de divorcio, o inicio de un nuevo trabajo, periodos de paro, existencia de angustias económicas o crisis importantes de la familia. Esta insuficiencia condicionará también el aumento en la cantidad de sangre menstrual, la aparición de miomas, de mastopatía fibroquística y, a la larga, constituye un factor de riesgo de contraer cáncer de mama y de endometrio.³³

Existe un grave desconocimiento sobre la menstruación y como ésta, así como el resto del ciclo, afectan a los cuerpos y vidas de las mujeres. Este asunto se ha considerado un tema menor y poco importante. Las opciones terapéuticas tienden a disimular los problemas con anticonceptivos, antes que a estudiar a fondo cómo se podría regular de una forma mejor. Por tanto, falta una buena docencia del manejo del ciclo menstrual que la puedan hacer los médicos de atención primaria, ya que hasta que no sobreviene un problema muy complejo de la menstruación no se pone especial énfasis en el caso.

Además, los efectos de la menstruación, como la anemia que pierde más de 80 a 110 centímetros cúbicos en el mes, se han minimizado y excluido de la comunidad médica.

La menstruación ha sido tabú desde tiempos antiguos, cuando algunos pueblos primitivos expulsaban a las mujeres fuera de la comunidad al tener la regla y no podían volver hasta que ésta acababa. Las mujeres incluso no podían tocar alimentos, salsas ni vinos porque decían que se estropeaban. Según CarmeValls-Llobet, "En el fondo era una forma implícita de humillar a la mujer en una cosa tan fisiológica y real como es el ciclo menstrual, aquel que permite que en algún momento puedan albergar vida. En definitiva, se las excluía de la vida cotidiana."

En el apartado de la docencia médica se ha hablado muy poco de la menstruación y se la ha relacionado poco con posibles alteraciones que la mujer pueda tener. Se han minimizado sus efectos secundarios cuando la anemia es consecuencia de una menstruación. Se minimiza y se excluye a la vez, y es algo que continúa pasando.³⁴

32: Godoy, Pere (2011), "La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente", en Gaceta Sanitaria, vol. 25, Nº 4, julio-agosto, disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112011000400001

33: Valls-Llobet, Carme; Ojuel Solsona, Julia; López Carrillo, Margarita y Fuentes Pujol, Mercé - ICAPs - Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Barcelona), **Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres**. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Nº 4, página 32, disponible en https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf

34: Laura Martínez, "Carme Valls, experta endocrinóloga", 26 de octubre de 2020, disponible en https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/sociedad/carme-valls-experta-endocrinologa-estereotipos-genero-han-hecho-dano-ciencia-objetiva_128_6315643.html

Pobreza menstrual

La pobreza menstrual también existe en España, pero su invisibilidad forma parte del tabú arraigado que sigue girando en torno a la menstruación. Aunque no hay datos ni estadísticas, varias asociaciones asistenciales confirman la demanda de productos de higiene femenina entre las personas y familias precarias o en riesgo de exclusión. Varias expertas aconsejan que el profesorado esté alerta si las ausencias de las niñas coinciden con sus reglas o si están manchadas de sangre con asiduidad; señales de carencia de higiene.

En 2018, Escocia adoptó una medida pionera en Europa, suministrando gratis compresas y tampones a unas 400.000 niñas y adolescentes que sufren 'period poverty', es decir pobreza menstrual.³⁵ Se refieren así a la especial vulnerabilidad de esas jóvenes con dificultades para pagarse los productos para la regla, con sus correspondientes riesgos para la higiene, salud y sociabilidad. Desde 2019, esta entrega gratuita se extiende a todas las mujeres.

Tampones, salvaslips, compresas y otros productos relacionados con la higiene femenina durante la menstruación no están sujetos a la misma tasa impositiva que sí tienen otros productos considerados de necesidad básica. Estos artículos están incluidos en los tramos de impuestos altos sobre las ventas en muchos países, ignorando posibles reducciones permitidas para artículos esenciales o incluso declarándolos lujos ante la ley. En España estos productos tienen un IVA del 10 % y no del 4 %, que es el IVA superreducido que se aplica a todos los productos de primera necesidad.

En la UE, por ejemplo, los países son libres de apartarse de las tasas impositivas estándar sobre las ventas desde 2007 y aplicar tasas impositivas con descuentos a los productos sanitarios femeninos. Aún así, muchos países no han bajado sus tasas impositivas, y Hungría presenta la tasa más alta con un 27 por ciento. Varios países escandinavos los gravan con alrededor del 25 por ciento y Grecia incluso elevó el llamado "impuesto a los tampones" al 23% como parte de las medidas de austeridad del país, según EUROSTAT e informes de los medios.

En 2015, Francia redujo el IVA de los productos de higiene femenina del 11% al 5,5%. En 2018, el gobierno de Alemania lo redujo del 19% al 7% en 2019. En los últimos 12 meses, tres países de Europa Central y del Este (Polonia, República Checa y Lituania) han bajado el "impuesto al tampón" al 5%. Luxemburgo incluso los ha cortado hasta 3%.

Como dice Ana Rosa Requena, del Grup de Dones de la Marxa Mundial de València: "La mitad de los países europeos tienen el mismo IVA para compresas y tampones que para el tabaco, la cerveza o el vino. Ya saben, el vicio de sangrar una vez al mes."

"Llevar una mascarilla cada día nos ha hecho pensar en el dinero que, de repente, sale de nuestras cuentas para proveernos de un producto que se ha convertido en básico. Desembolsar decenas de euros cada mes para llevar mascarillas es un lujo o un problema para muchas personas y familias. Rebajar el IVA de estos productos parece una medida asumida, comprendida por una mayoría, también política."

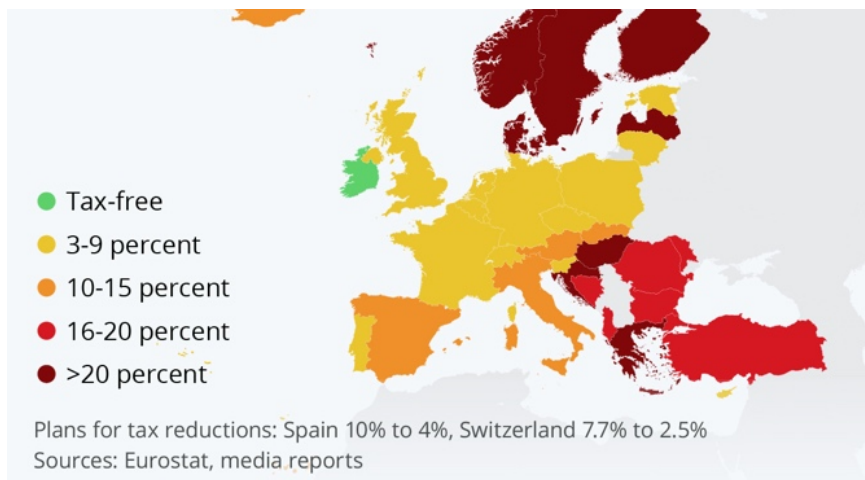
(...) "Llama la atención la naturalidad con la que parecen asumirse algunas necesidades porque afectan "a todo el mundo" frente a otras que suenan, al menos al principio, a más accesorias, de menos calado en la población, menos importantes. No toda la población sangra una vez al mes, pero desde luego sí una parte significativa. Calcular el dinero que gastamos durante nuestra vida porque la regla puede resultar desmoralizante."³⁶

35: https://www.eldiario.es/economia/escocia-europa-menstrual-higienicos-estudiantes_1_1965155.html

36: **Grup de Dones de la Marxa Mundial de Valencia**, "Bajar el IVA de las mascarillas, también el de los tampones", 27 de octubre de 2020. En: <https://www.nodo50.org/xarxafeministapv/?+Bajar-el-IVA-de-las-mascarillas+>

España ha estado discutiendo cambiar la tasa actual del 10 por ciento al 4 por ciento. Los tampones y toallas sanitarias no están sujetos al IVA en Irlanda, que tiene un trato de tasa cero para los productos sanitarios para mujeres. El tipo irlandés se aplicó antes de que la legislación de la UE impusiera tipos reducidos de IVA sobre determinados bienes y servicios.³⁷ Cálculo proporcionado por la página www.pinktax.com y ajustado de dólar a euro, contemplando un impuesto medio del 13% sobre los tampones y compresas, a fines de 2020, una chica nacida en el mes de abril de 1995, es decir de 25 años, habrá pagado 28.361 euros por este concepto. Una mujer de 61 años habrá pagado 68.380 euros por este concepto.

Mapa 1. Situación fiscal de los impuestos sobre los productos de higiene femenina en Europa en 2020



Fuente: Statista, en <https://www.statista.com/chart/18192/sales-tax-rates-on-feminine-hygiene-products-in-europe/>

MATERNIDAD Y OBSTETRICIA

La clásica expresión patriarcal “una mujer se realiza (es verdaderamente mujer) cuando es madre” no es ajena a la cosmovisión de la obstetricia tradicional. Este prejuicio arroja sombras de dudas respecto de las mujeres estériles, las que abortan voluntariamente, las que entregan a sus criaturas en adopción y las que deciden no concebirlas.

Este enfoque ideológico de la función social de los sexos afecta no sólo a la femineidad, sino también a la masculinidad, tal como señaló la psicóloga Eva Giberti en 1992: “La palabra “maternidad” funciona como matriz del ser mujer y se instala como matriz ideológica; la viscera se transforma en concepto proponiendo encerrar a la mujer en la dimensión de una criatura a la que deberá dedicarse con escasa o nula colaboración coparticipación masculina, salvadas sean las excepciones.” (...) “¿Qué sucede con el varón? No posee una viscera que lo conmine a ser bueno y sacrificado; sus vísceras y órganos parecerían obligarlo a otras conductas según el refranero popular: ser valiente, por ejemplo, asociado con el tamaño y el funcionamiento de sus testículos.”

“El disfrute de la maternidad como un bien privilegiado y exclusivo forma parte del caudal subjetivo de muchas mujeres: son innumerables aquellas que “se realizan en la maternidad”. La ideología selecciona estas vivencias particulares y pretende generalizarlas, universalizarlas, convirtiéndolas en válidas para todas las mujeres, cuando sólo está describiendo una parte de la totalidad. Ese discurso analítico-sustitutivo utiliza un conjunto de palabras que, de modo especulativo, pretende representar el universo de mujeres cuando sólo se refiere a determinadas congéneres. En ese discurso falta el re-

37: **Higher tampon prices on horizon despite German tax break?** En: <https://www.dw.com/en/higher-tampon-prices-on-horizon-despite-german-tax-break/a-52049226>

conocimiento de la mujer sujeto de enunciación, sujeto de deseo y sujeto de derecho con múltiples alternativas de realización personal. La coherencia aparente de ese discurso resulta de su núcleo racional fundado por mujeres y hombres que precisan que el destino de la mujer sea la reproducción entendida exclusivamente desde la bondad y el renunciamiento."

"Muchos de los/las obstetras actuales sostienen que parir es un hecho "natural" y por lo tanto no tienen por qué presentarse problemas. No obstante, comienzan a tratar a la embarazada como a una "paciente". Erigen la contradicción desde la consulta inicial sin enmascararla; dirigen el parto según lo aprendido en textos en los cuales pueden encontrarse párrafos saturados con prejuicios y mitos que se desarrollan a la par de los avances científicos.³⁸

La interrelación que se produce entre la embarazada-parturienta y los/las profesionales es compleja y no puede reducirse a una interpretación desde el sometimiento del género al poder dominante de quien practica medicina, ya sea hombre o mujer: incluyendo las modalidades de algunas obstetras que no siempre se caracterizan por crear un vínculo continente con las parturientas. Las alianzas conscientes e inconscientes entre ambas partes en lo que hace al maltrato que suele presentarse durante el parto, especialmente en servicios hospitalarios, demandarían un análisis pormenorizado. Además, es conveniente admitir las coincidencias entre las convicciones de los/las profesionales y el entrenamiento que en subordinación³⁸ sobrellevan muchas mujeres; se genera así una "unidad histórica" sostenida por las instituciones, el imaginario social y el personal, ilustrados por la "naturalización de la función materna reproductora y amorosa" y por el acatamiento a las directivas de la ciencia "que todo lo sabe".³⁹

Estos prejuicios han sido repetidos en numerosos textos de estudio en la medicina y está en el corazón de la formación de quienes se dedican a esta especialidad. En las últimas décadas, la perspectiva de género fue incluyéndose en los nuevos estudios debido al surgimiento del feminismo que pregunta y critica, cuestionando el reduccionismo de la mujer a su función reproductiva, que ha caracterizado el pensamiento científico de los veinte siglos de historia anteriores. Las estadísticas modernas han mostrado las diferencias en los indicadores de salud de hombres y mujeres, tanto en lo que se refiere a la morbimortalidad, a la utilización de servicios sanitarios, como a los hábitos de salud. Las mujeres han logrado tener una presencia creciente en la universidad y, en menor medida, en la investigación científica, orientando nuevos temas y objetos de estudio.

Programación, inducción al parto y cesáreas

El parto es un proceso fisiológico que el cuerpo inicia de forma espontánea tras el embarazo, y es así como ocurre habitualmente. Sin embargo, **hay un porcentaje de los partos que se programan, con el fin de evitar los fines de semana y los días festivos.** En España, uno de cada cuatro niños y niñas nace por esta vía (26% en promedio, con grandes diferencias por CCAA), un porcentaje que no ha dejado de escalar en las últimas décadas y que excede las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha establecido el límite recomendable en el 15%.

38: La etimología de la palabra "Obstetricia" es indicativa del enfoque que ha mantenido la medicina hasta el siglo XXI. Obstetricia procede del latín taetricus - taetrica - taetricum (adjetivo): sombrío, severo. Taetre: raíz original que quiere decir "vergonzosa, indignante, horriblemente, de una manera repugnante". Taeter, taetra, taetrum: "horrible, repugnante, asqueroso" (rostro abominable, horrible, asqueroso). Obs: "el que se ocupa de" (...lo terrible, repugnante...); tétrico, de teter: "negro, triste, demasiado serio, melancólico, negro, manchado". Obstetricia: parte de la Medicina que se ocupa de la gestación, el parto y el puerperio (Giberti, página 277).

39: Giberti, Eva (1992). "Parto sin temor, el poder que perdemos" en Fernández, Ana María (compiladora), **Las Mujeres en la Imaginación Colectiva: una Historia de Discriminación y Resistencias**. Buenos Aires, Paidós, pp. 274-278. Disponible en: <http://anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2014/12/Libro-Completo-Las-mujeres-en-la-imaginacion%20colectiva.pdf>

El tema del parto recibe un tratamiento sanitario en el que las mujeres no tienen opinión. No se recogen estadísticas por **hospitales, tanto públicos como privados**, que permitan conocer, entre otros, el porcentaje de cada hospital de cesáreas, cesáreas programadas, partos vaginales tras cesárea, partos inducidos, estimulación con oxitocina sintética durante el parto, partos instrumentales, episiotomías **de forma que las mujeres puedan informarse y basar su elección en información objetiva**.

No sabemos cuántas de las cesáreas se hacen de forma sobrevenida por vía de urgencia y cuántas son programadas, pero el siguiente gráfico muestra cómo la posibilidad de que se haga en fin de semana cae mucho respecto al resto de días. Es decir, debido a las programaciones, los miércoles un 27,7% de los nacimientos son mediante cesárea, frente al 20,1% de los sábados.

En 1975 había casi las mismas posibilidades de venir al mundo en lunes, jueves o sábado, pero actualmente dar a luz en sábado o domingo es un 21% menos probable que cualquier otro día. Con los festivos sucede lo mismo: los nacimientos durante las fiestas navideñas en la última década (24, 25 y 31 de diciembre y el 1 y 6 de enero) fueron un 19% menos que la media del resto del año. En los años 80, era un 12%. Esta es una de las consecuencias de que cada vez haya más partos programados en España, ya sea mediante cesárea o inducción, una tendencia que preocupa desde hace tiempo y que, según sanitarios y asociaciones, responde a varios factores y en muchas ocasiones exceden a los motivos puramente médicos.⁴⁰

Detrás de una tendencia que ha aumentado en las últimas décadas están las cesáreas e inducciones al parto, que sanitarios y asociaciones reclaman revisar

Violencia obstétrica

Los actos violatorios de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente la violencia obstétrica, se sustenta en las concepciones de género patriarcales que atraviesan la ciencia médica y las prácticas de las trabajadoras y trabajadores de los equipos de salud. Hemos expuesto más arriba cómo la medicina ha sido un campo libre de pensamiento patriarcal; dentro de ésta, la ginecología y la obstetricia se ha apropiado de los procesos naturales de los diferentes ciclos de vida de la mujer, reproduciendo la subordinación de género.

Uno de los derechos reproductivos es el de las mujeres embarazadas a recibir toda la información necesaria para decidir libremente cómo quieren llevar a cabo la gestación, el parto y el cuidado del ser recién nacido. Esto implica que deben ofrecerse diferentes alternativas basadas en los datos científicos disponibles para que se puedan tomar decisiones informadas y de forma autónoma durante el embarazo, el parto y el posparto.

Sin embargo, a pesar de la importancia que tienen las "Guías para la embarazada" desarrolladas para aportar esos conocimientos a las mujeres gestantes, la simple lectura de cualquiera de ellas permite observar, con lenguaje modernizado, la transformación tradicional de "mujer" en "paciente", un ser sujeto a exploraciones y procedimientos invasivos, pruebas médicas y valoraciones periódicas por parte del personal cualificado, quien a su vez ejercerá a través de sucesivos "controles" la potestad de criticar o censurar a quienes se desvíen de las normas establecidas.⁴¹

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las muje-

40: Según el análisis realizado por elDiario.es de los microdatos del Instituto Nacional de Estadística de todos los nacimientos desde 1975 y que incluyen el día exacto en el que se produjo cada uno, disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/no-ninos-nacen-toca-dar-luz-semana-21-probable-hacerlo-lunes-viernes_1_6400307.html

41: Véase, por ejemplo, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2018). **Guía para embarazadas. Edición revisada**, disponible en https://canalsalut.gencat.cat/web/conten/_A-Z/E/embaras_part_i_postpart/documents/arxiu/guia-embaras-castella.pdf Capítulo "Control y seguimiento del embarazo" en adelante.

res por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.⁴² Se trata de un grave problema global de salud pública, que pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres y bebés, algo que la Organización Mundial de la Salud ha advertido en un documento de 30 de septiembre de 2014. España aún no ha tipificado específicamente este tipo de conductas y actuaciones, aunque las prácticas constitutivas de violencia obstétrica se encuentran prohibidas en nuestro país, ya que suponen la vulneración de derechos básicos reconocidos en Convenios internacionales, así como en nuestra Constitución: a la integridad física y moral (artículo 15), a la libertad personal (artículo 17) y a la intimidad (artículo 18). No obstante, como lo reconoce la plataforma civil "El parto es nuestro", es necesario visibilizar el problema, para lo cual han creado el Observatorio de la violencia obstétrica en 2014.⁴³

Algunas de las denuncias más comunes definidas como violencia obstétrica incluyen:

- ✓ La negación de información a las mujeres usuarias sobre los procedimientos médicos empleados durante el proceso de parto.
- ✓ Las prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades expresadas por las mujeres atendidas (trato infantilizador, aislamiento durante la espera al inicio del parto, privación de movimiento, comida o agua en situaciones en las que no es incompatible con la salud de la mujer embarazada, etc.)
- ✓ La realización de cesáreas innecesarias y otras intervenciones consideradas de riesgo como la maniobra de Kristeller.
- ✓ Las rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de mujeres, fetos y niños/as, como: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomias, o la posición supina obligatoria para las mujeres en el momento de parto.

En 2020, por primera vez, la ONU reprobó a España por violencia obstétrica tras la denuncia de una mujer a un hospital público, por hechos acaecidos durante y después del parto.⁴⁴ En marzo, el Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ha hecho pública su denuncia a España al considerar que "una mujer fue sometida a intervenciones médicas durante el parto de su hija, incluida la inducción al parto, sin aparente justificación". En un comunicado del Observatorio de Violencia Obstétrica señalan como conclusión que no se actuó "de manera diligente para proteger los derechos de S.M.F. –siglas de la denunciante– y su hija a una atención obstétrica de calidad y libre de violencia". La CEDAW también cataloga los hechos como violencia de género.

Esta resolución tiene sus inicios en 2011. Fue en ese año cuando S.M.F. acudió "a un hospital público con un embarazo normal y terminó encontrándose en el quirófano". "Le cortaron la piel, músculos y nervios que rodean la vagina –lo que se conoce como episiotomía– sin pedirle permiso y fue separada durante varios días de su hija recién nacida. La niña acabó ingresada en la unidad de neonatología por una infección adquirida durante los más de 10 tactos vaginales a los que fue sometida y para los

42: Barria Oyarzo, Carlos Sebastián y Rivera Leinecker, Leonela (2016), "Salud y género. Una mirada sobre la violencia obstétrica", en **Revista diáLogos**, Universidad Nacional de San Luis - Facultad de Ciencias Humanas, Vol. 5, N° 1, junio, pp. 97-103, disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/159288545.pdf>

43: Desde 1960 existe un activismo por parte de movimientos por el parto respetado y movimientos por los derechos de las mujeres y la salud reproductiva, que lograron avances importantes en la década de 1980 (Burt, 1978). Algunos de los más destacables son las convenciones internacionales sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SRHR) en las que se establece la salud reproductiva como un aspecto esencial para el bienestar humano y la consecución de la igualdad de género, pero sobre todo, podemos destacar las recomendaciones del *Appropriate Technology for Birth*, publicadas por la OMS en 1985. Ver también: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica>

44: Alba Mareca, "La ONU reprueba a España por violencia obstétrica tras la denuncia de una mujer a un hospital público", 9 e marzo de 2020, La Marea, disponible en <https://www.lamarea.com/2020/03/09/la-onu-reprueba-a-espana-por-violencia-obstetrica-tras-la-denuncia-de-una-mujer-a-un-hospital-publico/>

que tampoco se pidió su consentimiento". En palabras de la denunciante: "Ingresar en el hospital fue como entrar en un túnel de lavado, en una cadena de montaje: todo el mundo te hace cosas de forma mecánica. La mujer no hace nada, pero sale del túnel con un bebé". "Me sentí desautorizada, sin autoestima. El vínculo con mi hija lo he tenido que crear a pulso, racionalmente."

Tras varias reclamaciones y acciones judiciales, en octubre de 2018, un equipo de abogadas –entre ellas, Francisca Fernández, directora jurídica del Observatorio de la Violencia Obstétrica– presentaron una queja ante Naciones Unidas. En ella ponían de relieve no solo la forma en que actuó el hospital público en cuestión, ubicado en Galicia, sino también la ineficacia de la Administración sanitaria y de la justicia a la hora de proteger a la denunciante y a su hija.

Para el citado Observatorio, con esta sentencia se está reconociendo así "el efecto negativo de las dinámicas de poder en las relaciones entre los profesionales de la salud y las gestantes y los estereotipos de género sobre el papel del cuerpo de la mujer y sus funciones tradicionales en la sociedad en lo que respecta a la sexualidad y la reproducción". También es útil para visibilizar este tipo de violencia: "A raíz de esta resolución se ha consagrado el término violencia obstétrica, que es una forma más de violencia sexual." Esperan que se analicen las terribles consecuencias que tiene y cuyos daños no se recogen en ningún registro de los hospitales españoles.

Sobre este tipo de violencia de género en el ámbito de la salud –así la califica Naciones Unidas y, por tanto, reconoce que se trata de un problema estructural–, añade, además, que uno de los principales problemas es que **"hay muchas mujeres que la sufren sin ser conscientes de ello, de que muchos de los daños que han padecido eran evitables"**. Otras no quieren recordar lo vivido.

Naciones Unidas pide a España que proporcione a la mujer afectada una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica por el daño que sufrió; que ofrezca a los y las profesionales de salud, y a los y las operadores de justicia, una capacitación profesional adecuada en materia de derechos de salud sexual y reproductiva; y que se garantice el acceso a procedimientos legales efectivos en casos de violencia obstétrica.

MENOPAUSIA

La menopausia es el período de la vida de la mujer del que nadie habla, tal vez la continuidad de la asociación patriarcal del valor de la mujer a su función reproductora, que se pierde al retirarse la menstruación, o debido a los sesgos de género dentro de la medicina y la sanidad.

La disminución en los niveles de las hormonas femeninas hasta su desaparición total provoca que aparezcan una serie de signos y síntomas relacionados. La aparición de cada uno de ellos, así como su gravedad e importancia con respecto al empeoramiento de la calidad de vida, depende de cada mujer. Entre el 75 y el 85% de las mujeres con menopausia aparecen estos síntomas, siendo muy variables en cada una de ellas: síntomas a corto plazo o agudos: alteraciones vasomotoras como los sofocos y también cambios neuropsíquicos, fatiga, insomnio e irritabilidad; síntomas a medio plazo o subagudos: el aparato genitourinario sufre una atrofia mucocutánea; síntomas a largo plazo: aparecen los problemas cardiovasculares y la osteoporosis. Se producen cambios hormonales de los estrógenos (estradiol y estriol), la testosterona, la progesterona, la prolactina y de los niveles endógenos de oxitocina y de endorfinas. Por lo tanto, la disminución de estrógenos está relacionada con una disminución de la lubricación vaginal durante el acto sexual.⁴⁵

Por otra parte, la descripción médica de la menopausia y la perimenopausia no está acompañada con la función económica de la mujer, cuya edad activa no ha hecho más que prolongarse, hasta llegar a los 67 años para la edad jubilatoria. Por lo tanto, millones de mujeres tendrán que seguir trabajando, a

45: Gadea, Raquel Alicia, "Climaterio, menopausia y sexualidad", 31 de mayo de 2020, Fundación Sexpol, disponible en <https://www.sexpol.net/climaterio-menopausia-y-sexualidad/>

pesar de la intensidad o gravedad de los síntomas que sufran, lo cual afecta especialmente a las que dependen de los ingresos laborales para su supervivencia.

No existen opciones terapéuticas para abordar eficazmente los síntomas o trastornos asociados a la menopausia. El tratamiento hormonal sustitutivo es el más generalizado, pero también ha sido criticado por su asociación, aún discutida, a un incremento del riesgo de cáncer. La medicación administrada a las mujeres en este período se dirige a paliar los síntomas, como la sequedad vaginal, los trastornos del sueño, los cambios en la energía y la motivación, los trastornos de la hormona tiroidea, entre otros.

La morbilidad diferencial en mujeres mayores de 50 años se manifiesta a través de enfermedades como la diabetes, la hipertensión, el estrés físico y mental, la osteoporosis, la bioacumulación de insecticidas y xenoestrógenos, ansiedad y depresión y síndrome de Alzheimer.

Entre los factores de riesgo cardiovascular, que son más frecuentes en el sexo femenino, destaca la Diabetes Mellitus (DM) del tipo 2 o del adulto que se presenta también con alta prevalencia entre el sexo femenino mayor de 40 años relacionado en muchos casos con la obesidad.

La osteoporosis se define como una reducción de la masa o densidad ósea. Esta reducción de la masa ósea se acompaña de un deterioro de la arquitectura del esqueleto, lo que conduce a un incremento del riesgo de fracturas. El riesgo de osteoporosis en las mujeres después de los 50 años es mucho más grande que en el hombre de la misma edad, y en algunas mujeres la densidad ósea puede disminuir bruscamente después de la menopausia. La proporción de osteoporosis es de 4 mujeres por 1 hombre. También se presenta en hombres y mujeres que presenten enfermedades o factores de riesgo que favorezcan la desmineralización ósea.

La perspectiva de la vejez es uno de los factores que más afecta a las mujeres que llegan a esta etapa de la vida, debido a la pérdida de los atributos de la juventud que son constantemente recordados por las empresas de cosméticos, de medicina estética y cirugía, así como por las modelos mayores que han preservado algo de su belleza y se presentan como ejemplos a seguir. La complicidad entre las mujeres es un gran apoyo para comprender los aspectos positivos de esta etapa, saliendo de los estereotipos determinados por la sociedad patriarcal.

Además de ayudar a prevenir riesgos de enfermedades atribuibles a aspectos que se pueden controlar con hábitos saludables, la sanidad tiene aún que superar los prejuicios históricos contra las mujeres mayores y dejar de controlar sus vidas desde la altura de "la autoridad científica".

Los modelos de envejecimiento saludable no son asequibles para todas las mujeres mayores. Estos requieren cuidar el cuerpo, reducir el estrés, dedicar tiempo al ejercicio físico, mantener una alimentación adecuada, en una vivienda saludable, lo cual no es viable para aquellas mujeres mayores que se encuentran en pobreza y exclusión social.

5

ENFERMEDADES DE “ALTA PREVALENCIA FEMENINA”

Las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres, pero estos años de más los viven con peor salud y con más trastornos crónicos. Eso tiene un componente biológico y hormonal, pero también social por el rol que se les ha asignado. El hecho de que cobren un 25% menos, que tengan unas jornadas más precarias y que dediquen más horas o sean las únicas que realicen las tareas de cuidado del hogar, cuiden de los hijos/as y de las personas mayores “repercute directamente en su salud y hace que estén más medicalizadas”.⁴⁶

Las personas expertas aseguran que, como consecuencia de la subordinación de género, las mujeres han asumido que deben sufrir dolor por el mero hecho de ser mujeres. En este punto, entran en juego enfermedades que afectan sobre todo al sexo femenino, como la endometriosis, la fibromialgia, el dolor pélvico crónico, el vaginismo, la artrosis. En este estudio desarrollaremos el tema de la endometriosis, como un ejemplo de éstas.

ENDOMETRIOSIS

La endometriosis es una enfermedad consistente en un trastorno crónico a menudo doloroso en el cual el tejido similar al tejido que normalmente recubre el interior del útero -el endometrio- crece fuera del útero. Afecta más comúnmente a los ovarios, las trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis (sobre el peritoneo, en los ovarios, el intestino o la vejiga), pero, con menos frecuencia, puede llegar a encontrarse en otras zonas, como la piel o los pulmones, dado que el endometrio, que es el tejido que recubre el útero, crece y se implanta fuera de la cavidad original.

Se caracteriza por ser una enfermedad inflamatoria. También se pueden presentar problemas de fertilidad, siendo la causante de aproximadamente el 50% de los casos de infertilidad que carecen de otra explicación médica.

Sufrir en silencio

La endometriosis, por ser una enfermedad que sólo afecta a las mujeres, es una enfermedad silenciada. En su manifestación más corriente, implica que las mujeres que la padecen están sometidas a

⁴⁶: Cristina Puig, “La visión de género debe acabar con un modelo de salud desigual”, en **La Vanguardia**, 2 de agosto 2018, en <https://www.lavanguardia.com/vida/20180802/451187555314/perspectiva-genero-salud-miradors-catalunya.html>

sufrir fuertes dolores menstruales, durante varios días durante cada mes, en los 35 años que dura la menstruación. Unos 2.100 de sufrimiento asegurado, ya que sólo se puede tratar el dolor, con tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas, no se hallado la cura por el momento. Es una enfermedad crónica que puede provocar dolor abdominal y pélvico, durante el ciclo menstrual, así como durante las relaciones sexuales. También puede causar infertilidad y fatiga crónica, además de problemas de salud mental como depresión y ansiedad, entre otras manifestaciones.

El doctor Francisco Carmona, experto en endometriosis, asegura que "se ha normalizado que la mujer tenga dolor de regla, pero la regla no tiene que hacer daño".⁴⁷ Se desconoce la causa y aunque es una enfermedad benigna, provoca dolor agudo, dificulta las relaciones sexuales y aumenta el riesgo de esterilidad en las mujeres que la sufren.

Retraso en el diagnóstico

A pesar de la incidencia que tiene -entre un 10 y un 12% de afectadas en edad fértil, aproximadamente 200 millones de mujeres y adolescentes en todo el mundo- el retraso en su diagnóstico en Europa es de ocho años de media después de los primeros síntomas, lo cual genera diagnósticos de endometriosis ya severa en muchos casos.

En España afecta entre el 15% y el 20% de las mujeres en edad fértil de España. De acuerdo con la doctora María Jesús Cancelo, Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Guadalajara y vicepresidente de la SEGO⁴⁸, el sangrado por endometriosis puede manifestarse en cualquier lugar del cuerpo. El dolor menstrual crónico, que puede impedir que vayan a la escuela, es la principal causa de consulta entre las mujeres más jóvenes. Entre las que tienen edad reproductiva, el motivo de consulta es, además, el problema de infertilidad. El dolor pélvico crónico y mantenido y/o los dolores durante las relaciones sexuales, con episodios de quistes que pueden explotar y requerir intervención quirúrgica, se registra en todas las edades. Cancelo explica que la media de tiempo en la que las mujeres con endometriosis llegan a la consulta de ginecología es de 7 años, habiendo acudido previamente han acudido en 8 ocasiones a consulta médica por sus dolores. Esta tardanza en la atención sanitaria afecta el tratamiento y el control de una enfermedad que, por el momento, no tiene cura.

Enfermedad incapacitante, reconocida a cuentagotas

La endometriosis es una enfermedad incapacitante en casos severos. En muchas ocasiones, sus lesiones y secuelas pueden llegar a crear una discapacidad en la mujer que la padece. **No obstante, para obtener este reconocimiento se debe acudir a la vía judicial, porque la Seguridad Social se niega a hacerlo.**

Iris Brancho, de "Tribunal Médico", ha señalado que, aunque una dolencia particular no esté reconocida como incapacitante, puede venir acompañada de un cuadro completo que sea valorado como motivo de incapacidad. En línea con la endometriosis, existen otras "enfermedades silenciosas" como la fibromialgia, que provocan gran sufrimiento en quienes la sufren pero que no está reconocida por la normativa como motivo de incapacidad.⁴⁹

47: Carmona, Francisco (2013), **Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**, disponible en <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>

48: Entrevista el 12 de diciembre de 2020 en el programa "¿Qué me pasa doctor?" de La Sexta, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=oiCdgyfYh-I>

49: Lucía Cortés, "Una nueva sentencia reconoce la endometriosis como motivo de pensión por incapacidad", en Ameco Press - Información para la Igualdad, 13 de febrero de 2020, disponible en: <https://amecopress.net/Una-nueva-sentencia-reconoce-la-endometriosis-como-motivo-de-pension-por-incapacidad>

En 2008, el Instituto Nacional de la Seguridad Social concedió por primera vez a una enfermera sevillana una pensión correspondiente al 100% de su sueldo. Fue debido a dolencias derivadas de la endometriosis y las intervenciones jurídicas a las que se había sometido a raíz de ella que la impedían desempeñarse en su puesto con normalidad.

En febrero de 2020, el Juzgado de lo Social N°2 de Barcelona ha reconocido a una paciente de endometriosis una situación de incapacidad permanente absoluta derivada de su enfermedad. A esta mujer, auxiliar administrativa de profesión, se le ha reconocido su derecho a percibir una pensión vitalicia por incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo con el 100% de la base reguladora. La demandante, representada por el servicio jurídico Tribunal Médico, recurría ante este juzgado la decisión del Instituto Nacional de la Seguridad Social que le denegaba la solicitud pese a las limitaciones que padece debido a la enfermedad. **Se condenó así al organismo de la Seguridad Social al abono de una pensión vitalicia equivalente al 100% de su base reguladora de 938,02 euros mensuales en catorce pagos al año.** La particularidad del caso de L.M.P, de 39 años, radica en que padece síndrome miofascial dentro del contexto de endometriosis. Esta dolencia provoca que deba someterse a infiltraciones y moverse con muletas. Además, padece una depresión ansiosa afectando todo ello al ejercicio de su trabajo.

La infertilidad no es una opción para las mujeres pobres

La endometriosis está relacionada con la infertilidad y, según Cancelo, el 50% de quienes acuden a clínicas de reproducción asistida padecen esta enfermedad. Este es un caso claro de discriminación de las mujeres en pobreza y/o que sufren precariedad laboral y económica y tienen infertilidad porque padecen de endometriosis. Existen 307 centros privados, frente a 96 públicos; además, estos están situados en las grandes ciudades. Las mujeres con escasos recursos que padezcan esta enfermedad no pueden hacer frente a las tarifas elevadas de los tratamientos por la vía privada (que oscilan entre los 4.000 y los 6.000 euros). Si optan por la Seguridad Social, deben enfrentarse a las largas listas de espera (una media de cuatro a cinco años) para realizar el tratamiento de fertilidad y ajustarse a los requisitos establecidos por la ley 14/2006 sobre reproducción asistida, los cuales establecen un corte de edad a los 40 años (50 años en las clínicas privadas), entre otros factores.⁵⁰

Ocurre lo mismo con el vaginismo. Según la doctora Elena Carreras, hay muchas mujeres que lo sufren, pero no se explica y muchas veces se descubre cuando quieren quedar embarazadas y ven que no pueden tener relaciones sexuales. Al no haber una causa orgánica, la culpabilización y la poca visibilidad del trastorno llegan a su máximo exponente.

FALTA DE RECONOCIMIENTO COMO CAUSA DE DISCAPACIDAD

La endometriosis, la fibromialgia y todas las enfermedades a las que la doctora Carmen Valls denomina de "alta prevalencia femenina" (Fibromialgia, dolor pélvico crónico, vaginismo, artrosis, endometriosis, lipedema⁵¹) comparten su exclusión del Real Decreto que contiene las causas de discapacidad legal, el Real

50: Cristina González, "Estas son las alternativas por las que puedes optar ante un problema de fertilidad", Women's Health, 4 de junio de 2020, disponible en <https://www.womenshealthmag.com/es/noticias-deportivas-femeninas/a30650551/reproduccion-asistida-diferencias-seguridad-social-clinicas-privadas/>

51: Casi exclusiva del género femenino, el lipedema es una enfermedad crónica y degenerativa que afecta a entre el 12% y el 20% de las mujeres. Consiste en la acumulación progresiva e irregular de tejido adiposo en las piernas, muslos y nalgas y, en ocasiones, en los brazos. Es frecuentemente confundido con la obesidad, puesto que las dos piernas –y a veces también los dos brazos– se van ensanchando al mismo tiempo y en la misma medida, mientras que los pies y las manos no se ven afectados, creando un efecto de "pulsera" justo por encima de los tobillos y las muñecas. Sin embargo, el torso permanece inalterado. Más allá del factor estético, la acumulación de estos depósitos de grasa aumenta la presión en los tejidos, por lo que quienes lo padecen experimentan dolor en su día a día, les salen hematomas con facilidad y, si no se trata, su movilidad se puede ver deteriorada. En un reportaje, una de las mujeres afectadas indica: "Habré visitado 50 médicos en Madrid, tardé cinco años en descubrir lo que me pasaba". La mayoría de los médicos desconocen esta enfermedad, ya que hasta hace solo unos meses la OMS no la reconocía. María Marquez, "¿Qué es el lipedema? Cuando la grasa de las piernas no se va, duele y "los médicos

Decreto 1971/1999, que contiene un listado de enfermedades o limitaciones. Aquellas que no aparecen expresamente o no se ven reguladas resultan penalizadas. Muchas de ellas son las que afectan a la salud de las mujeres y, por lo tanto, éstas quedan desprotegidas ante despidos discriminatorios y fuera del sistema de la protección social. La Judicatura deniega con una frecuencia elevada la prestación contributiva de incapacidad permanente para el trabajo a las mujeres con enfermedades de alta prevalencia femenina. Isabel Ruiz Pérez en un estudio de Granada señaló que el 10% de hombres que padecen fibromialgia frente al 90% de mujeres tienen muchas más posibilidades de obtener una sentencia favorable que una mujer con fibromialgia de la misma gravedad. En las 65 sentencias de incapacidad permanente por endometriosis que ha analizado Tasia Aranguez Sánchez en su estudio, constata que la endometriosis suele ser ignorada completamente en la argumentación jurídica y resulta irrelevante para el fallo. Es la enfermedad más negada de todas las que se mencionan en los cuadros clínicos, incluso entre la feminizadas.⁵²



solo te dicen que adelgaces", Veinte Minutos, 22 de julio de 2019, disponible en <https://www.20minutos.es/noticia/3694667/0/lipedema-que-es-sintomas-tratamiento/>

52: Aranguez Sánchez, Tasia (2018), *¿Por qué la endometriosis concierne al feminismo?*, Editorial Dykison.

6

INTERSECCIONALIDAD

Incidir en la existencia de múltiple discriminación significa reconocer previamente la existencia de múltiples identidades de mujeres: jóvenes, mayores, lesbianas, negras, orientales, occidentales, árabes, gitanas, con discapacidad, etc. sujetas a diferentes circunstancias que influyen en sus condiciones de vida. Desde esta premisa, se hace necesario explicitar que la existencia de diferentes realidades aporta diferentes niveles de capacidades que caracterizan a cada mujer y que actúan como agravante del desequilibrio estructural de género, ante la percepción social de divergencia respecto al modelo de comportamiento estándar: el rol tradicional de género.

Aunque cada vez hay un mayor cuestionamiento al modelo estereotipado de relaciones entre hombres y mujeres, éste sigue actuando como referente en la medición del nivel de integración de la mayoría de las mujeres.

Aunque la epidemiología social es la perspectiva transversal del estudio, en este apartado pretendemos abordar algunos de los determinantes de la salud desde la perspectiva crítica y con una comprensión amplia.

DISCAPACIDAD

A las características psicofísicas atribuidas a la discapacidad, las mujeres con discapacidad deben enfrentarse a barreras sociales y culturales que son obstáculos para su integración. Estas barreras se van creando durante el proceso de socialización. Se manifiestan en comportamientos, actitudes y creencias que se reproducen de forma inconsciente. Se refuerzan en las actitudes de muchos progenitores que optan por la perspectiva de la protección, sin autonomía, incluyendo la capacidad de las mujeres de desarrollar su sexualidad y su opción de maternidad. Esta misma conducta se encuentra dentro del personal sociosanitario, quien la ejerce como resultado de sus prejuicios no elaborados dentro de su formación académica y debido a su propia perspectiva de género.

A pesar de los programas de empleabilidad y acompañamiento al empleo, la sociedad tiende a reproducir esa misma perspectiva de doble discriminación. En consecuencia, las mujeres con discapacidades presentan tasas de desempleo más altas, menores ingresos y por lo tanto mayor dependencia económica. Debido a las barreras físicas y a la propia socialización, tienen mayores dificultades de acceso a las fuentes de información y comunicación, así como a los recursos sociales y culturales, lo cual termina reforzando el aislamiento social. Esta menor autonomía personal se manifiesta en meno-

res oportunidades de decidir sobre su propia vida, mayor vulnerabilidad a situaciones de abuso y agresiones, menor valoración social de sus potencialidades, y por lo tanto un nivel de autoestima más bajo.⁵³

Las mujeres con discapacidad sufren más violencia, más grave y durante más tiempo, que la mujer sin discapacidad. De acuerdo con la macro-encuesta de Violencia de Género de 2011, mientras que el porcentaje de mujeres sin discapacidad que eran víctimas de violencia de género era del 12,6 %, en las mujeres con discapacidad leve este porcentaje ascendía al 17,4%, y subía al 21,1% en las mujeres con una discapacidad grave. La intensidad de la violencia sufrida era un 41% mayor en las mujeres con discapacidad grave que en las que no la tenían. Considerando el porcentaje de mujeres que sufre violencia de larga duración, es decir aquella que supera los 5 años, en las mujeres sin discapacidad nos encontramos con un 67,3%, mientras que en las mujeres con discapacidad el porcentaje llega hasta el 83,6%.⁵⁴

MUJERES GITANAS

Al comparar las encuestas de salud dirigidas a población gitana de 2006 y 2014, el Informe del Consejo Estatal del Pueblo Gitano "Hacia la equidad en Salud" concluyó que las mejoras significativas han sido pocas. No se observan cambios en la percepción del estado de salud de población gitana de España, pero sí una mejora en la población general, por lo que la desigualdad ha aumentado. El 65% de hombres gitanos y sólo el 55,5% de mujeres gitanas consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno. La diferencia con hombres y mujeres de la población general es de casi 12 y 15 puntos respectivamente. Como en la población general, las mujeres gitanas tienen una peor autopercepción de su salud en comparación con los hombres. Esta diferencia es mayor en los grupos de más edad. Solo 1 de cada 4 mujeres gitanas mayores de 55 años tiene una percepción positiva de su estado de salud.

VARIABLES COMO EL NIVEL EDUCATIVO O LA SITUACIÓN OCUPACIONAL QUE HAN TENIDO LOS PROGENITORES SE ENCUENTRAN ASOCIADAS CON EL ESTADO DE SALUD, DE MANERA QUE CUANTO MEJOR HAYA SIDO SU NIVEL EDUCATIVO O SU SITUACIÓN OCUPACIONAL MEJOR PERCIBEN SU ESTADO DE SALUD SUS HIJOS E HIJAS.

A la hora de comparar la frecuencia de diferentes problemas colesterol, depresión, problemas de salud mental y migraña, y de salud habituales, se encontró que los hombres gitanos declararon padecer más artrosis, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), diabetes, depresión, problemas de salud mental y migraña que los grupos más favorecidos de la población general. Las mujeres gitanas declararon también mayor frecuencia de hipertensión, artrosis, asma, diabetes. En relación con los problemas de salud, el dato más significativo al comparar 2006 y 2014, es el incremento de la diabetes en las mujeres gitanas que aumenta en casi seis puntos hasta un 14,5%.

Se aprecia una mayor distancia con la población general entre 2006 y 2014 en el consumo de tabaco y un descenso de la edad de inicio de su consumo en mujeres. Se mantienen las desigualdades en relación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Entre los niños y niñas gitanos el porcentaje de sobrepeso y obesidad prácticamente se ha duplicado.

La pobreza puede aumentar la exposición a accidentes y a sus daños por varias vías. En el tráfico, porque las zonas que habita la población más pobre (con menos recursos económicos) tienden a te-

53: **Castro García, Carmen (2004), Guía de preformación laboral: género y discapacidad.** Instituto Andaluz de la Mujer, disponible en <https://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0248.pdf>

54: Consejo general de la Abogacía Española. Germán Sánchez Díaz de Isla, "Género y discapacidad, una doble discriminación", disponible en <https://www.abogacia.es/publicaciones/blogs/blog-igualdad-violencia-genero/genero-y-discapacidad-una-doble-discriminacion/>

ner mayor densidad de tráfico, con menos áreas de juego, viviendas con acceso directo a la calle, etc. En el hogar, porque las viviendas presentan problemas en sus sistemas y aparatos de calefacción, no hay medios para la protección contra factores de riesgo como el fuego, etc. De igual modo, los factores ligados a la pobreza pueden influir en la capacidad para la supervisión de hijos e hijas. El Informe aprecia un empeoramiento para las mujeres gitanas en relación con los accidentes en comparación con 2006. Por su parte, la mejora de algunos de los indicadores entre la población general, indica que las desigualdades de las mujeres gitanas están aumentando.⁵⁵

MUJERES INMIGRANTES Y REFUGIADAS

Desde los años 90 España es receptora de personas inmigrantes, que proceden de diferentes entornos etnoculturales y con distintos niveles educativos. Estas condiciones de partida, incluido el conocimiento o no de la lengua española, así como de la Comunidad Autónoma de recepción, son factores que condicionan el acceso a la atención sociosanitaria.

Además, la situación de estrés y de trauma que sufren especialmente las personas que buscan refugio para escapar de graves violaciones de derechos humanos en sus países de origen, en las que se han visto comprometidas sus vidas y las de sus familias, son condiciones esenciales que marcan su aproximación a las instituciones. La hostilidad, el rechazo, el desprecio, el prejuicio, actitudes negativas en cualquier circunstancia, lo son especialmente más para aquellas personas que se encuentran en esta situación de extrema vulnerabilidad, más aún si las encuentran entre aquellas personas que deberían priorizar su protección. En el caso de las mujeres, se suele sumar la condición de víctima de violencia de género o de violencia sexual, con lo cual las secuelas se prolongan en forma de desconfianza y de temor constante.

Desde 2012 hasta 2018, las mujeres inmigrantes en situación irregular han tenido especiales dificultades para atender su salud a excepción de la vía de las urgencias (a excepción del embarazo y maternidad), debido al Real Decreto Ley 4/2012. Sobre el papel, la aprobación del Real Decreto 7/2018 devolvió el derecho a la sanidad a las personas sin permiso de residencia. Sin embargo, la nueva normativa ha dejado una serie de grietas que derivan en trabas administrativas en su aplicación por parte de algunas Comunidades Autónomas. La Comunidad de Madrid y Galicia son las regiones donde Médicos del Mundo ha detectado más episodios de exclusión. Por lo tanto, las mujeres inmigrantes en situación irregular, con orden de expulsión o con procedimiento de solicitud de asilo siguen teniendo dificultades para el acceso normalizado a los servicios sanitarios. Las mujeres que están embarazadas, que siguen tratamientos contra enfermedades graves, que necesitan atención sobre anticoncepción o para poder interrumpir voluntariamente su embarazo, o que deben tener un seguimiento posterior al parto pueden ver incrementado el riesgo para su salud.

Estas barreras dependen de las Comunidades Autónomas. Durante la pandemia del COVID-19, no pueden lograr ejercer este derecho. Como narra la periodista Gabriela Sánchez, "Cuando se plantan frente al mostrador de su centro de salud, inmigrantes sin papeles y solicitantes de asilo se chocan con un opaco engranaje burocrático que impide o retrasa su atención en Madrid. Desde el estado de alarma, estas personas se están encontrando con un aumento de las trabas administrativas a su acceso a los servicios de salud. La arbitrariedad en los requisitos exigidos por el Servicio Madrileño de Salud, las complicaciones propias de zanjar cualquier trámite en pandemia y la saturación de los centros sanitarios han multiplicado los casos de exclusión detectados por Médicos del Mundo y Yo Sí Sanidad Universal en la Comunidad de Madrid en los últimos meses."

La imposibilidad de empadronarse por el cierre o las demoras en la atención de las oficinas municipi-

55: Consejo Estatal del Pueblo Gitano (2018). **Hacia la equidad en salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la Comunidad Gitana.** Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, disponible en https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/ResumenDivulgativo_2ENSPG2014.pdf

pales, el cierre de las oficinas del Instituto Nacional a la Seguridad Social (INSS) son factores que retrasan la obtención de la tarjeta sanitaria de personas que se encuentran en trámite para regularizar su situación.⁵⁶ La facturación en urgencias son tres grandes obstáculos que están enfrentando actualmente las personas inmigrantes.

HÁBITOS DE CONDUCTA

España ha alcanzado una de las esperanzas de vida más alta del mundo, pero otros países de nuestro entorno nos aventajan en la esperanza de vida con buena salud (63,9 años en hombres y de 64,1 en mujeres). Las enfermedades no transmisibles suponen el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad.

Una de las principales características de las enfermedades crónicas es que pueden ser prevenibles siendo los determinantes de salud y factores de riesgo comunes los principales aspectos a trabajar. Estos factores incluyen la alimentación, actividad física, consumo de riesgo de alcohol, consumo de tabaco, bien estar emocional y seguridad del entorno. Es importante abordarlos conjuntamente para una actuación coherente y de impacto, ya que interactúan entre sí produciendo un efecto en la salud superior a la suma del efecto individual de cada uno.

En 2012, las expertas en género y salud Andrea Catalina Brabete y María del Pilar Sánchez-López publicaron un estudio que recopilaba las investigaciones relacionadas con **las diferencias actitudinales atribuibles al género**. Un grupo de trabajos académicos parte de que la masculinidad está relacionada con menos conductas de promoción de la salud y más conductas de riesgo para la salud para los hombres. Se asocia la masculinidad tradicional con tasas más altas de abuso de alcohol y sustancias, un comportamiento propenso a las enfermedades coronarias, promiscuidad sexual, violencia y agresión, y menor disposición a acudir a profesionales de salud mental. Los factores de vulnerabilidad para la salud de las mujeres incluyen el cuidado de los demás, lo cual implica falta de proyecto personal, encierro y aislamiento, trabajo repetitivo, invisible, infravalorado y no remunerado, falta de apoyo social y familiar que conlleva a sobrecarga emocional, situaciones de maltrato emocional por parte de familiares, falta de tiempo y autocuidado, exposición a situaciones de subordinación, dependencia económica y emocional, que en sí mismas ya son vulnerabilidades, pero también son la base de cualquier abuso, maltrato y violencia contra la mujer. Por otro lado, la búsqueda del éxito personal y social, la búsqueda de un cuerpo ideal, atracones de consumo de ropa y cosméticos y productos relacionados con la apariencia y, en ocasiones, el impulso de ser madre también estaría asociado con la salud y el género.⁵⁷

Tabaquismo

El tabaquismo fue adoptado inicialmente por los hombres en los países industrializados y más tarde por las mujeres en esos países y por los hombres en los países en desarrollo. Con la reciente disminución del tabaquismo en los países industrializados, las empresas tabacaleras multinacionales se han trasladado agresivamente a los países en desarrollo. En consecuencia, existe el riesgo de una

56: En la CAM se exige un empadronamiento de seis meses para poder acceder al Sistema Sanitario, bajo el supuesto de que al seguir en situación de estancia temporal no podían ser consideradas propiamente 'personas sin permiso de residencia', y por lo tanto podían continuar siendo excluidas. Un problema añadido es que, al alargar el requisito de residencia a los 6 meses, los Centros Sanitarios han pasado a exigir un certificado de empadronamiento emitido dentro de los 3 meses previos, lo que obliga a las personas afectadas a solicitar un nuevo certificado, con todas las dificultades que implica cualquier trámite con la administración en esta época. Gabriela Sánchez, "La exclusión sanitaria de migrantes aumenta en Madrid durante la pandemia: Médicos del Mundo detecta 167 casos desde marzo", Eldiario.es, 5 de octubre de 2020, disponible en https://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-migrantes-aumenta-madrid-durante-pandemia-medicos-mundo-detecta-167-casos-marzo_1_6268895.html

57: Brabete, Andreea Catalina and Sánchez-López, María del Pilar (2012), "How does the gender influence people's health? Data of a sample of Romanian people living in Spain", en **Procedia Social and Behavioral Sciences**, Volume 33, disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812001097>

epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaco en el mundo en desarrollo, donde el consumo de tabaco se está convirtiendo cada vez más en un problema de salud importante tanto para las mujeres, como para los hombres.

El alto porcentaje de mujeres no fumadoras en esos países las convierte en un objetivo atractivo para la industria. Los efectos sobre la salud del tabaquismo en una población se vuelven completamente pronunciados solo alrededor de medio siglo después de que el hábito es adoptado por un porcentaje considerable de personas adultas jóvenes. Por lo tanto, la mayor parte de lo que se sabe sobre los efectos sobre la salud del consumo de tabaco entre las mujeres proviene de estudios en países industrializados, donde las mujeres comenzaron a fumar cigarrillos hace décadas y ha habido tiempo suficiente para monitorear las consecuencias. A pesar de la relativa escasez de datos epidemiológicos sobre las mujeres en los países en desarrollo, no hay razón para pensar que las mujeres fumadoras se librarán de los graves efectos del tabaquismo en la salud. En aquellos países donde el tabaquismo femenino está aumentando, pueden pasar varias décadas antes de que se sienta el impacto total en la salud, pero las consecuencias devastadoras para la salud son inevitables a menos que se tomen medidas hoy. Los datos de los países industrializados muestran que la mortalidad de las mujeres que fuman se eleva en un 90% o más en comparación con la mortalidad entre las que no fuman, con evidencias de que el riesgo aumenta a medida que aumenta el número de cigarrillos y la duración del tabaquismo. Por lo tanto, el riesgo de muerte prematura para decenas de millones de mujeres en todo el mundo casi se duplica por un solo factor, el consumo de tabaco, que es totalmente prevenible.

Según la doctora Carme Valls-Llobet, "El tabaco tiene en el organismo de las mujeres un efecto de potenciación del metabolismo de los estrógenos que se degradan de forma rápida a la forma de 2 alfa derivados, o catecolestrógenos. Estos imitan el efecto de los neurotransmisores adrenalina y noradrenalina en el cerebro, aumentando la ansiedad y la irritabilidad, por lo que se incrementa la dependencia. La nicotina actúa inicialmente como ansiolítico, pero al aumentar la irritabilidad cerebral por efecto de los catecolestrógenos, se necesita cada vez más dosis para conseguir iguales o menores efectos. La pérdida de la oxigenación normal de los tejidos, y la disminución de los estrógenos cerebrales, incrementa las arrugas de la piel, producen cambios en la distribución corporal de la grasa (tendencia a distribución androgénica) y se estimula la osteoporosis. La pérdida de masa ósea de las fumadoras de un paquete diario puede ser ya de tres desviaciones Standard en mujeres de 30 años."⁵⁸

En las mujeres, el tabaquismo tiene efectos perniciosos sobre la salud reproductiva, dado que las mujeres fumadoras tienen problemas menstruales, mayor propensión a la infertilidad, a las dificultades para lograr los embarazos, además de transmitir problemas de salud a los hijos e hijas si fuman durante la gestación. Está demostrado el vínculo entre el tabaquismo y los problemas de salud cardiovascular, incluido un riesgo muy elevado de accidente cerebrovascular isquémico y hemorragias. A nivel pulmonar, los efectos son observables en la mayor incidencia de obstrucción pulmonar y EPOC.

No obstante, el impacto más tremendo se produce en el aumento del cáncer. Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón ajustadas por edad entre las mujeres en los Estados Unidos han aumentado en aproximadamente un 800% desde 1950; en 1987, el cáncer de pulmón había superado al de mama y se había convertido en la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de ese país. En 2004, aproximadamente el 6% de los casos nuevos de cáncer entre mujeres en países de ingresos bajos y medianos y el 11% de los casos nuevos entre mujeres en países de ingresos altos se atribuyeron al tabaco.⁵⁹

58: Valls-Llobet, Carme (2014), "Género y Adicciones", en Dianova, número especial sobre "Género y drogas", páginas 15-6. Disponible en: <https://dianova.es/wp-content/uploads/2019/03/INFONOVA-35-web.pdf>

59: WHO (2010) **Gender, Women and the Tobacco Epidemic**, Capítulo 4, páginas 51 a 54, disponible en <https://www.who.int/>

Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en mujeres en España en 2019 serán los de mama y colon y recto. A mucha distancia, los siguientes tumores más frecuentes serán los de pulmón, cuerpo uterino, vejiga urinaria, linfomas no Hodgkin y el cáncer de tiroides, todos ellos con más de 4.000 casos al año.

Es importante destacar que el cáncer de pulmón pasa de ser el cuarto tumor más diagnosticado en mujeres en las estimaciones para el año 2015, al tercero más incidente para el año 2019, en probable relación con el aumento del consumo de tabaco en mujeres (más tardío). Así, la incidencia de cáncer de pulmón en mujeres ha continuado aumentando, mientras que la tasa de incidencia en varones continúa reduciéndose. Pese a todo, el consumo de tabaco continúa siendo más frecuente en hombres que en mujeres de acuerdo con los datos de EUROSTAT para el año 2014, 26,2% de fumadores entre los varones frente a un 18,5 % de las mujeres.⁶⁰

Otros consumos adictivos

Las adicciones en las mujeres tienen una composición multidimensional y están fuertemente relacionadas con la desigualdad de género.

En España, las mujeres se encuentran con dificultades para acceder a los tratamientos de drogodependencias actuales, incluyendo el tratamiento del alcoholismo, ya que los recursos y los programas están pensados para los hombres. El sistema no entiende ni atiende a las mujeres con problemas de adicciones. Sirva como ejemplo la falta de atención que existe hacia el consumo de psicofármacos en mujeres, una realidad mucho más frecuente en ellas que en ellos. El 80% de las mujeres con problemas de adicciones ha sufrido o sufre algún tipo de violencia de género. Su adicción actúa como una limitación para el acceso a los recursos de acogida de la red de violencia de género. La situación se agrava en los centros penitenciarios, donde las mujeres representan el 8% de la población reclusa. Entre ellas, las mujeres con problemas de adicción suman un tercer factor de discriminación debido a su condición de privación de libertad en unos centros que tampoco están adaptados a sus necesidades.

En los contextos de ocio se continúa penalizando el consumo de drogas por parte de la mujer a causa del prejuicio social y del estigma, considerándose este consumo como un atenuante para los hombres y un agravante para las mujeres en los episodios de violencia sexual. Todas estas realidades continúan siendo consecuencia de un sistema de valores patriarcal.⁶¹

En 2019, la red de atención a las adicciones UNAD atendió a 31.197 personas en servicios asistenciales, el 20% de ellas eran mujeres, entre 34 y 49 años, en desempleo, la mayoría con educación primaria y sólo una minoría con educación secundaria obligatoria. El 58% tienen hijos/as a cargo (33% hombres). El 20,7% sufren también enfermedades de transmisión sexual (especialmente hepatitis y VIH-SIDA) y padecen depresión y ansiedad. El 55% dijo haber sufrido agresiones por la pareja, expareja y el 27% agresiones sexuales. Las mujeres que llegan a la red de adicciones tienen un problema de adicción, no por violencia, lo cual tiende a invisibilizar el problema.

La percepción del problema se debe a la tasa de prevalencia del sexo masculino (excepto el caso de las adicciones a hipnosedantes sin recetas, donde las mujeres duplican a los hombres), pero también a

tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_impact_tobacco_use_women_health.pdf

60: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). **Las cifras del cáncer en España 2019**, página 8, disponible en <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Informe%20SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>

61: UNAD, La invisibilidad de las mujeres con adicciones, 2018, disponible en <https://unad.org/noticias/2302/la-invisibilidad-de/las/mujeres/con/adicciones>

las barreras que se encuentran las mujeres. Hay informes del Plan Nacional sobre Drogas que confirman este aspecto.

La barrera de acceso más importante es el cuidado de los hijos/as, porque cuando se entra a tratamientos se debe entrar sola y, si no hay apoyos para el cuidado, no es posible acceder. Si finalmente se accede y se entra al centro, el acompañamiento de la familia es muy importante para que tenga éxito, pero ellas llegan solas, mientras que ellos llegan con alguna mujer (esposa, hija, hermana, madre).

Otra barrera es el miedo a la pérdida de la custodia de los hijos/as, ya que esto puede ser utilizado en contra de la mujer, en caso de disputas por la custodia. Los horarios a veces son rígidos, lo que acrecienta el conflicto laboral-familiar. Otros obstáculos se centran en las "cuestiones de seguridad", porque la prevalencia de la violencia de género es elevada y se pueden disparar si los centros son mixtos, o simplemente no entrar por ello. La falta de coordinación de los servicios de salud, de violencia de género, de atención a las adicciones es un perjuicio que las afecta especialmente.

La cuestión del estigma y la culpa, que son sentimientos mayores que en los hombres, porque rompen con el rol de género asignado por ser mujeres.⁶²

Trastornos alimentarios

a pobreza y exclusión social tienen un impacto elevado en nuestra sociedad, España es el séptimo país con peor indicador de la Unión Europea. Un 25,3% de la población residente en España estaba en riesgo de pobreza y exclusión antes de la pandemia del COVID-19. Algo menos de la mitad tiene algún grado de dificultad para llegar a fin de mes (Encuesta de Condiciones de Vida de 2020). Hay 670.900 hogares que carecen de ingresos, buena parte de ellos con NNA (última Encuesta de Población Activa, 2º trimestre, 2020). Esta situación determina el gasto familiar e impide que los progenitores puedan garantizar la alimentación adecuada de sus hijos/as.

Concretamente, **una media de 3,7% de los hogares no podía consumir proteínas animales** (una comida de carne, pollo o pescado, o su equivalente vegetariano) al menos cada dos días, antes de la pandemia. Desde 2015 en adelante, el porcentaje **es algo más elevado entre los de las mujeres** (3,8%) que entre los liderados por hombres (3,7%). Las **personas extranjeras extracomunitarias**, con 10,5%, sufren más de esta privación, que las personas españolas, como se aprecia en la tabla. 2

Tabla 2. Personas de 16 y más años que no pueden consumir una comida de carne, pollo o pescado o su equivalente vegetariano al menos cada dos días

Nacionalidad	Porcentaje
Total	3,6
Española	3,2
Extranjera (Unión Europea)	4,5
Extranjera (Resto del mundo)	10,5

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida, 2020, ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9970#!tabs-tabla

62: Existen servicios prestados por entidades sociales, que intentan paliar estas circunstancias, como el Espai Ariadna en Cataluña, mujeres que acceden con sus hijos/as para abordar las problemáticas multidimensionales, o la Comunidad Terapéutica Arco Iris, La Muela, Córdoba.

Son los hogares con niños, niñas y adolescentes, particularmente los hogares monoparentales con un 7,2%, los más afectados por la carencia de proteínas, tal como se observa en la tabla 3.

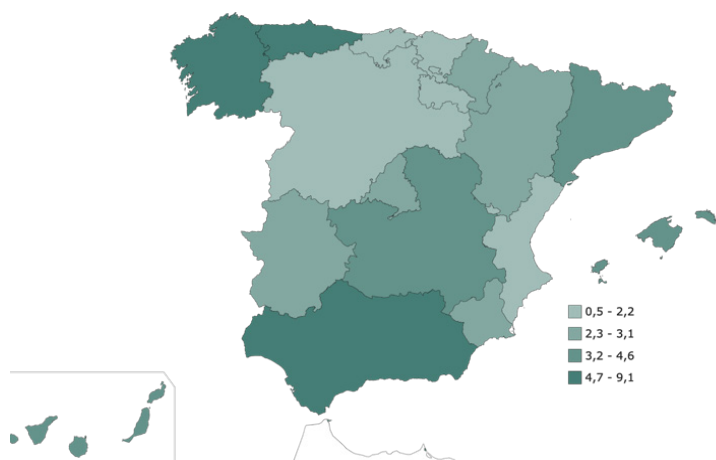
Tabla 3. Tipos de hogares que no pueden consumir una comida de carne, pollo o pescado o su equivalente vegetariano al menos cada dos días

Tipo de hogar	Porcentaje
2 adultos con 1 ó más niños dependientes	3
Otros hogares sin niños dependientes	3,2
2 adultos sin niños dependientes	3,6
Hogares de una persona	4,2
Otros hogares con niños dependientes	5,9

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida, 2020, <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9971#!tabs-tabla>

Existen grandes diferencias territoriales en los porcentajes de hogares con carencias en el acceso a proteínas, con Islas Baleares, Cataluña, Canarias, Andalucía, Asturias, Melilla y Galicia por encima de la media, como se observa en el siguiente mapa y tabla:

Mapa 2. Distribución de los hogares que no pueden consumir una comida de carne, pollo o pescado o su equivalente vegetariano al menos cada dos días



CCAA	Porcentaje
17 Rioja, La	0,5
06 Cantabria	0,9
16 País Vasco	1,7
10 Comunitat Valenciana	1,8
07 Castilla y León	2,2
02 Aragón	2,4
14 Murcia, Región de	2,6
13 Madrid, Comunidad de	2,7
15 Navarra, Comunidad Foral de	3,0
11 Extremadura	3,1
08 Castilla - La Mancha	3,4
18 Ceuta	3,7
04 Balears, Illes	3,8
09 Cataluña	3,9
05 Canarias	4,6
01 Andalucía	5,0
03 Asturias, Principado de	5,2
19 Melilla	7,0
12 Galicia	9,1

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida, 2020, <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9975#!tabs-tabla>

Otros aspectos relacionados con la pobreza tienen un impacto en los hábitos alimentarios. El dilema entre calefacción o alimentación ("heat or eat"), es decir la pobreza energética, es un factor que incide en la alimentación, ya que pasar frío lleva a las personas a adoptar una ingesta más calórica.

Obesidad

La obesidad sigue expandiéndose debido al sedentarismo, a los altos niveles de estrés y ansiedad (que padecen, especialmente, las mujeres), y a la inmensa oferta de comida barata (alimentos que tienen más contenido en calorías, sal y azúcar y menos valor nutritivo, los peores para la salud y los que más engordan). Según la última Encuesta Nacional de Salud de 2017, el 17,43% de la población española es obesa, pues su índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a los 30 kg/m² (El IMC se obtiene dividiendo el peso en kilos entre la estatura en metros elevada al cuadrado). El 37% tiene sobrepeso (entre 25 y 30 kg/m²). Ello que significa que más de la mitad de los españoles tienen un peso superior al que las autoridades sanitarias consideran normal (entre 18,5 y 25 kg/m²). El 22,37% de las personas pertenecientes a los segmentos más bajos de renta presenta obesidad, frente al 9,29% de las que viven en las familias con mayor poder adquisitivo. El problema se acentúa significativamente entre las mujeres: el 23,98% de las españolas en pobreza sufre obesidad, comparado con el 7,26% de las mujeres que viven en familias con ingresos medios altos y altos.

Tener sobrepeso u obesidad no solo significa tener peor salud, sino también tener peor trabajo y menos salario que los demás. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que agrupa a las naciones más industrializadas del mundo, solo el 59% de los trabajadores obesos de entre 50 y 59 años tenía empleo en el año 2013, frente al 72% de media de los no obesos en 14 países europeos objetos de estudio. En España, apenas el 45% de las personas obesas tenía un empleo, frente al 60% de las no obesas.⁶³

Las mujeres con obesidad se enfrentan a una discriminación adicional, por el hecho de ser mujeres y no cumplir con la normalidad del peso y con el estereotipo estético esperado. La culpabilización en consulta a las mujeres que tienen este problema no sólo no ayuda a su resolución, sino que puede profundizar la situación de baja autoestima y ansiedad. Por otra parte, si la causa de esta obesidad radica en la dieta desequilibrada debido a la pobreza, la recriminación es triplemente discriminatoria: por ser mujer, por ser gorda y por ser pobre.

EDAD

La edad influye enormemente en el estado de salud de la mujer, al punto que la Organización Mundial de la Salud considera dos tramos específicos, la juventud y la vejez como específicamente vulnerables en términos sanitarios.

“Ser joven” conlleva que las adolescentes se enfrenten a una serie de desafíos de salud sexual y reproductiva: ITS, VIH y embarazo. Alrededor de 16 millones de adolescentes (menores de 20 años) dan a luz cada año en el mundo. Las complicaciones de esos embarazos y partos son una de las principales causas de muerte de esas madres jóvenes. Muchas sufren las consecuencias del aborto inseguro. En España, más de 7.000 adolescentes fueron madres en 2018, cerca de 400 no habían cumplido los 16 años.⁶⁴ Casi el 70% de las jóvenes madres son españolas. Las niñas inmigrantes tienen una tasa de prevalencia más alta que las autóctonas en este tipo de embarazos ya que, aunque constituyen el 11,8% de la población son el 30% de las madres adolescentes.⁶⁵ Las jóvenes de hasta 19 años que decidieron interrumpir voluntariamente el embarazo en España en 2016 fueron

63: J.P. Velázquez Gaztelu, "La obesidad es cosa de pobres", en Eldiario.es, 14 de febrero de 2019, disponible en: https://www.eldiario.es/alternativaseconomicas/obesidad-cosa-pobres_132_1696874.html

64: Cadena Ser, 27 de septiembre de 2019, disponible en: https://cadenaser.com/ser/2019/09/27/sociedad/1569581343_809458.html

65: Gentile, Alessandro; Hernández Cordero, Ana Lucía; Luminita Tanase, Elena (2020) Perfil socio-demográfico de madres adolescentes en España, en **Acciones e Investigaciones Sociales**, Gráfico 2, pp 12-13 del texto, disponible en https://www.researchgate.net/publication/339378130_Perfil_socio-demografico_de_madres_adolescentes_en_Espana

9.781. Esta cifra representa un 10,5 % del total de interrupciones voluntarias del embarazo practicadas, que llegan a 93.131 casos.⁶⁶

Como se describe en este estudio, las adolescentes se ven bombardeadas por la estereotipación de los cuerpos e ideales de belleza manipulados a través de software, lo cual incide en su identidad y en sus conductas de salud, por ejemplo, a través de los trastornos de la alimentación. Aquellas que son indiferentes y tienen aspectos físicos distintos, o tienen discapacidad, pueden ser objeto de bullying en los institutos y llevarlas incluso a intentar o cometer suicidios. A través de una exposición constante a las redes sociales, se ven sometidas a procesos de acoso sexual, incluso a edades precoces. La ideología del sexo basada en el consumo de pornografía por parte de adolescentes actúa como un factor distorsionador de las relaciones sociales entre pares.

“Envejecer”, éste es el otro momento del ciclo vital en el que se vuelve a adquirir vulnerabilidad. La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores, las que tienen 65 ó más años. A 1 de enero de 2018 hay 8.908.151 personas mayores, un 19,1% sobre el total de la población (46.722.980); siguen aumentando tanto en número como en proporción. La edad media de la población se sitúa en 43,1 años; en 1970 era de 32,7. Continúa aumentando en mayor medida la proporción de octogenarios, que ya son el 6,1% de toda la población, en tanto que los/as centenarios/as llegan a 11.229 empadronados.⁶⁷

Habiendo trabajado a menudo solamente en el hogar, muchas mujeres mayores pueden tener menos pensiones y beneficios, menos acceso a la atención médica y servicios sociales que sus contrapartes masculinas. Combinan el mayor riesgo de pobreza con otras condiciones de vejez, como la degeneración cognitiva, y las mujeres mayores también tienen un mayor riesgo de abuso y, en general, mala salud.

El envejecimiento tiene un importante componente femenino que no está siendo suficientemente estudiado. En 2016 había un 32,9% más de mujeres (4.940.008) que de hombres (3.717.697) y éstas viven de media 6 años más. No obstante, la esperanza de vida con salud es menor en las mujeres. Considerando el tiempo que se vive en buena salud a partir de los 65 años, el contraste entre hombres y mujeres es muy fuerte: 50,5% del tiempo en los hombres, mientras que sólo el 38,5% en el caso de las mujeres.

En España, sólo el 41% de las mujeres mayores perciben pensiones contributivas, comparado con el 89,5% de los hombres. Las pensiones de las mujeres son un 37% más bajas de media. El 9,1% de las mujeres mayores reciben prestaciones del SAAD, frente al 4,1% de los hombres. Son las principales receptoras del SAAD, representan el 75% de las personas usuarias de servicios de teleasistencia y el 69% de las usuarias de Atención residencial. También son las principales beneficiarias de las pensiones contributivas de viudedad, derivadas del derecho de sus parejas fallecidas, cuya cuantía media se encuentra lejos de las pensiones de jubilación. Un 37,5% de las mujeres mayores serían beneficiarias de este tipo de prestación, con medias que rondan o no llegan a los 650 € al mes. Por ello, su tasa de riesgo de pobreza es superior en dos puntos a la de los hombres. Un 13,2% de las mujeres mayores viven en hogares por debajo del umbral de la pobreza.

Por otra parte, gran parte de las mujeres mayores de 50 años se encargan del cuidado de sus mayores. Ya sean de sus maridos 38,8%, o de sus madres, 35,4%. Se trata de cuidados no remunerados que las excluye del mercado laboral por largos periodos de tiempo.

66: ABC "Dos de cada 100 madres son adolescentes", 14 de septiembre de 2018, disponible en https://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-cada-cien-madres-adolescentes-espana-201809130225_noticia.html

67: Abellán García, Antonio et al (2019), **Un Perfil de las personas mayores en España**. Nº 22, marzo, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

Las mujeres mayores también sufren violencia de género. En un estudio realizado por Cruz Roja con mujeres mayores de 65 años víctimas de Violencia de Género, atendidas en el Servicio ATENPRO, la mayoría tiene un nivel educativo bajo y la tasa de riesgo de pobreza y exclusión es del 81%. La violencia de género muestra una larga trayectoria en una parte importante de las mujeres encuestadas: el 40% llevaba 40 años y más sufriendo violencia, el 27% entre 20 y 30 años. El 78% asocian episodios violentos con el matrimonio, el 30% con el noviazgo y el mismo porcentaje con el nacimiento de los hijos e hijas. Los problemas de dinero se han vinculado a la violencia en un 43% de los casos. Con respecto al estado anímico, siete de cada diez mujeres encuestadas sienten tristeza, ansiedad o angustia. Algunas de las mujeres encuestadas han referido problemas de salud mental en el pasado como ansiedad (32%) y/o depresión (28%). Muchos de estos problemas se mantienen en la actualidad (24% y 32% respectivamente). El 59% de las encuestadas no están recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico.⁶⁸

Las mujeres mayores son las que más sufren la soledad. En España, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad duplica a la de hombres. La soledad no deseada facilita la falta de actividad física, así como los contactos personales, facilitando la entrada en estados depresivos y de dependencia.⁶⁹

Las desigualdades de género se mantienen e incluso se incrementan con los años. Las mujeres mayores en España reciben menos ingresos, tienen menores tasas de actividad remunerada, peor percepción de su estado de salud, viven más situaciones de soledad no deseada y son las más atendidas por los sistemas de protección social.

Al finalizar el año 2020, en España, el número de víctimas mortales que la pandemia de COVID-19 ha dejado en las aproximadamente 5.457 residencias de ancianos públicas, concertadas o privadas supera las 24.800 personas. Esto significa en torno al 49 % de las muertes notificadas oficialmente por el Ministerio de Sanidad de personas con coronavirus se ha producido entre mayores que vivían en residencias de personas mayores.⁷⁰

FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES

El trabajo es el ámbito donde las personas en edad activa ocupadas pasan una gran parte de su tiempo cotidiano. En este ámbito, se reproducen sistemas de poder y relaciones jerárquicas habituales en la sociedad, en especial la desigualdad de género. Aunque este tema no es el objeto de este estudio, se aborda brevemente para destacar su importancia en términos de la salud de las mujeres trabajadoras, dado que existen diferencias significativas. Las mujeres:

- ✓ Trabajan en sectores específicos y en tipos de trabajo específicos.
- ✓ Soportan dobles responsabilidades en el trabajo y en el hogar.
- ✓ Cuentan con poca representación a escala de supervisión y dirección.
- ✓ Son físicamente distintas a los hombres, aunque existen más variaciones entre mujeres que entre hombres y mujeres, por ejemplo, respecto de la fuerza física.
- ✓ Realizan trabajos que se presumen erróneamente como seguros y fáciles.

68: Cruz Roja Española (2019), **Estudio sobre las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género**, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio_VG_Mayores_65.pdf

69: Gabinete de Prensa de UPD, "Las desigualdades de género se acentúan con la edad", 8 de marzo de 2017, disponible en <http://envejecimientoenred.es/las-desigualdades-de-genero-se-acentuan-con-la-edad/>

70: RTVE, Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos: más de 24.800 muertos con COVID-19 o síntomas compatibles, 29 de diciembre de 2020, disponible en <https://www.rtve.es/noticias/20201229/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>

- ✓ Con frecuencia, estas diferencias no están reconocidas en la práctica de salud y seguridad. Es más, con frecuencia se subestima la carga de trabajo y los riesgos relacionados con el trabajo para las mujeres en el lugar de trabajo.⁷¹

Los factores psicosociales y organizacionales del trabajo tienen manifestaciones diferentes según el género y a la especial situación de discriminación, subordinación e incluso de invisibilidad de las mujeres trabajadoras. Los factores psicosociales son condiciones organizacionales de trabajo que pueden afectar a la salud laboral, tanto positiva como negativamente. La cultura, el liderazgo o el clima organizacional pueden generar excelentes o las malas condiciones de trabajo con consecuencias positivas o negativas para la salud de las personas trabajadoras. Cuando los factores organizacionales y psicosociales de las empresas y organizaciones son disfuncionales, es decir, provocan respuestas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas de estrés pasan a ser factores psicosociales de riesgo o de estrés, como se describe en la tabla siguiente.

Tabla 4 Factores psicosociales de riesgo o estrés .

Factores	Respuestas
Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido, bajo uso de habilidades, alta incertidumbre, relación intensa.
Sobrecarga y ritmo	Exceso de trabajo, ritmo del trabajo, alta presión temporal, plazos urgentes de finalización.
Horarios	Cambio de turnos, cambio nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción.
Control	Baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo, y otros factores laborales.
Ambiente y equipos	Condiciones malas de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido.
Cultura organizacional y funciones	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales.
Relaciones interpersonales	Aislamiento físico o social, escasas relaciones con los/las jefes, conflictos interpersonales falta de apoyo social. Discriminación y postergación por ser mujer. Acoso laboral, mobbing, acoso sexual.
Rol en la organización	Ambigüedad de rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre personas.
Desarrollo de carreras	Incertidumbre o paralización de la carrera profesional, baja o excesiva promoción, pobre remuneración, inseguridad contractual. Techo de cristal, suelo pegajoso.
Relación Trabajo- Familia	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia, por reparto desigual de los cuidados o responsabilidad exclusiva sobre ellos. Bajo apoyo familiar. Problemas duales de carrera. Inexistencia de recursos de apoyo y de respiro disponibles o asequibles.
Seguridad contractual	Trabajo precario, trabajo temporal, Trabajo a tiempo parcial involuntario. Incertidumbre de futuro laboral. Insuficiente remuneración, pobreza laboral, brecha salarial de género.

Fuente: adaptado de Moreno Jiménez, Bernardo y Báez León, Carmen (2010). **Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas**, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Universidad Autónoma de Madrid, página 9, disponible en <https://www.insst.es/documents/g4886/g6076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+prácticas/c4cde3ce-a4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf>

71: EU-OSHA, Las mujeres y la seguridad y salud en el trabajo, disponible en <https://osha.europa.eu/es/themes/women-and-health-work>

De acuerdo con Moreno Jimenez y Báez León, este tipo de riesgos reúnen una serie de características:

1. **Se extienden en el espacio y en el tiempo:** una cultura organizacional, un estilo de liderazgo o un clima psicosocial no están ubicados en ningún lugar ni es posible precisarlos en un momento especial, son características globales de la empresa u organización. Otros factores laborales como la carga de trabajo, roles o capacidad de control no tienen un lugar y un momento determinados, sino que son elementos del propio puesto de trabajo o la tarea, pero que no se circunscriben a los mismos.
2. **Presentan una dificultad de objetivación:** el ruido, las vibraciones, la temperatura, la contaminación por gases y una posición o esfuerzo se pueden medir con unidades propias, pero el rol, la cohesión grupal, la supervisión, la comunicación no tienen unidades propias de medida.
3. **Afectan a los otros riesgos:** el aumento de los factores psicosociales de riesgo, el estrés y la tensión, suelen generar conductas precipitadas, alteradas y no adaptativas que propician los errores, todo tipo de accidentes y una mayor vulnerabilidad de la persona.
4. **Tienen escasa cobertura legal:** a diferencia de los riesgos de higiene, de seguridad y ergonómicos, el desarrollo de la legislación sobre aspectos psicosociales se ha trabajado de modo general relacionada con la prohibición de que "puedan dañar a la salud".
5. **Están moderados por otros factores:** la percepción, la experiencia o la biografía, así como la desigualdad de género, influyen en la percepción de la carga de trabajo, el conflicto de rol o la incertidumbre laboral.
6. **Presentan una dificultad para la intervención:** mientras que los riesgos objetivables tienen casi siempre soluciones técnicas, no es fácil disponer de ellas cuando se trata, por ejemplo, de un pésimo clima laboral, un liderazgo abusivo, etc. porque suelen ser organizacionales y estar íntimamente entrelazados al diseño y concepción global de la empresa o institución. Un problema añadido es que la dificultad no disminuye la necesidad de la intervención, sino que la hace más importante.⁷²

Los riesgos psicosociales más destacados son el estrés laboral, la violencia física y psicológica y el acoso laboral o *mobbing*. Estos factores llevan al **burnout o desgaste profesional**, al cual se añade al **conflicto familia-trabajo** o al eufemismo utilizado para expresarlo, las "dificultades de conciliación entre la vida laboral y la familiar/personal".

El acoso sexual es planteado también como una de las formas de la violencia laboral, y más frecuentemente como una modalidad del acoso laboral, pero tiene igualmente un contexto propio, unas formas específicas y unas consecuencias especiales que hace que no se identifique con la violencia en el trabajo o el acoso laboral. La Recomendación 92/131 de la Comunidad Europea, relativa a la protección de la dignidad de la mujer y del hombre en el trabajo, establece que el acoso sexual es "la conducta de naturaleza sexual u otros comportamientos basados en el sexo que afectan a la dignidad de la mujer y del hombre en el trabajo, incluida la conducta de superiores y compañeros, constituye una violación intolerable de la dignidad de los trabajadores o aprendices y que resulta inaceptable si: dicha conducta es indeseada, irrazonable y ofensiva para la persona que es objeto de la misma; la negativa o el sometimiento de una persona a dicha conducta por parte de empresarios o trabajadores (incluidos los superiores y los compañeros) se utiliza de forma explícita o implícita como base para una decisión que tenga efectos sobre el acceso de dicha persona a la formación profesional, al empleo, a la continuación del mismo, a los ascensos, al salario o cualesquiera otras decisiones relativas al empleo; y dicha conducta crea un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto de la misma". Según la Directiva 2002/73 de la Comunidad Europea referente a la igualdad de trato entre hombres y mujeres, "el acoso sexual es

72: Moreno Jiménez, Bernardo y Báez León, Carmen (2010), **Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas**. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Universidad Autónoma de Madrid, páginas 12 y 13, disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+prácticas/c4cde3ce-a4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf>

toda situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado de índole sexual con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo." Se suelen distinguir entre dos clases, "el acoso con chantaje sexual", y el "acoso sexual provocado por un ambiente hostil".

El acoso sexual laboral tiene una dimensión invisible, ya que tiende a quedar resuelto dentro del ámbito de la empresa o la institución y, sólo en parte, trasciende al ámbito judicial. El informe del Ministerio de Trabajo de 2018 recoge un total de 460 actuaciones relacionadas con situaciones de acoso sexual en empresas. En ese cómputo se incluyen las intervenciones que nacen del propio organismo y las denuncias que llegan a sus oficinas. La cifra total de denuncias recibidas por la Inspección de Trabajo alcanzó las 142. Elisa García, responsable del Departamento de la Mujer de UGT, explica que "El #MeToo supuso un antes y un después. Los casos que llegan hasta los comités y las comisiones de igualdad de las empresas han aumentado de manera considerable en estos últimos dos años, pero la clave es que la mayoría de ellos se resuelven dentro de la propia compañía, sin que sea necesaria la intervención de una autoridad laboral o judicial mayor".⁷³

Riesgos y accidentalidad laboral

Según el profesor Antonio Costas, miembro del Laboratorio-Observatorio sobre Condiciones de Trabajo desde una Perspectiva de Género (LAOGEN), al pensar en "riesgos laborales" seguimos imaginando hombres en andamios, levantando grandes pesos o manejando maquinaria peligrosa. Ahí el riesgo es visible y evidente, por lo que establecer medidas de prevención también lo es y suele hacerse de manera habitual. No nos viene a la cabeza la imagen de una limpiadora quien, con sus movimientos repetitivos acaba desplazando a lo largo del día una tonelada de peso, o que está en contacto con productos químicos nocivos durante largos periodos de tiempo, o de la cuidadora, que tendrá que levantar o mover un cuerpo adulto que la supera en peso sin ayuda de ninguna herramienta. No hay una visualización de estos riesgos porque seguimos una lógica de riesgos muy masculinizada.⁷⁴

Mientras que construcción o industria han sido sectores mayoritariamente masculinos, las mujeres están presentes en sectores altamente feminizados como hostelería, la peluquería, el comercio, la limpieza, la sanidad o la enseñanza. Según Costa, "Las enfermedades profesionales que se han estado estudiando son las que afectan a los hombres, pero aquellos riesgos que tienen que ver más con actividades prolongadas y continuadas están muy poco investigados. A veces no salen a la luz o se terminan reconduciendo a enfermedades comunes".

El dolor no es reconocido. Es posible que las mujeres que realizan dichos trabajos no perciban que esos dolores que sienten tienen relación con sus condiciones de trabajo. Pero también lo verá así porque, cuando vaya al médico, éste tampoco lo relacionará con sus condiciones de trabajo, como sucede con la fibromialgia y otras enfermedades. Estas consecuencias para su salud son difíciles de probar y difíciles de indemnizar, aún recurriendo a los tribunales después de intervenciones quirúrgicas o períodos de internamiento hospitalario.

La falta de investigación se traduce en falta de prevención y en una menor percepción de riesgo. Incluso ocupando puestos de trabajo similares, hombres y mujeres se ven afectados de forma diferente

73: María Hernández, "Acoso sexual en el trabajo: aumentan los casos, pero las denuncias bajan a la mitad". El Mundo, 29 de agosto de 2019, disponible en <https://www.elmundo.es/economia/macroeconomia/2019/08/29/5d66c52f21efa0b51a8b4657.html>

74: Entrevista realizada por Ana Álvarez, "Impacto diferenciado del trabajo sobre hombres y mujeres", AMECO Press, 10 de febrero de 2015, disponible en <https://amecopress.net/Impacto-diferenciado-del-trabajo-sobre-hombres-y-mujeres>

por los riesgos a su salud. Los valores límites ambientales para productos químicos –VLA– se revisan continuamente a la baja y están calculados sobre la base del nivel de reacción en muestras de hombres jóvenes, a pesar de que, al tratarse de sustancias que se acumulan en las células grasas, su efecto no es el mismo sobre el cuerpo de una mujer, que tiene un 15% más de grasa. En 2015, sólo el 17,6% de las mujeres percibían estar expuestas a agentes químicos frente al 27,5% de los hombres, según el Informe sobre Encuestas de Condiciones de Trabajo en España. La falta de investigación se traduce en falta de formación y de prevención, y finalmente en una menor percepción de riesgo. Las medidas de prevención tenderán a aplicarse en el sector industrial antes que, en sectores como la hostelería o la limpieza, donde el contacto es en cantidades menores, pero más prolongado en el tiempo.

La invisible carga del trabajo emocional. Las estadísticas muestran que las mujeres ocupan empleos con mayor carga emocional (de cara al público, de atención a personas dependientes...), con mayor carga psicosocial (menos cualificados, peor remunerados, menos reconocidos, más precarios) y más repetitivos y monótonos.

La socióloga Arlie Russell Hochschild habló por primera vez del "trabajo emocional" en su libro de 1983 "El corazón gestionado: comercialización del sentimiento humano". El trabajo emocional es el proceso de gestión de las emociones para cumplir los requisitos de un empleo. Las personas que trabajan de cara al público (como profesoras, trabajadoras sociales, cuidadoras, asistentes de vuelo, enfermeras, empleadas de comercio, etc.) muchas veces tienen que realizar este trabajo emocional para desempeñar su función. Es decir, no solo hacen su trabajo, sino que también deben controlar sus emociones para gestionar mejor las de los demás. Estas personas, en su mayoría mujeres, son más propensas a sufrir: 1) estrés; 2) agotamiento, viéndose obligadas a fingir emociones que no sienten para transmitir empatía, optimismo y calma; 3) falta de tiempo para descansar. Las mujeres también soportan esta carga del trabajo emocional fuera del lugar de trabajo, pues muchas deben gestionar en casa las emociones de sus hijos/as y cónyuges. Establecer una relación entre esas condiciones de trabajo y la salud de las mujeres es una tarea pendiente, como lo es tener en cuenta el impacto de lo que se ha llamado "doble jornada" sobre la salud, es decir, de la desigual distribución de las responsabilidades familiares.⁷⁵ En la pandemia de COVID-19, los gobiernos exigen educación escolar a distancia, así como el cierre de las guarderías y centros de día. Las personas afortunadas que pueden seguir trabajando desde casa deben pensar en qué hacer con los niños/as y a qué miembro de la pareja le corresponde centrarse en su profesión. A la hora de tomar estas decisiones familiares tan difíciles, es posible que la carga emocional recaiga involuntariamente en la mujer, aunque compartan las responsabilidades del hogar con sus parejas. Además, por razones estadísticas, las mujeres tienen más probabilidades de contraer la enfermedad debido al rol de cuidadoras, tanto en los hogares como en hospitales, centros de salud, residencias, así por el desempeño en empleos de cara al público, como las farmacias, los supermercados o las peluquerías, por lo que se añade más estrés debido a esta circunstancia. Aunque la mayoría de los expertos reconocen que los efectos sobre la salud no dependen de un único factor, en materia de indemnizaciones, los textos legales siguen aceptando exclusivamente explicaciones unívocas.

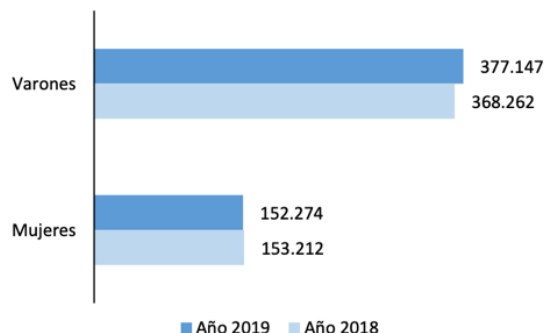
En España, en el año 2019, el número de accidentes de trabajo con baja fue 650.602, mientras que el de accidentes de trabajo sin baja fue 724.321. Dentro de los accidentes con baja, se produjeron 562.756 accidentes en jornada de trabajo y 87.846 accidentes *in itinere*. Por situación profesional para los accidentes con baja, se produjeron 614.697 en asalariados y 35.905 en trabajadores por cuenta propia. Por gravedad de los accidentes en jornada con baja, se produjeron 4.332 accidentes graves y 561 accidentes mortales.

Por sexo, del total de accidentes en jornada con baja, 404.603 accidentes (72%) afectaron a varones, mientras que 158.153 accidentes (28%) afectaron a mujeres.

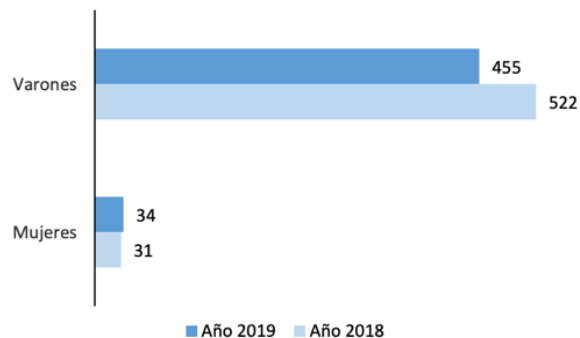
75: Russell Hochschild, Arlie (1983), **The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling**. Berkeley: University of California Press.

Gráfico 3. Accidentes de trabajo en jornada con baja, en jornada con baja por tipo de lugar, en jornadas mortales y en jornada mortales por tipo de lugar de las personas asalariadas, datos de 2018 y 2019

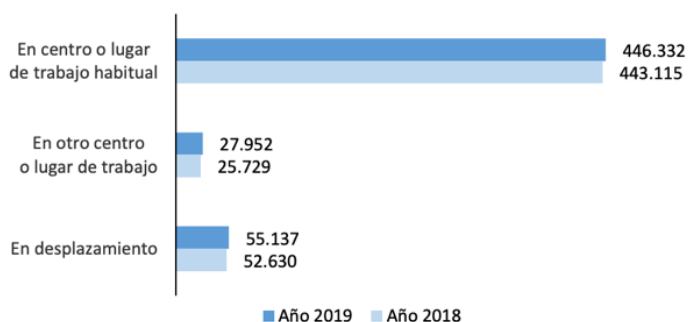
ASALARIADOS. Accidentes de trabajo EN JORNADA CON BAJA por sexo (Año 2019 vs Año 2018)



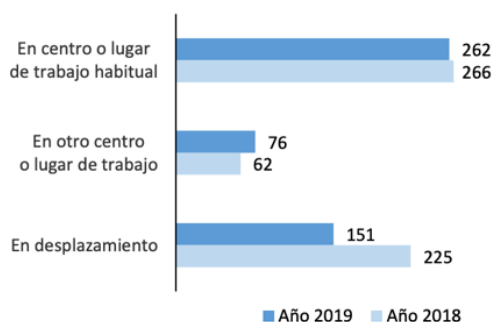
ASALARIADOS. Accidentes de trabajo EN JORNADA MORTALES por sexo (Año 2019 vs Año 2018)



ASALARIADOS. Accidentes de trabajo EN JORNADA CON BAJA por tipo de lugar (Año 2019 vs Año 2018)



ASALARIADOS. Accidentes de trabajo EN JORNADA MORTALES por tipo de lugar (Año 2019 vs Año 2018)



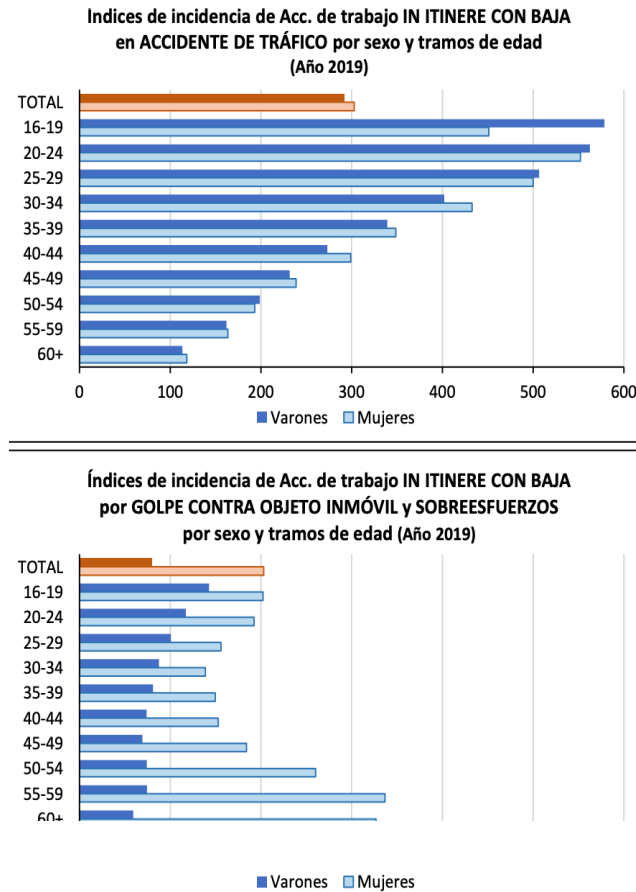
Fuente: Estadística de accidentes de trabajo. Índices de incidencia, ATR-2019, Ministerio de Trabajo y Economía Social, página 17. Disponible en https://www.mites.gob.es/estadisticas/eat/eat19/Resumen_resultados_ATR_2019.pdf

Aunque en los datos absolutos las mujeres representan el 28% de los accidentes con baja y mortales, considerando específicamente los accidentes con baja *in itinere*, por sexo y tramos de edad ocurridos en accidente de tráfico (63% de los accidentes con baja *in itinere*), se deduce que **las mujeres se ven más afectadas**. Las diferencias entre ambos sexos no son muy destacadas, excepto para el tramo de 16-19 años, donde se registran más varones **y desde los 30 años en adelante, donde predominan las mujeres**. La incidencia de este tipo de accidentes decrece a medida que aumenta la edad. Los accidentes cuya forma-contacto es un golpe contra objeto inmóvil (con o sin caída) o sobreesfuerzo representan el 29% del total de accidentes con baja *in itinere*. **Para estos tipos de accidentes se pueden observar diferencias importantes según sexo en todas las edades, especialmente en las más avanzadas, con una elevada incidencia en las mujeres.**

Como se aprecia en el gráfico siguiente, las actividades dentro de los hogares, realizadas por las personas trabajadoras domésticas, mayoritariamente mujeres, son las que más días de baja conllevan (un 43% tiene bajas de un mes). Esto sería un dato indicativo, porque este sector es uno de los que tiene más trabajo informal, generalmente a cargo de mujeres inmigrantes, muchas de ellas sin documentación en regla.

Gráfico 4.

Índices de incidencia de Accidentes de trabajo IN ITINERE CON BAJA en ACCIDENTE DE TRÁFICO por sexo y tramos de edad (Año 2019) e Índices de incidencia de Accidentes de trabajo IN ITINERE CON BAJA por GOLPE CONTRA OBJETO INMÓVIL y SOBRESFUERZOS por sexo y tramos de edad (Año 2019)



Fuente: Estadística de accidentes de trabajo. Índices de incidencia, ATR-2019, Ministerio de Trabajo y Economía Social, página 10. Disponible en https://www.mites.gob.es/estadisticas/eat/eat19/Resumen_resultados_ATR_2019.pdf

Otras estadísticas, como la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (58029), han dejado de realizarse en 2010, a pesar de su potencial informativo sobre la salud de las relaciones laborales.⁷⁶ La Encuesta de Empleo del Tiempo (30447) dirigida a personas que residen en hogar familiar también está discontinuada desde 2009-2010, lo cual indique tal vez una decisión de no visibilizar los procesos de reparto del tiempo entre actividades remuneradas y no remuneradas, así como "la distribución de las responsabilidades familiares del hogar, la participación de la población en actividades culturales y de ocio, el empleo del tiempo de grupos sociales especiales (jóvenes, personas desempleadas, ancianas, etc.) con el fin de que se puedan formular políticas familiares y de igualdad de género y estimar las cuentas satélites del sector hogares".⁷⁷

76: <http://www.mites.gob.es/estadisticas/ecvt/welcome.htm>

77: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176815&menu=resultados&idp=1254735976608#!tabs-1254736194826

MUJERES CUIDADORAS

En España, el 95% de los cuidados no profesionales a hijos/as, personas mayores y con discapacidad o dependencia están realizados mayoritariamente por mujeres entre 16 y 64 años.⁷⁸ Dedican un total de 1.800 millones de horas al año a este trabajo. A nivel económico, esto tiene implicaciones, porque de ser un trabajo remunerado ascendería a los 7.812 millones de euros anuales, lo que supone el 0,7% del PIB.

Esta desigualdad en los roles de cuidados también tiene consecuencias directas sobre la salud. En general, se observa una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y estrés entre las mujeres, llegando a ser incapacitantes en algunos casos. En el informe elaborado por ClosinGap aseguran que existen diversos estudios que certifican que más que por razones biológicas, estas diferencias en la propensión a las enfermedades mentales se dan como consecuencia de factores sociales, como las todavía existentes desigualdades de poder, la posición social, el hecho de que los cuidados sean una labor no remunerada o el añadido que supone compaginar el trabajo con los cuidados familiares correspondientes en cada caso.⁷⁹ Siguiendo un estudio de EuroCarers⁸⁰, el 47% de las cuidadoras no profesionales aseguran haber tenido síntomas relacionados con depresión, ansiedad y/o estrés, mientras que el 61% indican que sienten como su bienestar físico ha disminuido como consecuencia de la labor de cuidados que llevan a cabo. Entre los detonantes de estas enfermedades se encuentran varios motivos como la falta de sueño y de tiempo para asistir a la consulta del médico o realizar ejercicio, la tensión generada por la falta de ingresos o las preocupaciones derivadas de los efectos de esta labor en la carrera profesional.

Es interesante saber quiénes son **las mujeres que se ocupan de los cuidados remunerados y cuáles son condiciones específicas**. Las políticas de conciliación (del conflicto empleo remunerado/cuidados no remunerados) se han estado gestionando como facilitadoras de la empleabilidad femenina, por lo tanto, dirigida a las mujeres, encaminada a suavizar unas contradicciones que no cuestionan el valor y la centralidad de las actividades socialmente útiles y necesarias. Estas medidas no han contribuido a la vieja reivindicación feminista de considerar estas tareas como responsabilidades comunes y obligaciones del conjunto de la sociedad. Esto es así a pesar de que se percibe un cambio en el alcance de la división de género en el hogar y se producen nuevas negociaciones entre las parejas, al tiempo que están emergiendo "nuevos hogares" basados en vínculos comunitarios unidos por otras formas de parentesco y por las necesidades económicas. La retórica feminista y los discursos multiculturales influyen sobre el campo de las negociaciones, en particular, entre las parejas de clase media, dado que son las que generalmente mantienen una relación más estable con el ámbito productivo formal y formalizado. Las nuevas necesidades de cuidado (acentuadas por el envejecimiento de la población) y las dificultades de un contexto laboral (que prima la temporalidad y recorta los derechos), agravan las condiciones en las que se realiza la reproducción, por no hablar del tiempo para sí, para la sociabilidad y la acción social y política.

La función del "ama de casa" no desaparece, sino que se reconfigura. Muchas mujeres españolas ya no están dispuestas a adoptar ese papel. Es en este marco en el que surge la necesidad de una tercera persona que realice el trabajo doméstico de forma asalariada. Sale a la superficie una demanda que se correlaciona con una "nueva división global del trabajo" en el ámbito local, donde el reclutamiento de una "fuerza de trabajo a la baja" se pone a disposición de la franja de población compuesta por parejas de clase media. **Esta tercera mujer es cada vez más una mujer inmigrante**, sujeta a los nuevos regímenes de migración y frontera, donde no operan medidas de conciliación o equilibrio entre trabajo y

78: Informe Merck. Citado por Sebastián, Nieves (2019), "La brecha de género en salud y su coste de oportunidad", en Revista española de economía de la salud, Volumen 14, N° 2.

79: Por otra parte, si bien las mujeres están más expuestas a la depresión, en los hombres está más infradiagnosticada puesto que se muestran más reacios a manifestar los síntomas asociados a esta patología.

80: El estudio es parte de la iniciativa Embracing Carers, realizado por la compañía farmacéutica Merck con el apoyo de la asociación europea Eurocarers.

vida familiar/personal. Por el contrario, experimenta restricciones de la vida familiar como resultado de las políticas migratorias que limitan la reagrupación familiar. La construcción de esta tercera persona como "otra étnica", asentada en países como Reino Unido, pone en primer término las nuevas articulaciones de clase, "raza" y género que conforman el sustrato neocolonial de la nueva Europa. Así, a la tradicional infravaloración del trabajo doméstico y de cuidado –el no asalariado y, por extensión, el asalariado– se une la "brida" de la extranjería mediada, así mismo, por la etnicidad. Las negociaciones en torno al trabajo doméstico y de cuidado incluyen contratar a una empleada doméstica. Centrarse en la inmigración implica ubicar la cuestión de la desigualdad de género en el marco de los mecanismos globales de exclusión e inclusión en el mercado de trabajo. Dos aspectos se sitúan entonces en primer plano: la "crisis de los cuidados" en una sociedad de mercado (que restringe la socialización de la reproducción) y el reajuste de los hogares en un contexto de inmigración y control de fronteras.⁸¹

Con la crisis del COVID-19, el estudio de seroprevalencia confirma que el virus entiende de género y de precariedad, dado que las cuidadoras y las trabajadoras de limpieza, mayoritariamente inmigrantes, son las más afectadas. Junto al personal sanitario, las mujeres que se encargan de estos trabajos, altamente feminizados y precarizados, son las que más se han infectado desde el inicio de la pandemia, según la última oleada del estudio de seroprevalencia.

Otras cuidadoras, las de las residencias de personas mayores, constituyen un sector gravemente afectado por los contagios y por la precariedad que atraviesan este tipo de empleos, en muchos casos en constante y directo contacto con personas enfermas y que se han visto muy afectados por la falta de equipos de protección. Las cuidadoras están haciendo frente al coronavirus en uno de sus principales focos, y llevan años denunciando las condiciones en las que trabajan, la sobrecarga y los bajos salarios, que en la mayor parte de casos no sobrepasan los mil euros al mes.

El instituto de Salud Global de Barcelona describe las consecuencias de la presencia mayoritaria de mujeres en los cuidados, tanto informales como en el ámbito laboral: según un informe de la Organización Internacional del Trabajo "están mayoritariamente empleadas en un mercado laboral segregado, de peor calidad y más precario, lo que disminuye sus recursos para afrontar la crisis". Según sus cifras, las mujeres constituyen "más del 70%" de las trabajadoras del sistema sanitario y social.⁸²

La economista Carmen Castro explica cómo estas ocupaciones en condiciones de mayor precariedad y la segregación por género que existe en ellas "interactúa con la excesiva carga de trabajo que han tenido las mujeres en estos puestos, además de la poca previsión y el estado embrionario y debilitamiento en el que estaban los servicios públicos, entre ellos, el sociosanitario".⁸³

Cuidadoras paliativas

Los cuidados a miembros enfermos de la familia, incluyendo los cuidados paliativos han aumentado debido a la enorme incidencia del contagio de COVID-19. Las mujeres atendían mayoritariamente estas enfermedades en tiempos previos y han visto aumentada la demanda en el nuevo contexto, incluso cuando ellas mismas enfermaron. Esto es especialmente grave en el caso de los hogares monoparentales, mayoritariamente a cargo de mujeres, privados de las ayudas de abuelos y de otros

81: Malgesini, Graciela (Directora) (2004), **Hogares, cuidados y fronteras... HOMES, CARETAKING, FRONTIERS... HÄUSER, CARETAKING, GRENZEN**. Madrid, Cruz Roja-Comisión Europea, disponible en http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/SITE_CRE/ARBOL_CARPETAS/BB_QUE_HACEMOS/B6o_EMPLEO/INFORME%20HOGARES%2CCUIDADOS...PDF

82: Fernández-Luis, et al (2020), **¿Qué sabemos del impacto de género en la pandemia de la COVID-19?** IS Global, disponible en <https://www.isglobal.org/-/que-sabemos-del-impacto-de-genero-en-la-pandemia-de-la-covid-19->

83: Marta Borraz y Belén Remacha, "El estudio de seroprevalencia confirma que el coronavirus entiende de género y precariedad: cuidadoras y trabajadoras de limpieza son las más afectadas", 15 de diciembre de 2020, ELDiario.es, disponible en https://www.eldiario.es/sociedad/trabajadoras-empleos-cuidados-exponen-mayor-riesgo-contagio-coronavirus_1_6507672.html

familiares, así como de las redes de apoyo y de servicios prestados por entidades privadas y públicas. Antes de la pandemia, el Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa 2019⁸⁴ coloca a España en el puesto 31 de 51 países europeos analizados en cuanto a servicios específicos por habitante, al mismo nivel que Georgia, Rumanía, Letonia o República Checa o Moldavia.

En el caso de la pandemia, la responsabilidad de los cuidados paliativos que recaían en las mujeres ha cambiado en parte, porque un gran número de pacientes han fallecido sin los mismos y sin la cercanía de sus familiares. La prestación de cuidados paliativos durante la pandemia no ha sido homogénea en todo el territorio nacional, sino que ha habido diferencias en los equipos y unidades, según las comunidades autónomas. En las unidades libres de COVID los equipos pudieron continuar con su actividad habitual, aunque manteniendo las medidas de protección, pero no ocurrió así en otros hospitales. Además, ha habido casos en los que los profesionales de paliativos, como ha sucedido con otros médicos, han tenido que hacerse cargo de la atención a personas enfermas de COVID.

VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia física y psicológica de género y la violencia ejercida contra las mujeres y su impacto en la salud de las víctimas constituyen un obstáculo fundamental para la consecución de la igualdad de género y el ejercicio pleno por las mujeres de las libertades garantizadas por los principales derechos humanos.

Las mujeres y las niñas sometidas a la mutilación genital femenina están expuestas a graves efectos a corto y a largo plazo sobre su salud física, psicológica, sexual y reproductiva. Las personas intersexuales sujetas a mutilación genital también sufren consecuencias en su salud física, psicológica y sexual y reproductiva. Las personas trans todavía están expuestas a una esterilización forzada en los procedimientos de reconocimiento de género en 13 Estados miembros.

Las mujeres que han sufrido violencia de género padecen secuelas, muchas veces de por vida, en su salud física y mental. Según el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS⁸⁵, las repercusiones de la violencia de género sobre las mujeres pueden ser de diversa índole: consecuencias físicas (contusiones, fracturas, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, trastornos gastrointestinales, etc.), consecuencias psicológicas y conductuales (abuso de alcohol y drogas, depresión y ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y de culpa, fobias y trastorno de pánico, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicósomáticos, conducta suicida y autodestructiva, inseguridad en las relaciones posteriores, etc.), consecuencias sexuales y reproductivas (trastornos ginecológicos, infertilidad, complicaciones en el embarazo, abortos, disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, etc.) y consecuencias fatales (homicidio, suicidio, muerte a raíz de una enfermedad de transmisión sexual contraída, etc.).⁸⁶

En España, la violencia de género se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 1.1., define la violencia de género como aquella que, "como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus

84: EAPC (2020), **Atlas de Cuidados Paliativos en Europa 2019**, en: <https://www.bioeticaweb.com/eapc-atlas-de-cuidados-paliativos-en-europa-2019/>

85: Krug, Etienne; Dahlberg, Linda; Mercy, James (2003), "World Report on Violence & Health" en **Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud**, Vol. 22 Suppl.2 :327-36

86: **INFORME sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica** (2016/2096(INI)) A8-0380/2016 12.12.2016 Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Ponente: Beatriz Becerra Basterrechea, Parlamento Europeo.

cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia", y "comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

Un estudio pionero dirigido a las mujeres atendidas por el Servicio ATENPRO (Servicio Telefónico de Atención y Protección para Víctimas de la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad), a cargo de Cruz Roja Española, concluyó que estas mujeres tenían un riesgo de pobreza y exclusión social más elevado que el resto.⁸⁷

En la población general, los hogares que se encuentran en carencia material severa llegaban al 6,1%; esta incidencia se multiplica casi por 7 en los hogares de las mujeres atendidas, con un 42,9%. La mayor diferencia se registra en la capacidad de afrontar imprevistos de 600 euros (43,4 puntos porcentuales).

El 78,4% de los hogares de las mujeres atendidas estaban bajo el umbral de la pobreza. El 67,7% se encontraban en pobreza muy alta y el 52,8%, en pobreza extrema. La tasa para la población general ascendía al 22,1%; es decir, es tres veces inferior. Con respecto a la situación laboral, el 45,4% de los hogares de las mujeres atendidas estaba en desempleo o tenía una baja intensidad de empleo, el triple que en la población general (15,4%). De este modo, la tasa AROPE era del 84%, en tanto que la de la población general se situaba en el 28,6%. La tasa de pobreza infantil de los hijos e hijas de las mujeres atendidas era del 78,6%. La de la población infantil de España se situaba en el 28,8%. La tasa de trabajadoras pobres ascendía al 58,9%; en la población general, la tasa era del 14,8%.

Con respecto al estado de salud en el último año, el 13% de las mujeres atendidas tenía alguna discapacidad, mayoritariamente física. Esta situación y también el embarazo (que afectaba al 1%) conllevaban un mayor riesgo ante la violencia de género. La valoración de la propia salud era muy negativa, comparada con la de la población femenina general (Encuesta Nacional de Salud de España 2014). En relación con la salud física y psicológica, el 15,1% manifestaba padecer enfermedades graves. El 79,4% sufría dolores de espalda y articulaciones. El 78,6% indicaba ansiedad o angustia, el 73,1% padecía insomnio. El 70,1% sentía con frecuencia ganas de llorar. El 69,7% se entristecía porque creía que "no valía nada". Sólo el 32% se encontraba alegre siempre, o muchas veces. Un 59,7% consumía fármacos, la mayoría antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos y somníferos. El 44,9% estaba en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Entre un 20% y un 30% no siguen revisiones bucodentales y ginecológicas.

Prostitución

La opinión pública y las políticas se dividen entre la consideración de la prostitución como una actividad laboral o profesional o la consideración como una violación de derechos humanos y de violencia de género contra las mujeres que ejercen la prostitución. Dentro de la Unión Europea, estas posturas encontradas son las "regulacionistas" y las "abolicionistas": las primeras han dado lugar a políticas que van en línea con el reconocimiento de la actividad económica (Países Bajos, Austria, Alemania, Bélgica entre otros); las segundas se centran en abolir la práctica, persiguiendo tanto a clientes como a prostitutas, como a clientes específicamente (el caso de Suecia y los países nórdicos).⁸⁸ La polémica por la creación de un sindicato de trabajadoras sexuales con su correspondiente inscripción en el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social ha llevado al Gobierno a anunciar que anulará su

87: Malgesini, Graciela, Romero, Rosario y Grané, Aurea (2017), **Las mujeres víctimas de violencia de género, atendidas en el servicio ATENPRO**. Boletín Sobre Vulnerabilidad Social N° 14, julio, disponible en <http://www.plataformatercersector.es/sites/default/files/20170912%20BOLETIN%2014%20ATENPRO%20Cruz%20Roja.pdf>

88: En la mayoría, sin embargo, está prohibido y penado el proxenetismo. Más información en Schulze, Erika et al (2014), **Sexual exploitation and prostitution and its impact on gender equality**. European Parliament, Directorate general for internal policies, Policy Department C: Citizens' rights and constitutional affairs, Gender Equality. Disponible en [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/JOIN/2014/493040/IPOL-FEMM_ET\(2014\)493040_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/JOIN/2014/493040/IPOL-FEMM_ET(2014)493040_EN.pdf)

registro tras reconocer que su postura frente a la prostitución es abolicionista.⁸⁹ En España, la prostitución ocupa un espacio de "alegalidad", es decir no es una actividad penalizada, pero tampoco tiene un estatus legal para su ejercicio, aunque el proxenetismo está penado por la ley.⁹⁰ Sin embargo, en 2017 en todo el país sólo se abrieron 103 causas judiciales por ese motivo, de acuerdo con la Fiscalía General del Estado.⁹¹ El tráfico de mujeres está asociado al consumo de prostitución, tal como se ha verificado en la Coalición contra la Trata de Mujeres y la Comisión para la Investigación de los Malos Tratos a Mujeres, celebrada en Madrid en 2019.⁹²

Esta actividad es realizada principalmente por mujeres migrantes extranjeras, en diferentes contextos y escenarios de prostitución, donde transcurren sus vidas, bajo deficientes condiciones habitacionales y con dificultad de acceso a servicios de salud y sociales.

Las condiciones de desigualdad social y las dificultades que comporta la condición de ser inmigrante influyen directamente en el autocuidado y disponibilidad de métodos anticonceptivos, que previenen un embarazo no deseado. El método más popular, más utilizado por las trabajadoras sexuales es el preservativo masculino. En su relación cuerpo-anticoncepción, influye en gran medida el sistema de valores religiosos de la mujer, su concepción de la maternidad, su conciencia de autocuidado de posibles infecciones y embarazos no deseados. Por otra parte, la herencia cultural y creencias en salud son diferentes en cada grupo étnico y en cada miembro que lo forma, con respecto a la enfermedad y la salud. Las ONG destacan principalmente el sufrimiento psicológico que vivencian por su condición de mujeres migrantes extranjeras. Las situaciones que les genera más estrés psicológico a las mujeres inmigrantes son la irregularidad de su situación y el largo proceso para adquirir residencia y trabajo. El estigma y la exclusión social del que son objeto y la soledad y el encontrarse lejos de la familia.⁹³

Las mujeres extranjeras que se dedican a la prostitución deben enfrentarse a una actividad altamente estigmatizada por la sociedad. Por su condición de "Mujer, Migrante y Prostituta", se enfrenta a una triple discriminación. Como indica la doctora Carme Valls-Llobet, "El hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria en el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades, o que sus síntomas sean confundidos, minimizados o no bien diagnosticados y que sus quejas sean frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicósomática, hace replantear las bases en que se ha apoyado la ciencia para reconocer los problemas de salud de hombres y de mujeres".⁹⁴

89: RTVE, "La prostitución en España, una actividad no regulada pero sí castigada en caso de proxenetismo y trata", 30 de agosto de 2018, disponible en <http://www.rtve.es/noticias/20180830/prostitucion-espana-actividad-no-regulada-pero-si-castigada-caso-proxenetismo-trata/1788540.shtml>

90: El Código Penal español castiga con penas de prisión la trata y el proxenetismo mientras que la Ley de Seguridad Ciudadana persigue desde 2015 al cliente en el caso de que pague por servicios sexuales "en zonas de tránsito público" donde pueda haber menores, como parques y colegios, o cuando haya "un riesgo para la seguridad vial".

91: Irene Hernández Velasco: "España, tercer país del mundo en demanda de prostitución", **El Mundo**, 4 de febrero de 2019, disponible en <https://www.elmundo.es/espana/2019/02/04/5c588ed421efa079228b45a5.html>

92: Ver <https://malostratos.org/congreso-mundial-la-trata-y-explotacion-sexual/>

93: Ríos Marín, Alexandra María (2014), "Migración, Género y Salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución.", en **Revista de Psicología**, Volumen 6, N° 1, disponible en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v6n1/v6n1a02.pdf>

94: Valls-Llobet, Carmen (2011). **Mujeres Salud y Poder. Feminismos**. Madrid: Ediciones Cátedra, página 22.

LA CRISIS DEL CORONAVIRUS⁹⁵

Desde la perspectiva del impacto de la pandemia en la desigualdad de género y sus repercusiones en la salud bio-psico-social de las mujeres, se deben señalar las siguientes diez consecuencias negativas.⁹⁶

1. **Los altos niveles de contagios y mortalidad por la enfermedad en ciertos perfiles de mujeres más proclives a una evolución negativa de la infección vírica debido al hecho de que sus sistemas inmunes están deprimidos o padecen dolencias previas, tales como mujeres ancianas y/o aquellas con una salud deteriorada o una minusvalía.** A pesar del hecho de que los hombres han muerto en mayor número que las mujeres, existen determinados perfiles de personas fallecidas, como los ancianos en residencias, que son mayoritariamente mujeres.
2. **Los altos niveles de contagios y mortalidad debido a una exposición prolongada al virus y la falta (o deficiencia) de material de protección, especialmente en los dos primeros meses de la pandemia.** El 76% del personal médico en España está conformado por mujeres (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, celadores, etc.). Estos niveles diferenciales se debieron al hecho de su alto nivel de exposición y proximidad al público con necesidades sanitarias, incluyendo personas infectadas, sin contar con el equipo adecuado para evitar el contagio. También se vieron afectadas aquellas empleadas en tareas domésticas y de cuidados personalizados, debido a la proximidad con las personas a las que atendían, así como agricultores, barrenderos, reponedores y empleados de otros servicios esenciales.
3. **Problemas en los cuidados del embarazo, seguimientos, parto y puerperio, debidos a la clausura de los centros de salud o a la menor disponibilidad de recursos sanitarios, todos ellos factores que afectan específicamente a las mujeres.** Estas cuestiones menos obvias en el contexto de la pandemia tendrán probablemente un impacto a largo plazo acentuando las desigualdades de género en materia de salud que las mujeres ya experimentan actualmente.⁹⁷
4. **El impacto negativo de medidas relativas a la restricción de movimientos, confinamiento y la reconversión de la actividad educativa y económica con respecto a la sobrecarga de trabajo en el hogar.** Antes de la pandemia, los datos del INE indicaban que el 91,9% de las mujeres mayores de 10 años realizaban quehaceres domésticos y estaban al cuidado de niños, ancianos y personas dependientes durante una media de 4 horas y 29 minutos al día, en comparación con un 74,7% de hombres que dedicaban una media de 2 horas y 32 minutos. Las mujeres fueron las que mayoritariamente se adhirieron a excedencias laborales para cuidar a familiares. Con la crisis del COVID-19, este proceso de ocupar a las mujeres con este tipo de cargas no ha hecho más que empeorar. Las mujeres continúan ocupándose de la mayor parte de las tareas domésticas y ocuparse de los cuidados de personas dependientes, tanto de manera remunerada como no remunerada, asumiendo de este modo también una gran carga mental asociada a ello.
5. **La crisis de los hogares monoparentales, sin un apoyo económico y social sólidos. La pandemia ha provocado una crisis diferencial de conciliación en hogares monoparentales, mayormente encabezados por mujeres, cuando carecen o no pueden contar con ayuda adicional.** En media, el 53,5% de estas familias se encuentran en riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE), llegando al 61,9% en Andalucía, por ejemplo, según la última Encuesta de condiciones de vida del INE, publicado el 27 de junio de 2020, con los datos de ingresos de 2018. En otras palabras, este alarmante panorama no refleja la realidad generada por el COVID-19. El 81,1% de estos 1.887.5000 hogares monoparentales están encabezados por una mujer, lo cual quiere decir que se trata de un tipo de hogar altamente feminizado, empobrecido y por lo tanto vulnerable. Las madres con hogares monoparentales tienen muchas más dificultades a la hora de conciliar y acceder al mer-

95: <https://gacetamedica.com/investigacion/afecta-por-igual-el-covid-19-a-hombres-y-mujeres/>

96: Análisis publicado inicialmente en: Malgesini, Graciela (2020), **Poverty Watch Spain 2020**. EAPN. Disponible en <https://www.eapn.es/publicaciones/407/poverty-watch-2020>

97: Instituto de la Mujer (2020), **La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la covid-19**. Madrid. Nipo 049-20-024-8.

cado laboral, lo que las lleva a acabar con salarios mucho más bajos que los hombres y estar mucho más expuestas a la pobreza. El 87% vio empeorar su situación personal debido a su situación laboral y el 27% aseguraba, ya desde ese primer momento, no poder hacer frente a los gastos de alimentación. Las tasas de estrés y fatiga mental de las madres se dispararon, con las consecuencias psico afectivas que esto tiene en los y las menores a medio y largo plazo.⁹⁸ En las familias nucleares (ambos progenitores y descendencia) que no tienen redes que los apoye o los recursos financieros para contratar ayuda, las mujeres tienden a extender sus cuidados, quedándose en casa, lo cual tiene repercusiones en sus trabajos y en su economía.

6. **El aumento del riesgo de violencia de género debido a las condiciones de confinamiento.** En el contexto de las medidas de confinamiento, se ha producido un aumento de la violencia de género debido a la mayor cantidad de tiempo que las víctimas y agresores pasan juntos, un mayor control ejercido sobre la víctima, una mayor dificultad para conseguir ayuda externa, más ataques invisibles y una mayor dificultad para acudir a los centros asistenciales, lo que ha llevado a una creciente necesidad de reforzar las medidas de protección.
7. **Aumento de la desigualdad de género en el trabajo y en los salarios y una mayor inactividad económica.** La actual crisis económica, laboral y reproductiva coloca a las mujeres en una peor situación para afrontar un periodo de crisis, especialmente a las mujeres jóvenes, con bajas cualificaciones y migrantes que se enfrentan a un aumento de la inactividad económica, brechas en el empleo, bajos salarios y la pobreza activa. Además, algunos de los sectores más afectados, como el comercio, el turismo y el sector hotelero están muy feminizados. La tasa de empleo a tiempo parcial entre los hombres es del 7% mientras que entre mujeres alcanza el 23,9%, es decir, cuatro veces mayor. El alto nivel de precariedad se completa con trabajos permanentes discontinuos y en sectores donde el salario se percibe en función de las horas trabajadas, como es el caso de 700.000 trabajadoras domésticas. Si no hay trabajo, no hay sueldo. Hasta que toda la ayuda externa necesaria se materialice, se generará toda una cascada de consecuencias negativas en las rentas familiares.
8. **Un mayor riesgo de empobrecimiento y exclusión social de las mujeres.** Antes de la pandemia, las mujeres tenían un mayor riesgo de pobreza en todos los países europeos. En España, 4.250.510 mujeres y 4.133.898 hombres están en riesgo de pobreza y exclusión social (ARPE) en 2019. La mayor feminización de la pobreza, el incremento de la privación material severa y la exclusión residencial están causando grandes dificultades a la hora de mantener la residencia habitual de las familias, especialmente aquellas encabezadas por mujeres. La crisis generada por la pandemia puede provocar un retroceso en la desigualdad de género como ya sucedió durante la crisis de 2008 y por tanto se deben tomar las adecuadas medidas preventivas para evitarlo y compensar los aspectos descritos anteriormente.
9. **Algunos grupos de mujeres se enfrentan a la desigualdad interseccional, por razón de su sexualidad, género, clase social, raza, etnia y capacidad física.** Las mujeres que ejercen la prostitución, por ejemplo, se han visto particularmente afectadas por la pandemia. No solo tienen mayor riesgo por estar en contacto directo con los compradores de sexo, existe también una falta de apoyo y medidas de protección específicas. Las mujeres extranjeras (y hombres) viviendo en centros de inmigrantes y refugiados son especialmente vulnerables al COVID-19 y otras enfermedades como resultado de las condiciones de hacinamiento, deficiencias en el saneamiento y la falta de acceso a unos cuidados sanitarios decentes. Mantener la distancia social y el lavado de manos frecuente es sencillamente imposible. Las mujeres migrantes tienen muchas dificultades para acceder al sistema de salud, como el idioma, las restricciones de acceso dependiendo de la situación de su residencia, o el desconocimiento de los servicios disponibles. Ha habido muchas quejas sobre explotación de mujeres migrantes que trabajaban como cuidadoras durante el periodo de confinamiento, en muchos casos trabajando sin contrato para las familias que las contrataron. Personas con discapacidad y diversidad funcional, la mayoría de ellas mujeres, no han podido

98: Durante el estado de alarma de la pandemia, meses de marzo y abril de 2020, la Federación de Asociaciones de Hogares Monoparentales FAMS realizó una encuesta en la que participaron 545 personas, el 99% de ellas mujeres y el 92% españolas, con edades comprendidas entre 30 y 50 años. El (72%) son madres de un solo hijo/a, el 24% tienen dos y el resto (4%), más de tres hijos/as. FAMS (2020), **Impacto de la crisis Covid-19 en las familias Monomarentales (I)**, disponible en <http://familiasmonomarentales.es/wp-content/uploads/2020/04/Monomarentales-I-Impacto-del-Estado-de-Alarma1.pdf>

mantener las medidas recomendadas de distanciamiento social. Dependen de la ayuda de otros para comer, vestirse o ducharse, convirtiendo en imposible el mantenimiento de la distancia social. Cuando se trata de violencia de género, las mujeres con discapacidad son más vulnerables.⁹⁹ Generalmente son incapaces de acudir físicamente a los centros asistenciales, así que permanecen con los agresores. Las mujeres de etnia gitana se enfrentan a condiciones de vida más precarias que los hombres: en la UE el 30% de los hogares de etnia gitana no tienen acceso a agua corriente. Sin agua corriente en el hogar, resulta muy difícil lavarse las manos con frecuencia, hábito que es una de las maneras de prevenir la propagación del COVID-19. A estas circunstancias hay que sumar una mayor pobreza, niveles educativos que impiden que puedan ayudar a sus hijos con la teleeducación y costumbres patriarcales que hacen que las mujeres de etnia gitana sufran mayores niveles de vulnerabilidad que otras mujeres en esta crisis.¹⁰⁰

10. **Un mayor deterioro de la salud mental entre las mujeres. Según la Encuesta Nacional de Salud de España de 2017, las mujeres ya doblaban las tasas de depresión y ansiedad crónica de los hombres.** Desde que comenzó la pandemia, las mujeres han sufrido problemas de salud mental. Un estudio realizado por la Universidad del País Vasco y otras cinco instituciones (las universidades de Barcelona, Murcia, Elche, Granada y la Universidad Nacional de Educación a Distancia-UNED), basado en entrevistas realizadas a 6.000 adultos (mayores de 18 años), el 44% de las mujeres encuestadas detectaron una mayor incidencia de ataques de pánico y ansiedad, en comparación con un 25% de los hombres.¹⁰¹ Hay 61 millones de mujeres y 47 millones de hombres con minusvalías en la UE (EUROSTAT). En España hay 3.528.221 personas con algún tipo de minusvalía, lo que representa una tasa global de prevalencia del 9% (INE). El estudio indica que las mujeres encuestadas han tenido más problemas para desconectar de las preocupaciones (37% frente a 26%). Además, han notado que la ansiedad y los ataques de angustia (44% de mujeres frente a un 25% de hombres) y los estados depresivos (48% frente a 36%) han aumentado. Las mujeres también experimentaron mayores sentimientos de culpa, cambios de humor y problemas de insomnio. El 59% de las mujeres entrevistadas han tenido problemas para dormir durante el confinamiento, comparado con un 46% de hombres. Un aspecto que resalta del estudio tiene que ver con el hecho de que, durante este período, el consumo de tabaco, de hipnosedantes y otras drogas psicoactivas ha aumentado más entre mujeres que entre hombres. En otro estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid y la compañía de servicios sociales Grupo 5, los efectos del estado de alarma y el confinamiento fueron analizados. La primera parte del estudio se realizó en el período comprendido entre el 21 y el 29 de marzo y la segunda entre el 13 y el 27 de abril. El estudio muestra que, comparando los dos períodos, los problemas de depresión aumentaron durante el segundo. Mientras que, en el primer período, el grupo social que más sufrió los efectos fueron los jóvenes, durante el segundo, observaron que la depresión, ansiedad y estrés postraumático prevalecieron entre las mujeres «probablemente» debido a que las mujeres soportaron unas cargas mayores derivadas de combinar el teletrabajo con el cuidado de los niños y otros roles de género.¹⁰²

99: El 100 % de las mujeres entrevistadas han considerado empeorado su estado emocional, al menos un poco, debido a la situación derivada de la COVID-19. Según el 64 %, la situación derivada de la COVID-19 ha tenido un impacto negativo en su estado emocional y psicológico, siendo la consecuencia negativa percibida con mayor frecuencia, manifestando los siguientes síntomas o estados emocionales: apatía, estrés, ansiedad, desesperanza, tristeza, abatimiento, cansancio, irritabilidad, nerviosismo, desmotivación, insomnio y otros problemas del sueño, aumento del apetito, aislamiento y sentimiento de soledad, miedo al contagio que deriva en obsesión y angustia. COCEMFE (2020). **Informe resumen de detección de necesidades de las mujeres con discapacidad. impacto de la COVID-19.** Disponible en <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2020/09/informe-deteccion-necesidades-mujeres-discapacidad-covid-19.pdf>

100: Fundación Secretariado General Gitano (2020). **Impacto de la crisis del COVID-19 sobre la Población Gitana.** En https://eapn.es/covid19/ARCHIVO/documentos/noticias/1587475880_1587475196_encuesta-participantes-fsg.pdf

101: Balluerla Lasa, Nekane y equipo (2020). **Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento.** En https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

102: «Pantallas, deberes y madrugones: así es la conciliación real para las mujeres durante el confinamiento», **Women NOW**, 21 mayo de 2020, en <https://www.womennow.es/es/noticia/estudio-conciliacion-teletrabajo-mujeres-durante-el-confinamiento/>

7

SALUD MENTAL

Los estudios sociosanitarios sugieren que las mujeres son más propensas que los hombres a experimentar **ansiedad y depresión** y molestias somáticas o síntomas físicos que no siempre pueden explicarse médicamente. Sin embargo, en ocasiones, esta falta de explicación es producto de una falta de perspectiva integral de la salud, como explica en su libro Carmen Valls-Llobet.¹⁰³

En el apartado ¿Existen enfermedades o carencias biológicas que pueden producir ansiedad? la endocrinóloga indica que la ansiedad se puede presentar en casos de hipoglucemias, en arritmias o enfermedades cardíacas, o en casos de insuficiencia de algunas glándulas hormonales. Por ello, reflexiona, antes de aceptar que la ansiedad es solo de origen psicológico, considera que se debería realizar una exploración médica completa para descartar otras etiologías. La más frecuente disfunción es la que se relaciona con el síndrome premenstrual, provocado por un exceso de estrógenos absoluto o relativo, cuando existe una diferencia de progesterona, en la segunda fase del ciclo menstrual. La segunda más frecuente de ansiedad de origen biológico son las anemias o las carencias de hierro. El estrés físico y mental relacionado con condiciones de trabajo y de vida puede provocar consecuencias, como insomnio nocturno o sueño con intermitencias e incremento de ansiedad matutina, además de otros síntomas como dolor en la zona del trapecio, taquicardias, dolor abdominal o colon irritable y contracciones musculares involuntarias. El exceso de hormonas tiroideas, como ocurre en el hipertiroidismo, incrementa también los niveles de adrenalina y noradrenalina y produce un estado de ansiedad (que es difícil reducir con ansiolíticos si no se trata la enfermedad de base). Los mismos síntomas pueden ser producidos por la deficiencia de tiroides, incluso con niveles que no modifican las hormonas circulantes, sino tan sólo la hormona estimulante TSH que proviene del cerebro.

Según la endocrinóloga, "toda depresión o ansiedad que requiera la utilización de psicofármacos se podría catalogar de biológica, ya que el tratamiento se basa en la posibilidad de bloquear de alguna forma la recaptación o la cantidad disponible de algunos neurotransmisores." A su vez explica que, "cuanto más se conocen los procesos bioquímicos de la depresión mayor, de la depresión bipolar o de los ataques de pánico, más medicamentos denominados psicofármaco se introducen en el mercado para interferir en el proceso de formación y recaptación de estos neurotransmisores. Pero estos psicofármacos se administran sin que se conozca si la paciente presenta algún otro tipo de enfermedad, disfunción o carencia, por lo que resultan ineficaces para mejorar la depresión. De este modo, "La separación cuerpo-mente ha llegado a tal punto que incluso los profesionales de la medicina

103: Valls-Llobet, Carme (2020), **Mujeres invisibles para la medicina**. Madrid, Capitán Swing.

creen que una determinada pastilla puede servir para levantar la moral o relajarla la ansiedad, independientemente de si su cuerpo padece algún trastorno o carencia, como si en realidad un determinado tipo de funcionamiento cerebral pudiera cambiar la conducta, las sensaciones o los sentimientos, en completa separación del funcionamiento del cuerpo."

Con respecto a la depresión, la autora indica que el hipotiroidismo es una de las causas más frecuentes de depresión. Los estados de depresión también se pueden relacionar con situaciones de dolor crónico severo, cuando éste no se puede tratar de forma correcta, o en los Estados de sensibilidad química múltiple. Otra causa es la alteración de la glándula paratiroides. Las anemias crónicas y congénitas que se asocian a estados autoinmunes se acompañan también a Estados depresivos e incluso se ha escrito un incremento de intentos de suicidio en estas pacientes.¹⁰⁴

Además de la edad, la salud física y la discapacidad, las condiciones sociales (género, organización social, redes de apoyo, pobreza, escasez de recursos o exclusión social, situación de pareja y de hogar, situación laboral, entre otros.) pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes. Las situaciones sociales pueden provocar altos niveles de estrés que, a su vez, afectan a la salud, a la calidad de vida y la longevidad. Las influencias sociales sobre la salud no se limitan al influjo de variables como el sexo, la edad, el nivel de ingresos, etc., sino que incluyen los determinantes sociales de la salud (consumo de tabaco, drogas, alcohol, actividad física, dieta, hábitos de riesgo). Estas variables pueden estar afectadas por el estrés social (por ejemplo, el nivel elevado de estrés laboral puede incrementar la práctica de hábitos no saludables como fumar y abusar del alcohol, o reducir la práctica de hábitos saludables como la frecuencia de ejercicio físico, etc.), lo cual sugiere que el estrés social no sólo puede inducir efectos directos sobre la salud, sino también efectos indirectos a través de la modificación de los estilos de vida.¹⁰⁵

Salud mental y desigualdad de género

La ansiedad o la depresión pueden estar encubriendo situaciones de violencia, malas condiciones de trabajo, vidas sobrecargadas de tareas de cuidado, pobreza y frustración, que terminan silenciando y restando autonomía a la mujer: "Desde pequeñas se las educa para no quejarse y para no expresar nunca con rabia sus sentimientos. "La agresividad no es femenina", por lo que aprenden a guardarse la rabia en su interior. **La sumisión frente a la expresión valiente de los agravios es la primera causa de depresión.** Aquí podemos encontrar la primera causa de la mayoría de los síntomas depresivos entre las mujeres, que históricamente han permanecido calladas. Al callarlas aún más intensamente con sedantes y ansiolíticos, la medicina colabora consciente o inconscientemente a través del amordazamiento bioquímico, con la limitación de su libertad".¹⁰⁶

Desde la medicina del siglo XIX, pasando por Freud hasta la actualidad, una parte de la medicina insiste en **hacer creer a las mujeres que el problema lo tienen ellas y sólo está en su cabeza**: "En el terreno de la salud mental, donde las relaciones de poder y las normas de la sociedad, dominada por el poder masculino, son mucho más distorsionadoras, la invisibilidad de las mujeres y de sus factores de riesgo se ha convertido en la norma. Cualquiera de sus manifestaciones se considera como «histeria» antes de ser explorada o analizada. Hace treinta años, cualquier sintomatología poco precisa, como el cansancio o el malestar, era diagnosticada como «neurastenia», y actualmente el diagnóstico más frecuente es el de depresión o el de ansiedad". Los estereotipos son "una agresión constante y ha permitido una 'no ciencia'. Todo lo que le pasa a la mujer es ansiedad o depresión". A ello se añe-

104: Valls-Llobet, Carmen (2020), Loc. Cit. Parte I "Las agresiones a la salud de las mujeres", páginas 48 a 52.

105: Sandín, Bonifacio (2003), "El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales", en Revista Internacional de **Psicología Clínica y de la Salud**, Volumen 3, Nº 1, disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>

106: Valls-Llobet, Carmen (2020), Loc. Cit. páginas 26 y 27.

de "la mirada dependiente de los otros", una presión constante sobre el cuerpo y la vida de las mujeres, sobre lo que se espera de ellas. "Tenemos que ser perfectas", en fondo y forma". La doctora Valls señala el aumento de cirugías estéticas o los trastornos alimentarios para explicar este ideal de perfección impuesto por el rol de género.

La pobreza y la vulnerabilidad social se suman a las barreras de género. A mayor pobreza, menos recursos de escape: hacer la comida, lavar, cuidar... La pobreza dificulta la posibilidad de obtener ayuda e incluso de acercarse a pedirla. Se generalizan conductas de "aguantar", de normalizar el dolor y el malestar, para "no defraudar", cuya contrapartida es el orgullo por "sacar a la familia adelante" aun a costa de la propia vida, que conllevan procesos de deterioro grave de la salud.¹⁰⁷

Medicalización de la desigualdad

En 1991, la psicóloga Mabel Burín¹⁰⁸ publicó un libro que se convertiría en un clásico de los estudios sobre salud y género: "El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada." En España, cuando las mujeres con problemas acuden a la atención primaria y refieren sensaciones de angustia, ahogo, ansiedad o depresión, son medicadas directamente con tratamientos con sustancias psicoactivas, especialmente hipnosedantes, con el mínimo diagnóstico.¹⁰⁹

Los sedantes hipnóticos y ansiolíticos son un grupo de fármacos que tienen una acción depresora sobre el sistema nervioso central y deprimen su actividad de modo que provocan sedación somnolencia y sueño dependiendo de la dosis administrada. Su forma de presentación es en tabletas o capsulas de diferentes tamaños y colores y su uso más común es la vía oral, también se presenta en compuestos para ser aplicados por vía intravenosa. Las Benzodiacepinas tienen más de 50 años de presencia y suelen prescribirse de forma habitual a personas que presentan síntomas de estrés, tristeza o enfermedades físicas leves, son indicadas para el alivio de la ansiedad intensa. No se aconseja su administración de forma prolongada porque puede aumentar la probabilidad de dependencia, sobre todo en personas con antecedentes que presenten un perfil de abuso de alcohol, de drogas y de fármacos, así como en personas con trastornos de la personalidad.¹¹⁰

Según un artículo publicado recientemente en Gaceta Sanitaria, se explica que: "Este fenómeno tiene profundas raíces sociales, entre las que destacan la disminución del umbral de tolerancia al malestar, el aumento de la morbilidad y el envejecimiento, y los condicionantes socioeconómicos. **El mayor consumo se observa en las mujeres mayores de 65 años y en el medio urbano**, y son los/las médicos/as de familia quienes principalmente las prescriben. Otros factores que favore-

107: En 1992, la psicóloga Mabel Burín agrupó en dos conjuntos ideológicos aquellos factores que explican los problemas de salud mental de las mujeres, el modelo psicopatológico y el modelo emotivo-sensible. El primero plantea que las mujeres tienen una determinación superior de la biología que las convierte en "un poco locas" y así privilegia como explicación algunos eventos como son: los trastornos hormonales, la fiebre uterina, la depresión posparto, los trastornos de la menopausia, entendiéndolos fuera de un contexto histórico-social. El segundo modelo se centra en la necesidad de lograr el equilibrio emocional de las mujeres a partir de la armonización de los afectos de ellas y de los que las rodean, "su fundamentación consiste en la acción de armonizar los problemas de la vida afectiva que ponen en tensión las relaciones familiares y domésticas, así como en la actitud de cuidados y preservación de las necesidades emocionales de cada uno de los miembros de su familia". Burin, Mabel (1992). "Nuevas perspectivas en salud mental de mujeres" en Fernández, Ana María (compiladora), **Las Mujeres en la Imaginación Colectiva: una Historia de Discriminación y Resistencias**. Buenos Aires, Paidós, pp. 314-330.

108: Burin, Mabel (1991), **El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada**. Buenos Aires, Editorial Paidós.

109: Molina Sánchez, Carlos y Cantos-Vicent, Raquel (2018) **Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género**. Fundación Atenea, disponible en <https://fundacionatenea.org/OLD/wp-content/uploads/2019/07/Informe-PNsD-2018.-Consumo-de-hipnosedantes.-Análisis-historico-desde-la-PG-2.pdf>

110: Zaragoza Vargas, Gloria (2018). **Uso y abuso de Benzodiacepinas**. Trabajo de Fin de Grado. Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid, disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/GLORIA%20ZARAGOZA%20VAR-GAS.pdf>

cen este alto consumo son la resistencia de los/las pacientes a cesar el tratamiento, la percepción de ausencia de alternativas terapéuticas por parte del/de la médico/a, la falta de tiempo en la consulta y las dificultades para manejar la retirada. Paradójicamente, los/las pacientes perciben que los/las médicos prescriben benzodicepinas con demasiada facilidad, mientras que estos/as creen que la principal razón para continuar prescribiéndolas es la demanda de los/las pacientes."¹¹¹

En España, la sanidad pública apenas cubre los servicios de salud mental más básicos, con listas de espera para acudir al profesional especialista y citas muy prolongadas entre sí (cuando se deberían mantener sesiones semanales), especialmente en casos graves o situaciones agudas. El diagnóstico tiende a ser rápido y superficial, por la acumulación de pacientes y los escasos recursos dedicados. Si una persona padece problemas de salud mental, lo más probable es que termine **pagando un tratamiento en la sanidad privada**. Aunque hay algunas entidades sociales que ofrecen un servicio mínimo, no existen prácticamente opciones gratuitas y, en caso de haberlas, están localizadas en las grandes ciudades. Por lo tanto, quienes se encuentran en situación de pobreza, incluyendo las trabajadoras pobres, no pueden afrontar el coste medio de una sesión con un/a psicólogo/a, que es de al menos 50 €/hora, dependiendo del centro, patología o tratamiento. Frente a esta realidad, como se describe en la investigación realizada por EAPN, las mujeres se postergan y aguantan, en lugar de emplear recursos escasos en su salud mental.

La doctora Gemma Maudes, psicóloga y subdirectora del área de género, drogas y familia de la Fundación Salud y Comunidad, puntualiza: "Tomar medicación muchas veces es sinónimo de cuidarse, pero es un error. Están consiguiendo lo contrario". Para ella, uno de los problemas del exceso de consumo radica en la facilidad que hay para adquirir estos fármacos: "El acceso a este tipo de fármacos es prácticamente inmediato. Sin necesidad de tener ningún diagnóstico puedes estar tomando esta medicación. De hecho, en los últimos tres años se ha triplicado el consumo y hay más gente tomando este tipo de medicación que personas diagnosticadas con este tipo de dolencias".¹¹²

En España, las Benzodicepinas constituyen uno de los fármacos más prescritos para las mujeres. En concreto, se encuentran en el decimonoveno lugar de los fármacos más consumidos. La prescripción y consumo de antidepresivos, hipnóticos y sedantes mantiene una elevada escalada a lo largo de las dos últimas décadas. Según los informes anuales del Sistema Nacional de Salud que realiza el Ministerio de Sanidad, concretamente entre el año 2008 y 2010, era el segundo subgrupo más consumido. Entre 2013 y 2015 pasa a ser el tercero. Según la Encuesta EDADES 2017, la edad de inicio del consumo de estas drogas con receta es de 34,4 años y de 31,6 años sin receta.

Tabla 5 Suicidios de hombres y mujeres en España, frecuencia, año 2018

Tramo de edad (años)	- de 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 a 89	90 a 94	+ de 95
Hombres	4	52	68	83	133	176	236	298	280	275	196	164	160	129	167	134	56	8
Mujeres	3	18	22	25	33	54	79	95	97	106	77	75	70	44	61	41	17	3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-tabla>

111: Baza Bueno, Mikel; Ruiz de Velasco Artaza, Elena; Fernández Uria Julia y Gorroñoigoitia Iturbe, Ana (2020), "Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodicepinas en pacientes con insomnio", en **Gaceta Sanitaria**, volumen 34, número 6, noviembre-diciembre, disponible en: <https://gacetasanitaria.org/es-benzocarta-intervencion-minima-desprescripcion-benzodicepinas-articulo-S0213911119302328>

112: Entrevista en Radio Televisión Española. Javier Nadales y Juan Carlos Alonso, "Doparse para vivir: más de dos millones de españoles toman ansiolíticos a diario", 10 de octubre de 2020, en <https://www.rtv.es/noticias/20201010/ansioliticos-benzodicepinas-consumo-adiccion-espana/2044003.shtml>

Junto a Portugal, España es el país de la Unión Europea que más ansiolíticos, sedantes e hipnóticos consume. Según datos del Ministerio de Sanidad, una de cada diez personas toma estos fármacos a diario. Durante el confinamiento producido por la pandemia de COVID-19 su consumo se ha incrementado entre un 10 y 15% y puede acabar en adicción.

El estudio al respecto de la Fundación Atenea tiene como hipótesis principal que "la desigualdad de género, expresada a través de estereotipos, roles y mandatos (cuyas consecuencias son la sobrecarga e insatisfacción, el estrés y la ansiedad) están detrás del mayor consumo de hipnosedantes por parte de las mujeres."

El suicidio

La OMS dice que, en el mundo, la depresión es el problema de salud mental más común para las mujeres y el suicidio es una de las principales causas de muerte para las mujeres menores de 60 años. Ayudar a sensibilizar a las mujeres sobre los problemas de salud mental y darles la confianza para buscar ayuda es vital, así como disponer de planes adecuados de salud mental, con enfoque de género.

Existen diferentes tasas de suicidios consumados y comportamiento suicida entre hombres y mujeres. Mientras que las mujeres tienen pensamientos suicidas con mayor frecuencia, los hombres mueren por suicidio con mayor frecuencia. En el mundo occidental, los hombres mueren por suicidio tres o cuatro veces más a menudo que las mujeres, ampliándose esta mayor frecuencia masculina en los mayores de 65 años. En cuanto a los intentos de suicidio, son entre dos y cuatro veces más frecuentes entre las mujeres. El alcance en el desarrollo de los pensamientos suicidas no está claro, pero la investigación sugiere que los pensamientos suicidas son más comunes entre las mujeres que entre los hombres, especialmente en las menores de 25 años.¹¹³

En España, en 2016, el suicidio es la primera causa de muerte externa, con 7,6 suicidios por cada 100.000 habitantes en 2018. Esta tasa sitúa a España entre los países con tasas más bajas de Europa, a pesar de los 3.539 fallecimientos en 2018. Desagregando por género, la tasa es de 9,3 en el caso de los hombres y de 3,1 en el de las mujeres. No obstante, esta diferencia entre sexos es inferior en las edades maduras, entre 40 y 75 años. Los métodos empleados por son diferentes: entre los hombres en más del 50% de los suicidios es el estrangulamiento, entre las mujeres están la precipitación (38%), el ahorcamiento (28%) y la ingesta de sustancias tóxicas (16%).

Muchos autores han cuestionado si estas bases de datos son fiables, por la dificultad que entraña en sí misma la recogida de los datos, como por aquellas muertes por suicidio que pueden pasar desapercibidas, como accidentes, homicidios o causas naturales, o ser ocultadas debido al estigma social que conlleva. Como señala la socióloga Cristina Blanco: "Esta "baja" tasa de suicidios en España, comparada con otros países de la OCDE, no debe oscurecer la magnitud y la importancia del problema. Primero, porque la información estadística es dudosamente fiable a efectos comparativos, tal y como lo informan incluso los organismos generadores de estadísticas. En segundo lugar, porque los registros oficiales, tal y como hemos señalado, en general subestiman la magnitud del suicidio, es decir, registran menos casos de los que probablemente suceden. En tercer lugar, aun asumiendo los datos oficiales, estos indican que en 2017 (último año de referencia) una media de 10 personas, como mínimo, se quitó la vida cada día en España. Y las cifras, aunque con fluctuaciones, mantienen una tendencia general al alza a lo largo del tiempo."¹¹⁴

113: WHO, **Suicide rates, age standardized - Data by country**, 2018, disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population))

114: Blanco, Cristina (2020), "El suicidio en España. Respuesta institucional y social", en **Revista de Ciencias Sociales**, Vol. 33, Nº 46, junio, disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382020000100079&lng=es&nrm=i-so

Según el psiquiatra Sergio Oliveros Calvo, "Mueren más personas por suicidio que por accidentes de tráfico, o por cáncer de pulmón debido al tabaco y, a pesar de eso, la inversión pública al respecto es nula. Es como si el suicidio no existiera. No hay medidas que promuevan la investigación ni, por supuesto, la prevención cuando constituye a todas luces un problema de salud pública."¹¹⁵ Existe la Fundación Española para la Prevención del Suicidio con una amplia labor educativa y de sensibilización, que está trabajando para que este tema sea abordado seriamente en la sanidad pública, mediante un plan de actuación de largo alcance.¹¹⁶

ANOREXIA Y BULIMIA

En 2011 se registraron 14.545 casos de anorexia y bulimia en España, que en 2017 escalaron a 62.418.¹¹⁷ Otra estadística indica que casi 1 de cada 10 personas españolas padece algún tipo trastorno alimentario, la enfermedad mental con mayor mortalidad debido a las complicaciones físicas que provoca y por suicidio. La mayoría son adolescentes entre 12 y 24 años, pero cada vez hay personas más mayores, y cada vez más jóvenes, un total de 400.000 personas en España. El 70% de las adolescentes no se siente a gusto con su cuerpo, 6 de cada diez creen que serían más felices si estuvieran más delgadas y alrededor del 30% revela conductas patológicas. Un escenario inmejorable para el cultivo de las dos famosas enfermedades que comportan un alto índice de mortalidad: la anorexia y la bulimia, las enfermedades crónicas más frecuentes entre adolescentes según los datos de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).¹¹⁸

La tendencia es claramente al alza y, además, estas cifras indican solo la punta del iceberg, dado que se trata de trastornos que pasan desapercibidos o no son diagnosticados y recogidos en estadísticas sanitarias.

Las reflexiones sobre los trastornos alimentarios realizadas desde la óptica feminista advierten sobre tres aspectos: la gran visibilidad de los trastornos alimentarios, la relación entre prácticas restrictivas o bulímicas en la alimentación y los roles de género y, por último, los trastornos en la adolescencia, una franja de edad específica en la que se conforma la identidad y la individualidad. La anorexia no es una falta de apetito, sino el rechazo a la alimentación con objeto de mantener el peso por debajo de los niveles mínimos normales. Se trata de una consideración moderna, que adquiere carácter clínico a partir de fines del siglo XIX, cuando se distingue la "anorexia nerviosa" de la "histérica".

La bulimia es la sensación de hambre exagerada, con episodios de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno y ejercicio excesivos. Desde 1994, la anorexia, la bulimia y los trastornos de la conducta alimentaria no especificada se engloban en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Dentro de los cambios de personalidad que conllevan estos trastornos, el primero se sitúa en la vulnerabilidad biológica, especialmente durante la pubertad. Un segundo factor es la predisposición psicológica y el tercero es el entorno social. A su vez, los cambios en la personalidad influyen sobre el

115: María Palmero, "Muertes silenciadas: la verdad de los suicidios en España y por qué nadie hace nada", 30 septiembre de 2020, **VoxPopuli**, disponible en https://www.vozpopuli.com/opinion/suicidios-espana_o_1390661862.html

116: <https://www.fsme.es/>

117: <https://es.statista.com/estadisticas/1038043/numero-de-casos-de-anorexia-nerviosa-o-bulimiaen-espana/#:~:text=Esta%20estad%C3%ADstica%20muestra%20la%20evoluci%C3%B3n,aproximadamente%2062.400%20casos%20en%20Espa%C3%B1a.>

118: Verónica Gayá, "400.000 personas padecen trastornos alimentarios en España", 2 de agosto de 2019, El Confidencial, disponible en: https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2019-08-02/trastornos-alimentarios-anorexia-bulimia-dieta_2157491/

empobrecimiento de la dieta, al punto que el estado de malnutrición favorece las alteraciones mentales y los trastornos psicológicos.¹¹⁹

La antropóloga Mabel Gracia Arnáiz realiza una mirada socio-antropológica sobre los denominados Trastornos de la conducta alimentaria para comprender la trama social que sustentan prácticas alimentarias en apariencia singulares y, a menudo, calificadas desde la biomedicina, de extremas e ilógicas. La mayoría de los trabajos sobre los determinantes sociales de la salud y, en particular, sobre la influencia de éstos en el estado nutricional y/o psicológico de las personas son de carácter epidemiológico y, aunque han dado luz sobre la prevalencia y evolución de ciertas enfermedades como los TCA, han explicado de forma simple o insuficiente las dimensiones socioculturales del problema, tanto en términos de causalidad como de alcance. En este sentido, propone incorporar un enfoque holista que permita analizar estos trastornos a partir de subjetividades y contextos. Las herramientas que propone para contestar a las preguntas sobre "por qué la comida, por qué el cuerpo y por qué las mujeres" son de carácter cualitativo, como los relatos biográficos, las entrevistas grupales, los blogs de internet y la observación directa. En este sentido, resultan importantes las concepciones y experiencias de los diversos actores que intervienen en el proceso de "salud, atención y enfermedad", así como las interacciones que se producen entre pacientes y profesionales sanitarios.¹²⁰

Desde el punto de vista de los tratamientos, la tendencia actual va por un trabajo multidisciplinar, de psicólogos, nutricionistas especializados en trastorno alimentario y médicos/as. Frente a estos equipos, están las fotos retocadas que inundan las redes sociales, los referentes públicos con trastorno de vigorexia¹²¹, las modelos esclavizadas por dietas ultra-restrictivas, las gimnastas extremas, los estilistas que presentan la belleza cercana a lo espectral y cadavérico, las marcas de ropa que tallan desde la "o" o que se jactan de imponer la talla infantil para personas adultas, todos ellos componentes renovados de la desigualdad de género y del rol subordinado de la mujer dentro de la sociedad, afectando particularmente a las niñas y adolescentes.

119: Gil García, María Eugenia (2005). **Anorexia y bulimia. Discursos médicos y discursos de las mujeres diagnosticadas**. Tesis de doctorado. Universidad de Granada, disponible en <https://hera.ugr.es/tesisugr/15476443.pdf>

120: Gracia Arnáiz, Mabel (2014), "Comer o no comer ¿es esa la cuestión? una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios", en **Política y Sociedad**, vol 51, N° 1.

121: La dismorfia muscular o vigorexia es un trastorno mental en el que la persona se obsesiona por su estado físico hasta niveles patológicos. Estas personas tienen una visión distorsionada de ellos mismos, se ven débiles y enclenques.

8

LA SANIDAD COMO “INSTITUCIÓN GENERIZADA”

La atención de la salud en un país comprende la suma de actividades realizadas por instituciones o personas que persiguen, mediante la aplicación de conocimientos y tecnología médicos, paramédicos y de enfermería, los propósitos / funciones básicas de:

- ✓ Promover la salud y prevenir enfermedades;
- ✓ Curar enfermedades y reducir la mortalidad prematura;
- ✓ El cuidado de personas afectadas por enfermedades crónicas que requieren cuidados de enfermería;
- ✓ El cuidado de personas con impedimentos o discapacidades relacionados con la salud que requieren cuidados de enfermería;
- ✓ Ayudar a los pacientes a morir con dignidad;
- ✓ Proporcionar y administrar salud pública;
- ✓ Proporcionar y administrar programas de salud, seguro médico y otros arreglos de financiación.

Desde la perspectiva de la UE, las funciones relacionadas con la salud, como la educación y formación del personal sanitario, la investigación y el desarrollo en salud y la salud ambiental, deben distinguirse de las funciones básicas; en la medida de lo posible, deben excluirse al medir las actividades que pertenecen a las funciones básicas de salud.¹²²

El concepto de “organización generizada”, acuñado por Joan Acker, al que nos hemos referido al inicio de este último capítulo significa que “la ventaja y la desventaja, la explotación y el control, la acción y la emoción, el significado y la identidad, se modelan a través y en términos de una distinción entre hombre y mujer, masculino y femenino”.¹²³ El sistema organizacional de género incluye “prejuicios de

122: Healthcare, EUROSTAT, disponible en <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Health-care>

123: Acker, Joan (1990) “Hierarchies, Jobs, and Bodies: A Theory of Gendered Organizations”, **Gender and Society** 4: 139-58. Available at: <http://www.csun.edu/~snk1966/J.%20Acker%20Hierarchies,%20Jobs,%20Bodies%20--%20A%20Theory%20of%20Gendered%20Organizations.pdf>

género de segunda generación" que ha reemplazado la discriminación abierta con formas de prejuicio más sutiles y menos visibles.¹²⁴

Comprender las prácticas y los procesos organizacionales es fundamental para explicar la desigualdad de género. Mientras que las mujeres permanecen agrupadas en mercados laborales secundarios marcados por salarios más bajos, incertidumbre, escalas profesionales y pocos beneficios, la mayoría de los hombres encuentran empleo en los mercados laborales primarios caracterizados por mayores recompensas económicas. La segregación ocupacional y laboral sigue siendo una característica perdurable en la mayoría de las empresas. Además, las diferencias de género en ingresos, poder, autoridad, autonomía y estatus se traducen en que los hombres disfrutan de ventajas sistemáticas sobre las mujeres. A pesar de las cambiantes condiciones sociales y económicas y de la legislación que prohíbe la discriminación por motivos de sexo, estas desigualdades persisten y, posteriormente, informan a un impresionante conjunto de análisis del mercado laboral y del lugar de trabajo.¹²⁵

En este apartado, pretendemos describir sucintamente el sesgo de género que atraviesa y contamina la sanidad, analizando factores como la segregación laboral y la brecha salarial de género. Abordamos también el problema de la investigación médica que invisibiliza a las mujeres:

- ✓ los obstáculos y barreras en su desarrollo profesional como científicas
- ✓ en la investigación médica, la falta de priorización de los problemas de salud que específicamente sufren las mujeres y la falta de perspectiva del cuerpo femenino en las enfermedades comunes
- ✓ en la medicalización del malestar biopsicosocial que afecta a muchas mujeres por su condición de género, mediante la producción comercial de medicamentos psicoactivos.

Como señala la OMS, la promoción de sistemas de salud que evitan las inequidades relacionadas con el género puede reducir las inequidades sanitarias. Los sistemas de salud que tienen en cuenta las cuestiones relacionadas con el género incorporan la perspectiva de género para adoptar las siguientes medidas en los seis componentes básicos de los sistemas de salud:

- **Prestación de servicios:** realizar intervenciones de calidad integradas, seguras, eficaces, aceptables y basadas en datos probatorios, al tiempo que se garantiza la equidad de género en el acceso a todos los servicios (promoción de hábitos saludables, prevención y tratamiento, desde la atención primaria hasta la terciaria).
- **Información e investigación:** garantizar la recogida, el cotejo, el análisis y la utilización de datos desglosados por sexos para que las respuestas de los sistemas de salud se basen en datos comprobados sobre los factores determinantes y la salud de las personas, y asignar recursos en consecuencia.
- **Productos y tecnologías médicas:** garantizar el acceso equitativo de hombres y mujeres a medicamentos, vacunas y tecnologías esenciales.
- **Personal sociosanitario:** promover políticas y estrategias que transformen las relaciones de género, a fin de evitar los prejuicios y las inequidades relacionados con el género en el personal sanitario y de garantizar un trabajo digno para todos los profesionales sociosanitarios, e integrar la igualdad de género en la formación, la capacitación, el empleo y la progresión profesional.
- **Financiación de la atención sanitaria:** lograr el acceso universal a los servicios sanitarios al tiempo que se garantiza la equidad de género en el acceso a las estrategias de protección financiera. Pro-

124: Herminia Ibarra, Robin J. Ely, and Deborah Kolb (2013), "Educate Everyone About Second-Generation Gender Bias", August 21, **Harvard Business Review**, available at: <https://hbr.org/2013/08/educate-everyone-about-second>

125: Acker, Joan (1990) "Hierarchies, Jobs, and Bodies: A Theory of Gendered Organizations", **Gender and Society** 4: 139-58. Available at: <http://www.csun.edu/~snk1966/J.%20Acker%20Hierarchies,%20Jobs,%20Bodies%20--%20A%20Theory%20of%20Gendered%20Organizations.pdf>

mover la inclusión de la perspectiva de género en las evaluaciones de los riesgos financieros y la elaboración de presupuestos.

- **Liderazgo y gobernanza:** fomentar la buena gobernanza sanitaria y la integración de la perspectiva de género en las políticas y las estructuras de gobernanza de la salud pública, promover estrategias que tengan en cuenta las cuestiones relacionadas con el género y legislación que las favorezca en lo relativo a la capacidad de respuesta, la equidad y la eficiencia. Fomentar la paridad de sexos en los puestos directivos y asegurarse de que los sistemas de salud rinden cuentas a todos.¹²⁶

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud establece su Estrategia 4: "Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género". Es un hecho reconocido por las propias instituciones la existencia de dificultades y brechas en el acceso de las mujeres a la sanidad, debido a la desigualdad estructural en la que viven.

ROL DE GÉNERO EN LA SALUD

La investigadora Tasia Sánchez describe cómo en 1946 la OMS modificó su definición de la salud, pasando de una visión biologicista que entiende la salud como ausencia de enfermedad, a una visión que integra los aspectos socioculturales que posibilitan la calidad de vida, con la que hemos comenzado este estudio. Esta nueva concepción de la salud fue imponiéndose en la agenda internacional durante los años sesenta, setenta y ochenta como correlato de la asunción de la perspectiva de género.

Sin embargo, en España, este cambio de paradigma es tardío y se sitúa al finalizar el siglo. Hay una serie de autoras clave, algunas de las cuales han aparecido en este texto, que han abierto el camino para comprender el sesgo de género de la medicina y de la sanidad. **Carmen Mozo** señala que en los años setenta el movimiento feminista visibilizó, mediante la noción de género, al sexo que había sido excluido y esta operación se realizó también en el análisis del androcentrismo en la ciencia. **Carme Valls-Llobet** expuso que, en el ámbito de la medicina, hasta los ochenta dominaba un enfoque que sostenía que las mujeres y los hombres son básicamente iguales en lo biológico y que las discriminaciones sanitarias encuentran su causa en la sociedad. En los 90 la menstruación y la menopausia se perciben como problemas de salud "que hay que resolver mediante tratamiento hormonal". Esto da lugar, como reacción, al interés por las diferencias biológicas, sociales y psicológicas entre mujeres y hombres. **La red de mujeres profesionales de salud del CAPS** (Centro de Análisis y Programas Sanitarios) representa el cambio de paradigma hacia uno que rechaza el patrón masculino como definitorio de la salud. Por su parte, **Isabel Ruiz Pérez** destacó que, en los años noventa, aumentó el interés por las necesidades de salud de las mujeres más allá de la salud reproductiva y se denuncia el desconocimiento científico acerca de las enfermedades de alta prevalencia femenina. La última década del siglo veinte llevó consigo un fuerte cuestionamiento de la investigación y las pruebas de medicamentos, por la ausencia de participación femenina en dichos estudios que luego se extrapolaban a las mujeres.

Estas autoras coinciden en situar en la década de los noventa el verdadero desarrollo de la perspectiva de género en la medicina en España, con la reivindicación de que las mujeres aparezcan como sujeto en las investigaciones y protocolos, que se estudien sus enfermedades específicas y las diferencias en la sintomatología de las enfermedades.¹²⁷

126: OMS (2018), Loc. Cit., disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

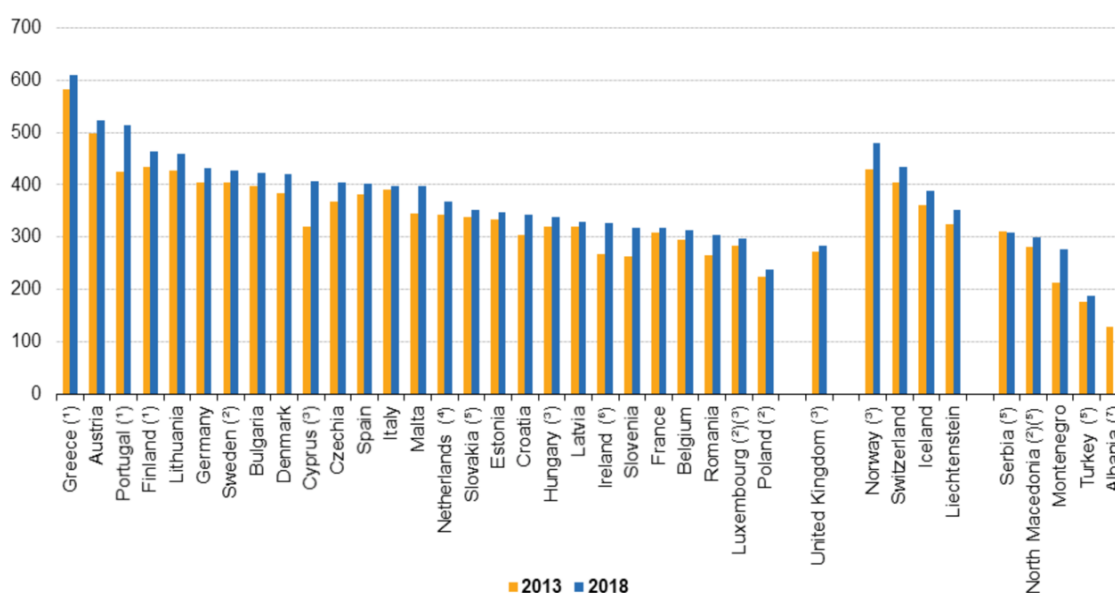
127: Sánchez, Tasia (2018), "Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres", en **Revista de Bioética y Derecho**, N° 43, ver http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=1886-5887&lng=es&nrm=iso

MÁS MUJERES MÉDICAS

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud que analiza la situación de 104 países concluye que la proporción de mujeres empleadas en el sector sociosanitario es del 67%. Otro aspecto generalizado que describe es la existencia de diferencias sistemáticas en la distribución de género por ocupación en todas las regiones. En la mayoría de los países, analizando a los y las profesionales en activo, los hombres constituyen la mayoría de los médicos, dentistas y farmacéuticos, mientras que las mujeres son la gran mayoría de la enfermería y partería. En Europa, estos porcentajes son algo diferentes, ya que las mujeres llegan al 53% de la profesión médica y al 84% de la enfermería.¹²⁸

En la Unión Europea hay aproximadamente 1.700.000 médicos y médicas trabajando en activo. Comparando los datos de médicos/as con licencia para ejercer en relación con las cifras de población, Grecia registró el mayor número entre los Estados miembros de la UE, con 610 por 100.000 habitantes en 2018. Esta cifra fue considerablemente más elevada que en cualquiera de los otros Estados miembros de la UE; Austria (524) y Portugal (515) registraron las siguientes tasas más altas, seguidos por Finlandia (465) y Lituania (460). En el polo opuesto, había menos de 300 médicos/as en ejercicio por 100.000 habitantes en dos Estados miembros, Luxemburgo y Polonia, donde las tasas eran de 298 y 238 médicos por 100.000 habitantes, respectivamente. España ocupa una posición media, con 400 médicos/as por cada 100.000 habitantes y registra una evolución al alza moderada, desde 2013.

Gráfico 6. Médicos/as con licencia activa en la UE, por cada 100.000 habitantes. Comparativa entre 2013 y 2018

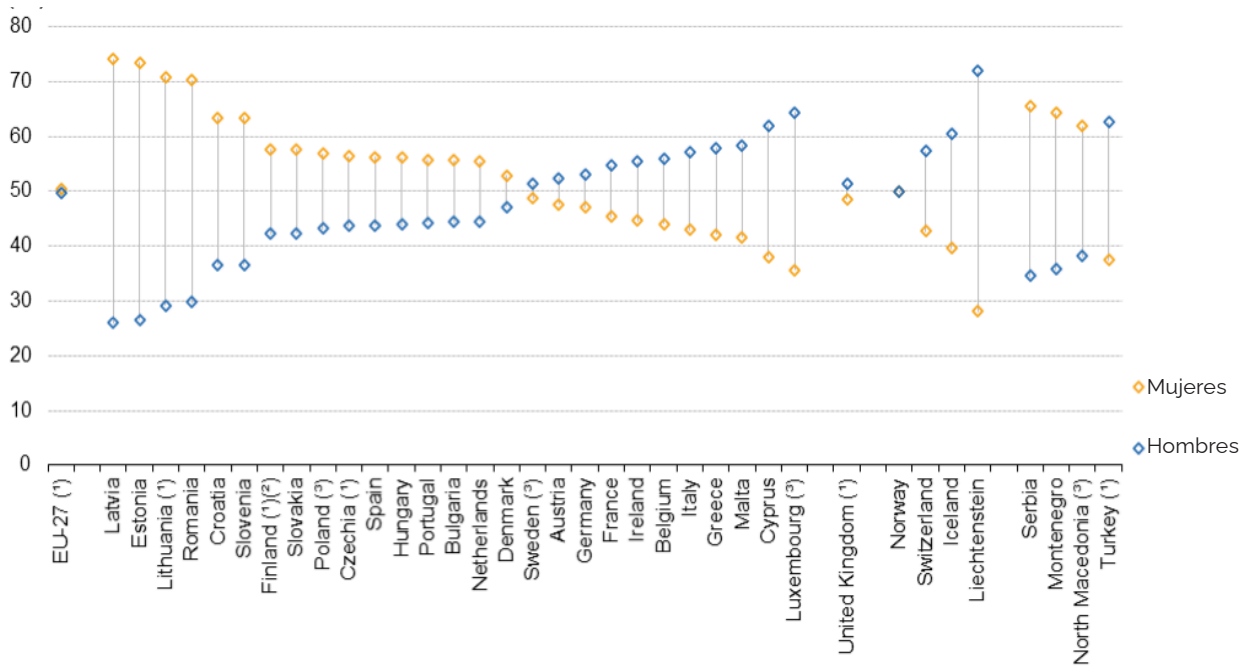


Fuente: EUROSTAT, *Practising Physicians*, *hlth_rs_prs1*

En 2018, una ligera mayoría (16) de los Estados miembros tenían un porcentaje mayor de mujeres que de hombres ejerciendo como profesionales médicos. En Croacia y Eslovenia, más de las tres quintas partes de todos los médicos eran mujeres; en Rumanía y los Estados miembros del Báltico, esta proporción superó los dos tercios, con picos en Estonia (73%) y Letonia (74%). En el polo opuesto, la mayor proporción de médicos varones (64%) se registró en Luxemburgo, mientras que también se observó unas tasas relativamente altas de hombres en Chipre (62%), Malta, Grecia, Italia, Bélgica, Irlanda y Francia (todo dentro del rango del 55-58%). España se sitúa en algo más del 55% de mujeres.

128: Boniol, Mathieu; Mclsaac, Michelle; Xu, Lihui; Wuliji, Tana; Diallo, Khassoum and Campbell, Jim (2019), **Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries**. World Health Organization, Health Workforce Working paper 1, página 1, disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?sequen>

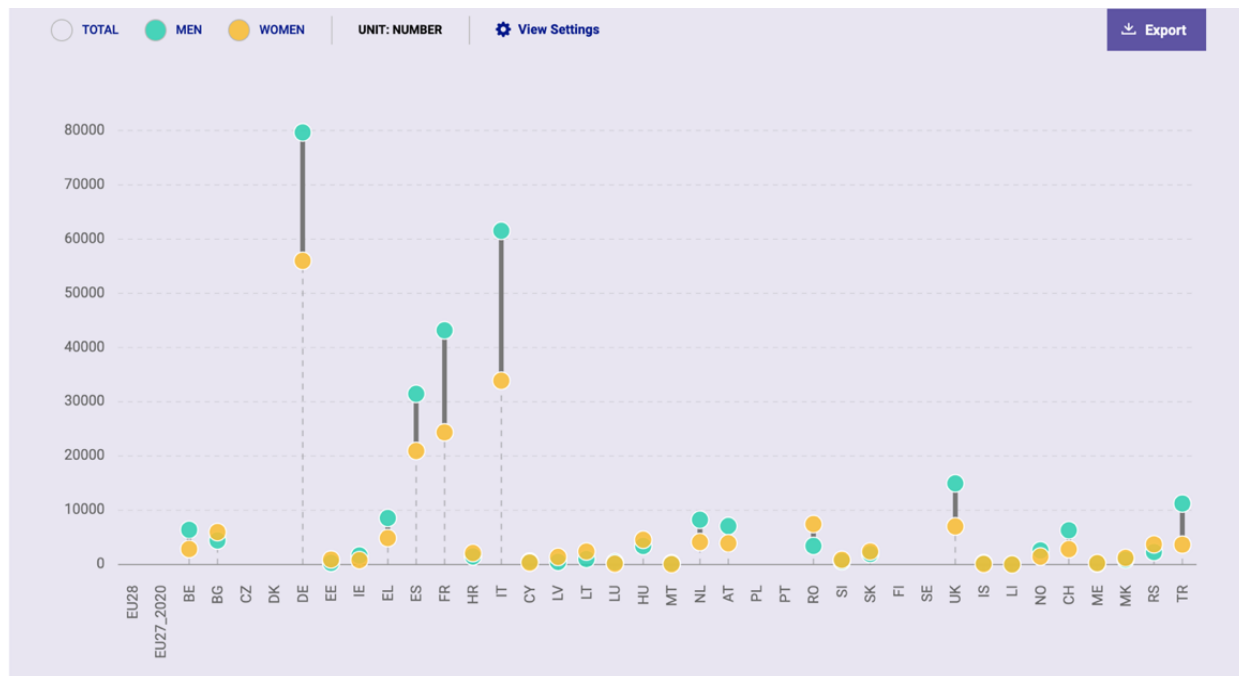
Gráfico 7. Distribución de los profesionales médicos por sexo (en porcentajes)



Fuente: EUROSTAT, Physicians by sex, 2018, hlth_rs_phys

Este predominio femenino en algunos países, como España, debe comprenderse mejor analizando las franjas de edad, ya que resulta evidente que esta situación ha cambiado en la última generación. En la franja de edad de 55 a 64 años predominan los hombres. Este proceso de masculinización de la profesión en la franja de edad más próxima a la jubilación se produce en España, Alemania, Italia, Francia y, en menor medida, en el Reino Unido.

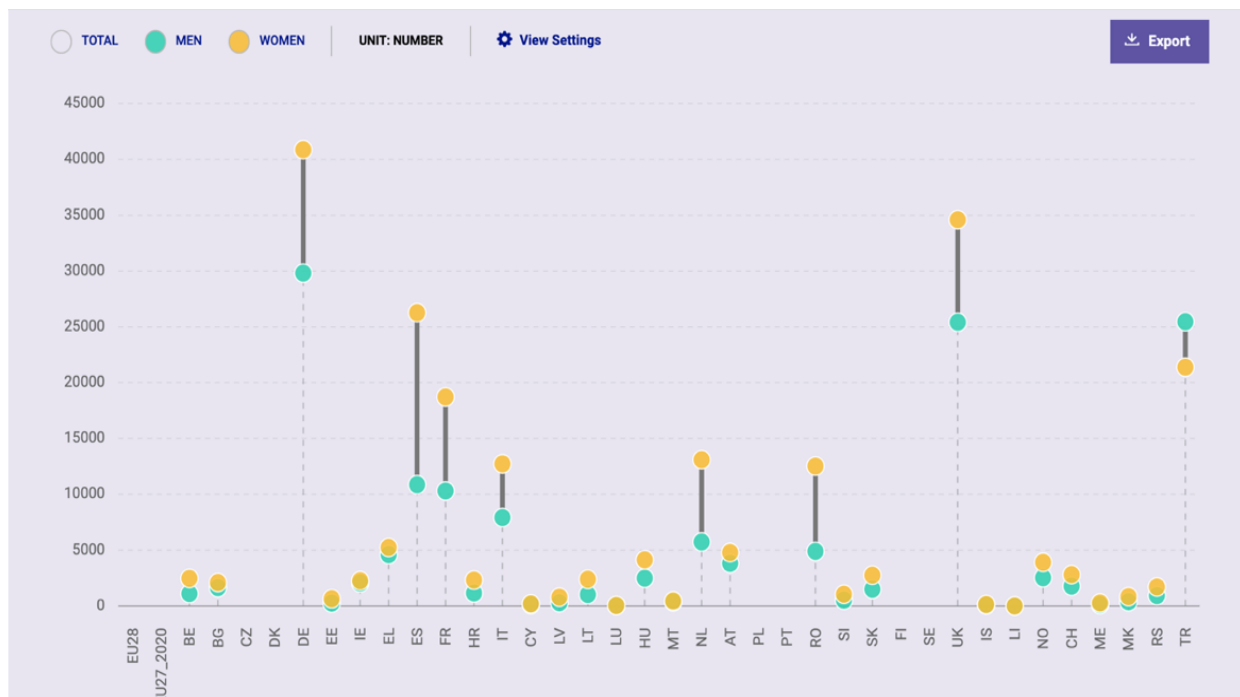
Gráfico 8. Profesionales médicos por sexo y edad comprendida entre los 55 y 64 años



Fuente: EUROSTAT, Thematic areas, Work and labour market, Labour market, Employment, Selected sectors, Healthcare. Disponible en EIGE: https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/indicator/ta_wrklab_lab_employ_selected_healthcare_hlth_rs_phys/bar/year:2017/geo:EU28,EU27_2020,BE,BG,CZ,DK,DE,EE,IE,EL,ES,FR,HR,IT,CY,LV,LT,LU,HU,MT,NL,AT,PL,PT,RO,SI,SK,FI,SE,UK,IS,LI,NO,CH,-ME,MK,RS,TR/unit:NR/age:Y_LT35/sex:M,W

En contraste, la franja de profesionales médicos con edades inferiores a 35 años está claramente feminizada en España, hecho que también se registra en Alemania, Francia, Países Bajos, Rumania, el Reino Unido e Italia. En el resto de los países también se observa este cambio, pero de manera incipiente.)

Gráfico 9. Profesionales médicos por sexo y edad menor de 35 años



Fuente: EUROSTAT, Thematic areas, Work and labour market, Labour market, Employment, Selected sectors, Healthcare. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_phys&lang=en Disponible en EIGE: https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/indicator/ta_wrklab_lab_employ_selected_healthcare_hlth_rs_phys/bar/year:2017/geo:EU28,EU27_2020,BE,BG,CZ,DK,DE,EE,IE,EL,ES,-FR,HR,IT,CY,LV,LT,LU,HU,MT,NL,AT,PL,PT,RO,SI,SK,FI,SE,UK,IS,LI,NO,CH,ME,MK,RS,TR/unit:NR/age:Y_LT35/sex:M,W

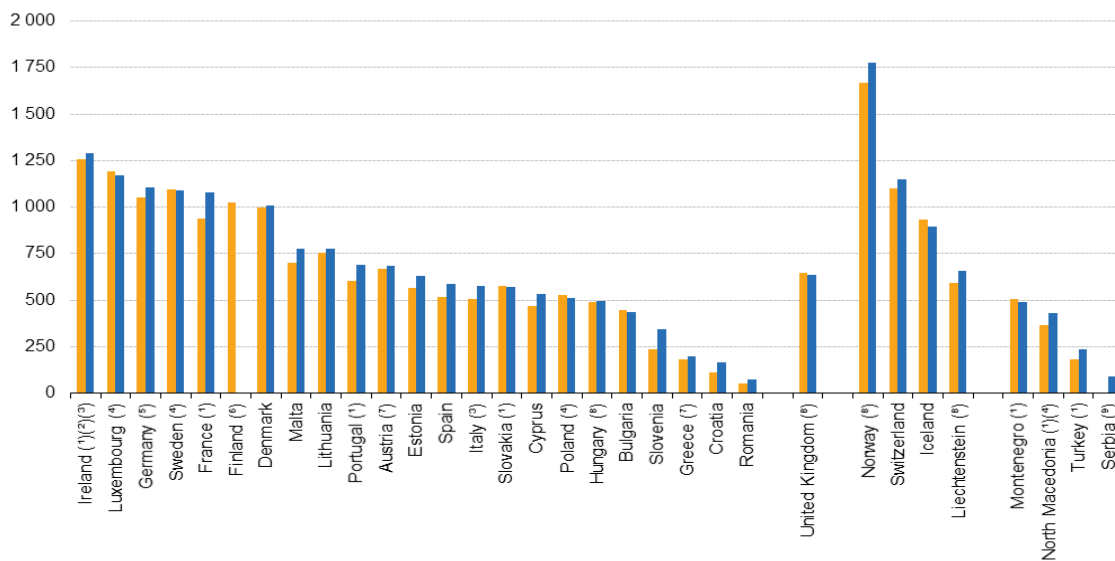
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y DE CUIDADOS

En este apartado describimos las estadísticas de la Unión Europea sobre profesionales de enfermería y cuidados, que brindan servicios directamente a los pacientes en los hospitales, la atención ambulatoria y los hogares de los y las pacientes. Estos profesionales incluyen, entre otros a enfermeras/as y parteras/as, así como a otro personal de cuidado (auxiliares y asistentes). En 2018, últimos datos disponibles, Irlanda tenía 1288 profesionales de enfermería en activo (incluidas también parteras) por 100.000 habitantes, seguida de Luxemburgo con 1172. Alemania, Suecia, Francia y Dinamarca registraron más de 1000 profesionales de enfermería en ejercicio por cada 100.000 habitantes. Por lo demás, el número de profesionales de enfermería en ejercicio estuvo generalmente dentro del rango de 400 a 1000 por 100.000 habitantes en la mayoría de los Estados miembros restantes, con Eslovenia (343), Grecia (195), Croacia (166) y Rumanía (74) registrando ratios más bajas.

En el caso de España, la ratio apenas supera los 500 por cada 100.000 habitantes, registrándose un aumento leve en los últimos 5 años. Serían más de 130.000 los profesionales adicionales para equipararse, al menos, con la media de los países europeos. La pandemia del COVID-19 ha puesto de manifiesto las consecuencias de la baja ratio de profesionales de la enfermería en España.¹²⁹

129: Cálculo de SATSE, el sindicato de enfermería, publicado en **Con Salud**, 12 julio 2018. Se hacen eco de los datos de EURES para el primer semestre de 2018, en el que se registraba una migración de 29.000 profesionales de la enfermería, concentrados en Alemania, Suecia, Finlandia, Reino Unido y Noruega. Disponible en <https://www.consalud.es/profesionales/enferme->

Gráfico 10. Profesionales de la enfermería por cada 100.000 habitantes. Comparativa entre



Fuente: EUROSTAT; Practising nursing professionals, 2013 and 2018 (per 100 000 inhabitants) (hlth_rs_prsns)

Lamentablemente, EUROSTAT no proporciona los datos desagregados por sexo, lo cual es indicativo de un problema más amplio sobre la falta de estadísticas que permitan hacer un seguimiento de las diferencias entre hombres y mujeres en muchos temas de la realidad, como es el caso de la sanidad. La presunción es que este sector está altamente feminizado en la mayoría de los Estados miembro, un 84% de mujeres y un 16%, según los datos que maneja el estudio de la OMS ya citado.¹³⁰

En el caso de España, con los datos del INE, se observa que prácticamente no ha habido cambios en la distribución por sexos desde 2013, a pesar del incremento de profesionales de la enfermería activos, como se aprecia en la tabla siguiente.

Tabla 6. Profesionales de la enfermería, por sexo. Comparativa entre 2013 y 2018

Diplomados/as en Enfermería				
	Total	Hombres	Mujeres	% de mujeres
2018	307.762	48.633	259.129	84,2
2013	265.557	41.463	224.094	84,4
Diferencia 2018-2013	42.205	7.170	35.035	0,2
Diplomados/as en Enfermería con título de Matrona				
	Total	Hombres	Mujeres	% de mujeres
2018	9.236	599	8.637	93,5
2013	8.279	497	7.782	94,0
Diferencia 2018-2013	957	102	855	-0,48

Fuente: INE, Enfermeros colegiados por tipo de especialidad, año y sexo, disponible en <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2018/lo/&file=s08001.px#!tabs-tabla>

ria/satse-continua-emigracion-enfermeras-enfermeros-desinteres-espana_52826_102.html

130: Boniol et al (2019), Loc. Cit., Figura 1, página 3.

Las personas profesionales de la enfermería se han visto afectadas por la gestión de la sanidad, especialmente durante la década de la crisis económica, en la que se priorizó el recorte del gasto público, recurriendo a herramientas como las privatizaciones de servicios, la congelación de salarios en el empleo público o las ofertas en condiciones laborales precarias. Muchas mujeres enfermeras se vieron forzadas a salir del país, generada no por la falta de estudiantes de enfermería, sino por la movilidad hacia otros países del entorno con mejores condiciones salariales.¹³¹

BRECHA DE GÉNERO

El estudio de la OMS sobre desigualdades de género en la Sanidad indicaba que las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de tener un empleo a tiempo completo.

En general, existe una brecha salarial de género promedio de alrededor del 28% en la fuerza laboral correspondiente a los servicios sanitarios, con grandes diferencias según los países, como se aprecia en el mapa y tabla siguientes. **En España esta brecha es del 22,3%.**¹³²

Tabla 7 . Brecha salarial de género en la sanidad

País	Brecha salarial de género	País	Brecha salarial de género
Bélgica	2,6	Hungría	12,1
Bulgaria	29,9	Malta	21,2
Chequia	25,6	Países Bajos	18,6
Dinamarca	10,8	Austria	15,3
Alemania	24	Polonia	12,7
Estonia	29,5	Portugal	25,7
Irlanda	:	Rumania	12,6
Grecia	16,8	Eslovenia	17,3
España	22,3	Eslovaquia	26,8
Francia	16,6	Finlandia	22,5
Croacia	27,2	Suecia	8,3
Italia	21,7	Reino Unido	25,4
Chipre	17,3	Islandia	10,4
Letonia	19,3	Noruega	9,2
Lituania	25,2	Serbia	14,8
Luxemburgo	0,6		

Fuente: EUROSTAT, Labor Force Survey, Gender pay gap in unadjusted form by NACE Rev. 2 activity - structure of earnings survey methodology, *Human health and social work activities*, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_GR_GPGR2_custom_139478/default/table?lang=en

131: Andrea Ana Gálvez, "Historias de enfermeras que emigraron para trabajar" indica cómo "entre el 2010 y el 2016 España perdía miles de profesionales de enfermería, en su mayoría mujeres quienes, ante la falta de empleo, se marchaban a trabajar fuera. Para algunas es difícil volver, otras no se lo piensan. La mayoría coincide en las deficiencias de las condiciones laborales y la falta de horizonte". **El Salto**, 25 de mayo 2020, disponible en <https://www.elsaltodiario.com/sanidad/historias-enfermeras-emigraron-para-trabajar>

132: La brecha salarial de género no ajustada (Gender Pay Gap) representa la diferencia entre los ingresos brutos promedio por hora de los empleados remunerados masculinos y de las empleadas remuneradas como porcentaje de los ingresos brutos por hora promedio de los empleados remunerados masculinos. La brecha se calcula sobre la base de la encuesta cuatrienal de estructura de beneficios (SES). Los datos se desglosan por actividad económica (Clasificación Estadística de Actividades Económicas en la Comunidad Europea - NACE), control económico (público / privado) de la empresa, así como tiempo de trabajo (tiempo completo / tiempo parcial) y edad (seis años grupos) de empleados. Los datos se publican en febrero / marzo sobre

Una vez se tienen en cuenta la ocupación y las horas de trabajo, la brecha salarial de género se reduce al 11%.

La brecha salarial media europea es del 13% para los salarios por hora para los médicos y una brecha salarial del 12% para los salarios por hora para las enfermeras y parteras. Esto sugiere que una parte considerable de la brecha salarial general es atribuible a la segregación ocupacional dentro del sector.¹³³

COLEGIOS DE MÉDICOS MASCULINIZADOS

Según el informe Diagnóstico médico de la profesión del CGCOM, publicado en 2018, hay 46 presidentes al frente de colegios médicos y seis presidentas. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) creó en 2017 el Observatorio de Género y Profesión. Del total de 318 cargos directivos en los colegios —diferentes cargos en presidencia, tesorería y secretaría—, las mujeres fueron ese año un total de 83. Esta composición tiene efecto sobre problemáticas laborales que afectan a las mujeres dentro de la profesión y contribuye a la generización de la profesión sanitaria.¹³⁴

MODELO BIOMÉDICO ANDROCÉNTRICO

El sesgo de género en la atención sanitaria se caracteriza por:

- Acceso distinto a los servicios sanitarios
 - Paternalismo ginecológico, gestión comercializada de los partos por cesárea (superior al límite del 15% OMS) y violencia obstétrica
- Aplicación de los mismos procedimientos terapéuticos en hombres y mujeres para un problema de salud (del "gender blind" al "gender biased")
- Diferencias en la demora y espera de la asistencia sanitaria.
- Diferente prescripción y consumo de fármacos.¹³⁵

Según María Dolores García, experta en género y salud y miembro de la Asociación en Defensa de la Salud Pública, "El modelo biomédico continúa siendo un modelo androcéntrico". Se trata de un modelo que estudia fundamentalmente al hombre blanco mientras que a la mujer se le restringe al ámbito de la salud sexual y reproductiva. Los ensayos clínicos han evolucionado, pero sigue habiendo un sesgo no sólo en la investigación sino también en la práctica clínica. "Las mujeres y los hombres no enfermamos de la misma manera, somos diferentes y queremos equidad en cuanto al tratamiento, al estudio y la investigación".

El rol de género no es ajeno a la salud, hay una influencia clarísima tanto en hombres como en mujeres. La doble responsabilidad -productiva y doméstica- que se atribuye a la mujer hace que su manera de acceder al sistema sanitario sea diferente -normalmente más tardía- y también provoca que las

la base de la información proporcionada por los institutos nacionales de estadística.

133: Boniol et al (2019), Loc. Cit., página 4.

134: Ver el caso de las mujeres que quedan fuera o no se les aplica la Ley 9/2017 de 26 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas, cuyo artículo sexto sobre protección de la maternidad y la paternidad dispone que el personal estatutario "percibirá la media de las retribuciones variables abonadas en el año anterior al mes en que haya dado comienzo la correspondiente situación, en concepto de atención continuada derivada de la prestación de guardias, noches y festivos". Ver: Patricia Reguero Ríos, "Brecha de género en el sector sanitario: la discriminación de las mayorías." El Salto, 20 diciembre de 2020, disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/laboral/la-discriminacion-de-las-mayorias>

135: Maestre Peiró, Ana (2019), "El sesgo de género en la atención sanitaria", en <https://medicinainternaaltovalor.fesemi.org/colaboraciones/el-sesgo-de-genero-en-la-atencion-sanitaria/>

mujeres tengan menos tiempo para practicar deporte, dormir las horas necesarias o llevar a cabo otras acciones destinadas a su bienestar social, físico y psicológico.

Del mismo modo, el desarrollo de una identidad masculina heterosexual tradicional implica la adopción de hábitos no saludables. Según la experta Carme Borrell: "La sistemática subordinación de las mujeres requiere la demostración de la fortaleza física y la exposición a riesgos para la salud por parte de los hombres. Ellos deben mostrarse fuertes y saludables y no evidenciar debilidades", lo cual repercute en la salud de los hombres. A pesar de su presencia masiva en la prestación de servicios sanitarios, las mujeres no suelen ocupar los puestos ejecutivos en este sector.¹³⁶

IMAGEN MASCULINA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

La sociedad considera a la medicina como una institución objetiva y homogénea lejos de las contingencias sociales y biológicas. Sin embargo, igual que otros campos de la ciencia en la que se estudia el ser humano, las ciencias médicas están atravesadas por valores y algunos de estos, como la discriminación de género, pueden provocar sesgos importantes que terminen en la exclusión y discriminación de la investigación y de la asistencia.

Esta perspectiva no pretende devaluar el trabajo diario del personal sanitario, sino llamar la atención sobre un sistema que demasiado a menudo se presenta como incuestionable y cerrado.¹³⁷

Mientras la medicina trata de establecer su práctica bajo el influjo de la teoría científica, pretendidamente neutral y basada en la evidencia, está altamente condicionada por aspectos sociales como el género, la posición económica y los valores e ideologías de sus profesionales.

Entre los años ochenta y el inicio de este siglo, académicas feministas estadounidenses han argumentado que la visión de la ciencia como "objetiva" legitima proyectos científicos que perpetúan la existencia de poderes sociales hegemónicos, que bloquean y excluyen a todos aquellos sectores de población exentos de poder, es decir, en muchos casos: mujeres, personas con sexualidades no normativas, con pocos recursos económicos o discriminadas por su pertenencia étnica u origen. Ejemplos de ello, los podemos encontrar en los análisis históricos de la medicina, que se convierte, entre otras cosas, en una historia impregnada de visiones androcéntricas de la salud humana.¹³⁸

En España, en los años setenta, el movimiento feminista visibilizó al sexo que había sido excluido mediante la noción de género. No obstante, como explica Carme Valls¹³⁹, en el ámbito de la medicina, hasta los años ochenta dominaba un enfoque que sostenía que las mujeres y los hombres son básicamente iguales en lo biológico y que las discriminaciones sanitarias encuentran su causa en la sociedad. En los noventa la menstruación y la menopausia se perciben como problemas de salud que hay que resolver mediante tratamiento hormonal. Esto da lugar, como reacción, al interés por las diferencias biológicas, sociales y psicológicas entre mujeres y hombres. En España, la red de mujeres profesionales de salud del CAPS⁴¹ (Centro de Análisis y Programas Sanitarios) representa el cambio de

136: Violeta Aguado Delgado, "La salud también es una cuestión de género", Reportaje, disponible en <https://lab.eldiario.es/diadelamujer/salud/>

137: En este sentido, podría decirse que la pandemia de COVID-19 ha mostrado la fragilidad de las autoridades de bata blanca, al tener que aceptar que existen campos desconocidos y que todas las afirmaciones iniciales sobre la pandemia pueden ser cuestionables con el paso del tiempo.

138: Haraway, 1988, 1991, 1993; Harding, 1987, 1992, 1993 y Schiebinger, 2000, citadas por Bellón Sánchez, Silvia (2015), "La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica", en *Dilemata*, Año 7, N° 18, pp 93-11, disponible en <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>

139: Valls Llobet, Carme (2009), *Mujeres, salud y poder*. Cátedra. Madrid.

paradigma hacia uno que rechaza el patrón masculino como definitorio de la salud, aumentando el interés por las necesidades de salud de las mujeres más allá de la salud reproductiva y denunciando el desconocimiento científico acerca de las enfermedades de alta prevalencia femenina. A fines del siglo veinte se produjo un fuerte cuestionamiento de la investigación y las pruebas de medicamentos, por la ausencia de participación femenina en dichos estudios que luego se extrapolaban a las mujeres. Es esa década de los noventa cuando se produce el desarrollo de la perspectiva de género en la medicina en España, con la reivindicación de que las mujeres aparezcan como sujeto en las investigaciones y protocolos, que se estudien sus enfermedades específicas y las diferencias en la sintomatología de las enfermedades.¹⁴⁰

"Una paciente me dijo que *las mujeres damos mal siempre*, y la frase me hizo pensar que incluso los tests psicológicos para evaluar la salud mental están afectados por sesgos de género, ya que han sido contruidos con preguntas dirigidas a considerar como normales las conductas o respuestas conductuales masculinas. Es la ciencia médica, construida en base a la salud mental masculina, la que define que es "normal" o no en las mujeres que atiende y trata. Etiquetar, diagnosticar y decidir qué mujeres son "normales" y cuáles están enfermas, nerviosas o locas ha colaborado en gran medida a empeorar la salud mental de las mujeres, que además de tener que luchar contra los modelos sociales que quieren encerrarlas, han de luchar contra los modelos mentales de los y las profesionales que deben atenderlas."¹⁴¹

"El sesgo de género en atención sanitaria se ha debido a la falta de investigación en morbilidad diferencial y a la visión androcéntrica que tiene al varón como norma. La rigidez de la visión centrada sólo en el hombre ha producido sesgos en el momento del diagnóstico, tanto por considerar que enferman igual hombres y mujeres, cuando hay diferencias, como por considerar, inversamente, que como son diferentes no pueden tener problemas similares, o bien por no tener en cuenta los condicionantes bio-psicosociales de las enfermedades. Además de los sesgos en los diagnósticos, también se han producido sesgos de género en los métodos de exploración, en la valoración de la normalidad en los análisis clínicos, y en la aplicación de terapias sin ninguna diferenciación por sexo, ni en dosis ni en vía administrada."¹⁴²

Las mujeres son infravaloradas en carreras relacionadas con la salud, según explica un grupo de expertos en una serie de informes publicados en la revista científica 'The Lancet'. Según sus valoraciones, la investigación médica está orientada hacia las necesidades de los hombres, ya que casi tres cuartos de los trabajos de investigación biomédica no consideraron las diferencias en los resultados según el sexo.¹⁴³

De acuerdo con el análisis realizado por profesores de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido), el número de mujeres superaba con creces al de hombres en los niveles inferiores, pero disminuía en los puestos directivos. Otro estudio recogido en la publicación de 'The Lancet' narra cómo las mujeres sufren sesgos con respecto a los hombres al solicitar fondos para investigación.

Las mujeres tienen muchas más probabilidades de ser rechazadas para obtener financiación cuando se les pide a los revisores que evalúen sus habilidades como investigadoras, en lugar de centrarse en su

140: Sánchez, Tasia (2018), "Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres", en **Revista de Bioética y Derecho**, N° 43, ver http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=1886-5887&lng=es&nrm=iso

141: Valls-Llobet, Carme (2020), Loc. Cit., página 23.

142: Valls-Llobet, Carme; Ojuel Solsona, Julia; López Carrillo, Margarita y Fuentes Pujol, Mercé - ICAPs - Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Barcelona, **Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres**. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. N° 4, página 4, disponible en https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf

143: "Un estudio evidencia la 'brecha de género' en el ámbito de la salud" en **Gaceta Médica** 11 febrero 2019 <https://gacetamedica.com/politica/un-estudio-evidencia-la-brecha-de-genero-en-el-ambito-de-la-salud-en1917413/>

propuesta, según un análisis de 24.000 solicitudes de subsidios en Canadá expuesta en la publicación. En Europa y Estados Unidos, las mujeres son una minoría de dentro de la cardiología. A pesar de la paridad de entre las personas estudiantes de medicina y residentes de medicina interna, solo hay un 21% de becarias de cardiología en los Estados Unidos y un 16,8% en el Reino Unido. Pamela Douglas, presidenta del Grupo de Trabajo sobre Diversidad del Colegio Americano de Cardiología, ha etiquetado este descenso como la "residencia al acantilado de la confraternidad" ("residence to fellowship cliff"). Estas proporciones son comparables a las de las residentes mujeres estadounidenses en cirugía torácica (21%), neurocirugía (17%) y cirugía ortopédica (15%). Si bien la representación en especialidades como cardiología general y ecocardiografía ha aumentado ligeramente, las mujeres siguen estando infrarrepresentadas en subespecialidades como la cardiología intervencionista y electrofisiología. A pesar de que hay un número creciente de mujeres como profesoras asociadas o en categorías inferiores, los niveles superiores de formación en cardiología siguen siendo predominantemente masculinos.¹⁴⁴

SESGO DE GÉNERO EN ENSAYOS CLÍNICOS Y TRATAMIENTOS

En definitiva, el género influye no sólo en las diferentes necesidades de salud y búsqueda de atención sanitaria, así como en los diferentes tratamientos y resultados en hombres y mujeres, sino también en la **investigación en salud**. Los sesgos de género en la investigación mantienen un círculo vicioso que resta importancia a las cuestiones de género en la salud y perpetúa su descuido. Ejemplo: fibromialgia, endometriosis. Clásicamente **las mujeres han estado infrarrepresentadas en la investigación clínica y, especialmente, en los ensayos clínicos**, con lo que se han realizado extrapolaciones en las mujeres de los resultados obtenidos en estudios realizados mayoritariamente en población masculina.

Los documentos en los que una mujer figuraba como la autora principal tenían más probabilidades de incluir diferencias de género, de acuerdo con un análisis de más de 11,5 millones de artículos de investigación médica entre 1980 y 2016. "Nuestros hallazgos muestran que las disparidades de género en la ciencia tienen consecuencias para la salud de toda la población", concluye uno de los autores, Vincent Lariviere, de la Universidad de Montreal (Canadá).¹⁴⁵

Se ha resaltado la necesidad de una mayor diversidad de género en la salud para garantizar que se satisfacen las necesidades de las mujeres, después de encontrar que casi tres cuartos de los trabajos de investigación no tuvieron en cuenta las diferencias en los resultados entre hombres y mujeres. "Esto puede tener graves consecuencias para la salud. Por ejemplo, ocho de los diez medicamentos retirados del mercado en Estados Unidos entre 1997 y 2001 plantearon mayores riesgos de salud para las mujeres que para los hombres". El principal problema de esta desigualdad radica en que la ciencia médica ha extrapolado los remedios farmacéuticos destinados al género masculino al femenino, con las graves consecuencias que eso conlleva, como la sobre-medicación de los cuerpos de las mujeres, expuestos a dosis excesivas, los peligrosos efectos que tienen las partículas tóxicas suspendidas en el aire por la contaminación, así como las alteraciones en el sistema endocrino por causa de los químicos que contienen los alimentos.

Las mujeres están infra-representadas en los ensayos clínicos. Los estándares clínicos de la medicina se han creado a partir de los hombres. Hay un lobby de investigadoras en la Unión Europea que reivindican la inclusión de mujeres en los ensayos de manera representativa al porcentaje de población consumidora. Las mujeres tienen una variabilidad hormonal diferente que producen unas reacciones

144: DeFilippis, Ersilia; Lau, Emily; Wei, Janet; Hayes, Shannon y Wood, Malissa (2018), "Where are the women in academic cardiology?", **The Lancet**, volume 392, issue 10160, p2152-2153, November 17, 2018

145: DeFilippis, Ersilia; Lau, Emily; Wei, Janet; Hayes, Shannon y Wood, Malissa (2018), *Ibidem*.

cruzadas entre los fármacos ensayados solo en hombres, de este modo, se pueden potenciar los efectos secundarios o aparecer otros diferentes.

La solución para incluir la perspectiva de género no procede debería pasar por modificar las enseñanzas universitarias de las ciencias médicas, a fin de cambiar el paradigma y evitar que se sigan produciendo muertes innecesarias por ignorar las problemáticas femeninas. Esto estaría cambiando con la aparición de las [Guías SAGER](#) (Sex and Gender Equity in Research), que proponen la incorporación equitativa del sexo y del género en la investigación mediante un procedimiento integral para informar sobre el sexo y el género en el diseño de estudios, análisis de datos, resultados e interpretación de los hallazgos.¹⁴⁶

FÁRMACOS Y DOSIS

Los cuerpos de ambos sexos son diferentes desde el nivel celular en adelante. Esto significa que no metabolizan igual los fármacos, pero también que su manera de enfermar, manifestar síntomas o sentir dolor, es distinta. Incluso sufren patologías dispares. Por ejemplo, el cáncer cervicouterino y la maternidad son exclusivos de la función reproductiva y la anatomía de las mujeres; como el cáncer de la próstata y testicular se refieren solo a la anatomía de los hombres.

Parece obvio, entonces, que la asistencia sanitaria se dirija a unos u otros teniendo en cuenta estas diferencias, pero durante décadas, la ciencia ha postulado que estudiar al varón era sinónimo de estudiar al ser humano. No fue hasta los años 70 cuando los sesgos de género en la salud se empezaron a denunciar, de la mano de movimientos feministas. Aun así, todavía hoy, la sanidad mundial carga con el lastre del modelo androcéntrico de atención médica, heredado del siglo XIX, que toma de referencia al hombre y el comportamiento del cuerpo masculino en la investigación, el diagnóstico y el abordaje terapéutico.¹⁴⁷

«Las inequidades de salud por cuestión de género, cuyo impacto negativo en las mujeres y niñas de todo el mundo ya ha reconocido la Organización Mundial de la Salud (OMS), se evidenciaron científicamente por primera vez en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. A pesar de ser la primera causa de mortalidad femenina en España, y en la mayor parte del mundo occidental, –en Europa muere una mujer por enfermedades del corazón cada seis minutos, y cada 60 segundos en Estados Unidos–, socialmente se siguen considerando patologías 'de hombres' y las mujeres suponen menos del 30% de la población analizada en los ensayos clínicos, como destaca un informe del Observatorio de Salud de la Mujer.

La misma situación es extrapolable a otras afecciones. De hecho, en 2014 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), afiliada a la OMS, manifestó en un documento que «durante decenios, en la investigación y los ensayos clínicos de tratamientos y medicamentos recetados a ambos sexos participaron solo hombres».

MENOR PREVENCIÓN

Para el caso de las citologías que se utilizan para diagnosticar el cáncer de cérvix, el porcentaje de mujeres que llevan cinco años o más, o nunca, sin un análisis es mucho más elevado y, para el con-

146: Manuel Huamán-Guerrero, Jhony A. De La Cruz-Vargas (2016), "Sexo y género en ciencias biomédicas: Sager guidelines" **Rev. Fac. Med. Hum.** Vol 16, Nº 2, pp 8-10, disponible en <http://www.ease.org.uk/wp-content/uploads/2016/08/SAGER-GUIDELINES-Ricardo-Palma.pdf>

147: Elena Martín López "Sesgos de género en la salud", La Verdad, https://www.laverdad.es/vivir/salud/sesgos-genero-salud-20200630163743-ntrc.html?ref=https:%2F%2Ft.co%2FsPmkUC8lcA%3Famp%3D1&fbclid=IwAR2Vpyotric-SqBkOnh12y-ZOkddalm8UppUVZh8Ck6OgbkE1weggPvI8_zg

junto de España es de **algo más de una de cada tres mujeres mayores de 15 años**. Sin embargo, el número se eleva mucho en el caso de las comunidades de Castilla y León, Andalucía, Cantabria y Extremadura, con cifras entre el 44% y el 55%.¹⁴⁸

El estudio de 2018 de la profesora Rosa Urbanos analiza la gradiente social en el uso de servicios preventivos del cáncer, las barreras de acceso y los aumentos de inequidad en las necesidades no atendidas, como el uso de mamografías o consultas a especialistas. Sus objetivos son medir la desigualdad relacionada con la renta en el uso de las citologías; identificar los factores que la determinan y calcular su contribución a la desigualdad y analizar la evolución entre 2006 y 2012 (las 2 Encuestas Nacionales de Salud). Los resultados obtenidos le permiten destacar que existe una desigualdad en relación con la renta, a favor de los grupos con mayores ingresos (pro-ricos) en ambos años y que dicha desigualdad aumentó entre 2006 y 2011 (índice de concentración pasó de 0.173 a 0.1888), pese a que también creció el porcentaje de mujeres que se sometieron a una citología (del 74% al 78%). Es decir, que el incremento se produce de manera paralela a un aumento del número de mujeres que pasan por el cribado. Las características que favorecen el acceso a la citología descartan los perfiles de las mujeres más pobres, ya que son la nacionalidad española, estar ocupada, vivir en pareja, tener un nivel educativo alto, desarrollar actividad física en el tiempo libre y tener acceso directo a especialistas.

Analizando la contribución de los distintos factores en el acceso a las citologías, la conclusión es que el más notable es la renta, seguida del nivel educativo, el acceso al especialista y la nacionalidad.

La renta es la que más contribuye a explicar la desigualdad. No obstante, entre 2006 y 2012, se reduce dicha contribución. La educación gana poder explicativo, contribuyendo más en 2012 que en 2006. La educación parece influir más y en esta época ya se ha producido un aumento del número de mujeres que tienen estudios universitarios. El acceso a especialista contribuye mucho en 2006, en 2012 pasa a ser uno de los últimos factores. La nacionalidad incide mucho más, debido a que este factor se ha hecho más desigual en la distribución. Las mujeres extranjeras se concentran entre los grupos más desfavorecidos (el efecto del decreto ley 2012 que anula la atención sanitaria para la población inmigrante en situación irregular no está contemplado en este estudio).¹⁴⁹

148: Llano, Juan Carlos (2019), **La desigualdad en la salud**. Loc. Cit.

149: Urbanos, Rosa (2018), "Changes in income-related inequalities in cervical cancer screening during the Spanish economic crisis: a decomposition analysis", **International Journal for Equity in health**. Exposición de Rosa Urbanos en el Seminario de Economía y Políticas de Salud "De la investigación a la acción". Madrid, 15 de enero de 2020.

II PARTE

La experiencia de salud y sanidad de mujeres atendidas por las entidades sociales

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A MUJERES ATENDIDAS

NOTA METODOLÓGICA Y ALCANCE DE LA ENCUESTA

Una tarea importante para el investigador es definir cuidadosa y completamente la población antes de recolectar la muestra. Inicialmente una población es una colección de elementos acerca de los cuales deseamos hacer alguna inferencia. En este caso, la **población objetivo** queda definida por "las mujeres atendidas por entidades sociales en España, en cualquier tipo de proyecto o actuación".

La investigación utiliza la muestra (un subconjunto lo más representativo posible de una población) para la toma de información con respecto a **la población objetivo**. No obstante, esto no es siempre posible, como sucede en este caso. El obstáculo principal es **la ausencia de un censo o base de datos única** de "mujeres atendidas por entidades sociales en España". Al no poder disponer de la población objetivo, la investigación se ciñe al concepto de **población investigada**.

Con respecto a la misma, el método de definición se ha establecido por uno de los procedimientos alternativos, que es el de **autoselección aleatoria** de las unidades. En este caso, la encuesta se ha distribuido a través de correo electrónico a las entidades sociales que forman parte de EAPN ES, quienes han decidido voluntariamente su participación en esta encuesta. En un segundo momento, aquellas que optaron por participar realizaron una distribución de la encuesta a las mujeres que participaran en sus proyectos o actividades, a través de los correos electrónicos. En un tercer momento, se produjo una selección automática entre aquellas que recibieron el correo y 253 mujeres decidieron contestar el cuestionario de forma completa en la web de EAPN de www.encuestafacil.com.

Es importante dejar en claro que este método encierra sesgos, por lo que los resultados **explican las circunstancias de la población investigada** y no son generalizables a la población objetivo, las mujeres atendidas por entidades sociales en España. Como aspectos positivos del estudio, los resultados obtenidos permiten detectar la importancia de algunos temas que se podrían verificar en la actividad de intervención social de las entidades y, si fuera posible, mediante la elaboración de un análisis estadístico representativo en el futuro.¹⁵¹

OBJETIVO DE LA ENCUESTA

La encuesta que analizamos a continuación proporciona información sobre la situación de salud y la experiencia de atención sanitaria, así como las desigualdades percibidas, que viven las mujeres atendidas por entidades sociales.¹⁵² El objetivo ha sido encontrar el sentido de los hechos sociales, su diversidad y significados para las personas que intervienen en ellos. Este análisis permite detectar temas, problemas y situaciones atravesadas por las mujeres encuestadas. En un futuro, este análisis podría ser complementado mediante una investigación cuantitativa, a fin de detectar si es posible generalizar estos hallazgos, midiendo su alcance e intensidad.¹⁵³

151: Se utiliza lo que se conoce como una **muestra en sentido restringido** dado que consideramos exclusivamente el listado de las unidades de donde se extraerá la muestra. La unidad identifica a la unidad estadística única que figura numerada e individualizada, pues cada unidad de muestreo es única en relación con cada elemento de la población, que aparece en un registro, si existe, o que se puede construir, condición que teóricamente debería darse siempre con el fin de respetar los principios de la teoría de probabilidades y del muestreo. En resumen, como no es posible contar con el universo o población de estudio, "mujeres atendidas por entidades sociales", al menos por el momento (aunque podría construirse), esta encuesta podría considerarse el primer paso para un futuro análisis estadístico mayor.

152: El Grupo de Trabajo de Género de EAPN ES colaboró activamente en el diseño de la encuesta.

153: Ver: López-Roldán, Pedro y Fachelli, Sandra (2015), **Metodología de la Investigación Social Cuantitativa**. Universidad Au-

PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES INVESTIGADAS

ENTIDAD EN LA QUE PARTICIPA

El **54,2%** de ellas participa en proyectos y actividades de una única entidad, **Cruz Roja Española**, con un total de **140 respuestas**. Las restantes entidades que aportaron encuestadas son CEAR (13,3%), Fundación Secretariado Gitano (6,6%) y Candelita (5,8%). El resto de las entidades en las que participan las mujeres encuestadas presenta porcentajes inferiores. Son: EAPN Madrid, Asociación Avant, Asociación Plaza Mayor, INPAVI, COCEMFE, ACCEM, COCEDER, Asociación Creativa, Fundación Tienda Asilo de San Pedro, EAPN Región de Murcia, EAPN ES, EAPN Aragón Red Aragonesa, EAPN Galicia, AREI, MPDL, Fundación Cepaim, Fundación Salud y Comunidad y Associació Àmbit.

LUGAR DE RESIDENCIA

El 17,7% de las mujeres encuestadas residen en Castilla La-Mancha, el 14,2% en Andalucía, el 11% en Castilla y León, el 10,6% en la Comunidad de Madrid y un 10,2% en la Comunidad Valenciana. Con porcentajes inferiores al 8%, han participado mujeres residentes en Canarias, Galicia, Principado de Asturias, País Vasco, Cataluña, Región de Murcia, Cantabria, Aragón, Ceuta, La Rioja y Extremadura.

El **76,8%** vive en ciudades, con más de **10.000 habitantes**. Un 8,3% en ciudades pequeñas, de 5.000 a 10.000 habitantes y el resto en pueblos rurales.

EDAD

Los **grupos de edad** más numerosos son el de 31 a 40 años (31%), el de 41 a 50 años (25,9%), el de 20 a 30 (21,6%) y el de 51 a 60 años (17,6%). Solamente un 3,1% tiene entre 61 y 70 años y un 0,8% cuenta con más de 71.

Nacionalidad

La **mayoría de las encuestadas tiene nacionalidad española (60%)**; un 4,7% cuenta con una nacionalidad comunitaria y el 35,3% con una de fuera de la Unión Europea.

Considerando la situación de las mujeres extranjeras, es importante destacar que el 39% lleva residiendo en España menos de 1 año y, consecuentemente, su nivel de respuesta está muy condicionado por sus experiencias previas fuera y el corto plazo para valorar las obtenidas en España. Un 34% de ellas vive en el país entre 2 a 10 años; el 17%, de 11 a 19 años y un 10%, 20 años o más. La situación de estancia de estas mujeres es precaria, ya que sólo un 34% cuenta con permiso de residencia y de trabajo y otro 23% posee tarjeta roja como refugiada. El 10% ha solicitado asilo sin obtener respuesta aún, el 2% tiene permiso de residencia solamente y el 1% dispone de un visado de estudiante. Las situaciones de irregularidad afectan al 30% de las mujeres extracomunitarias encuestadas.

NIVEL DE ESTUDIOS

El **nivel de estudios es heterogéneo**, destacando el 33,9% con un nivel universitario y de posgrado. Las mujeres que tienen formación o bachillerato con el 24%, las que tienen estudios primarios el

19,7%, las que cuentan con educación obligatoria el 13,4% y las que carecen de estudios el 2,4%. Un 6,7% indicó tener otro tipo de estudios no formales.

SITUACIÓN FAMILIAR Y DESCENDENCIA PROPIA

Con respecto a la maternidad, **el 74% ha tenido hijos/as biológicos** y un 26% no los ha tenido; sólo dos personas han indicado tener hijos/as adoptados/as. Dichos hijos e hijas han nacido mayoritariamente en España (75,4%).

El tipo predominante de familia entre quienes tienen hijos/as es la monoparental (47,3%); un 42% indica tener una familia nuclear y el 10,6% responde que tiene "otros tipos" de familia.

REPARTO DE LOS CUIDADOS

El 52% indica que cuida de miembros de la familia, en tanto que el 48% no lo hace.

El 36% dice que se ocupa "ella sola", el 29% que "nos repartimos las tareas, pero yo me ocupo más" y el 10% que "me ayudan mis padres u otros familiares". Otro 10% dice que "se reparten las tareas".

Hay varios testimonios que explican la sobrecarga de la tarea de cuidados en muchas mujeres:

- "Mi pareja va lejos para buscar trabajo y no tengo familia aquí"
- "Me ocupo yo sola de la limpieza, el padre de los niños, a veces, hace la comida y siempre hace la compra, yo cuando he cobrado, compro víveres y cosas necesarias, tanto para los niños como para la casa. Este hombre siempre intenta ocultarme cuando los hijos tienen que hacer actividades, salidas, etc. Siempre estoy atenta a las necesidades de mis hijos, pero con las limitaciones de la información con respecto a ellos."
- "A excepción de la comida, que de hace un año se dedica padre en el 99%, el resto lo hago yo (lavado ropa, organización, burocracia, listado de compra, hablar con los profesores). Una de mis hijas (la segunda empezará a estudiar) es de "Necesidades Específicas Educativas", por lo que requiere un seguimiento exhaustivo y continuo, que me produce agotamiento mental y físico; siempre intentando que no fracase como pude hacerlo yo, aún así repitió un curso. Ha tenido también depresiones, a consecuencias de sus NEAE, que le han hecho autolesionarse etc, por lo que ha sido doblemente agotador. El padre siempre me dice, "eso hazlo tú que yo no sé", pero bueno, es así con casi todo. Con la comida era igual hasta que un día me enfadé muchísimo porque estaba harta de que viniese cada dos por tres a preguntarme como se hacía algo que ya le había explicado mil veces."

En otras, las mujeres refieren una "extensión natural" de la responsabilidad de los cuidados en las hijas y la madre:

- "Me ayuda mi hija"
- "Me ayuda mi madre".
- "Estoy yo con mis hijos sola y mi madre cuando puede me ayuda"
- "Somos hogar monomarental, nos repartimos las tareas mi madre y yo"
- "Vivo con mis padres y hermana y hacemos nosotras todas las cosas"

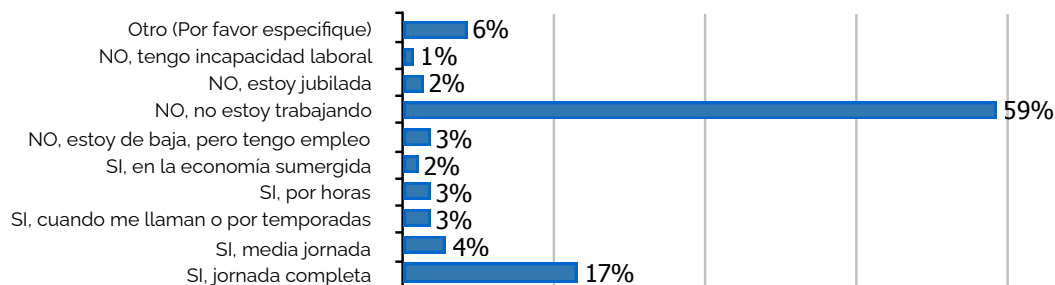
También hay un testimonio de los cuidados transnacionales:

- "Actualmente se ocupan mi pareja y mis padres en Venezuela"

SITUACIÓN OCUPACIONAL Y ECONÓMICA

De un total de 253, encontramos que 149 mujeres (59%) indican que no están trabajando. Sólo 44, el 17%, está empleada a jornada completa y 11, un 4%, a media jornada. Excepto por las 5 mujeres que están jubiladas, el resto se encuentra en distintas situaciones de precariedad laboral.

Gráfico 1. Situación ocupacional



Dentro de quienes contestaron "otros", las explicaciones principales refieren problemas variadas: violencia de género, imposibilidad de conciliación y baja autoestima, explotación laboral y sobrecarga personal, enfermedad, dedicación a cuidar a otros, falta de permiso de trabajo. A continuación, los testimonios:

- "No, estoy en recuperación por una agresión de violencia de género. Aunque actualmente gracias al grupo Acércate de la Cruz Roja, me estoy formando en un curso de Autonomía y ayuda a la dependencia."
- No he conseguido trabajo con el compaginar con el cuidado de mis hijas y mi físico (tengo obesidad, sufrí bulimia en mi adolescencia y ahora tengo otros problemas), se me han cerrado puertas. La verdad, soy o era buena en lo mío, pero es un mundo o de hombres o tienes que tener un súper cuerpo."
- "Tengo un trabajo supuestamente a media jornada (aunque hay que dedicarle la jornada completa luego desde casa) y lo compagino con encargos puntuales en régimen de autónomos, ya que mi salario a media jornada es insuficiente (no llega al salario mínimo interprofesional).
- "Todavía no tengo permiso de trabajo". "No trabajo por que aún no tengo el permiso para hacerlo".
- "Cantamos en las calles y ese es nuestro ingreso único. Uno de mis hijos cobraba el ERTE y otro el paro, pero ya no".
- "No puedo trabajar por mi mala salud".
- "Cuido a mi prima que tiene Alzheimer, sin pago".

El problema económico es importante entre las mujeres encuestadas, dado que el 78% llega a fin de mes con dificultad: 107 de ellas (42%) indica "mucho dificultad" y 92 (36%) con "algo de dificultad".

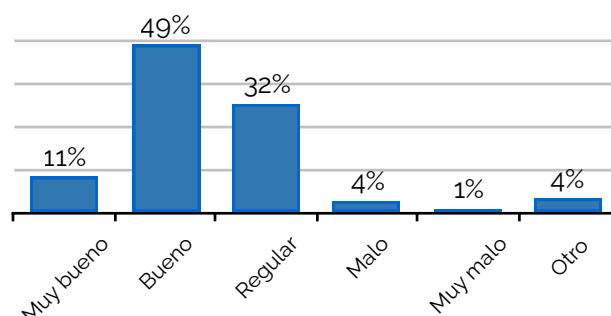
ESTADO DE SALUD

SALUD AUTOPERCIBIDA ¿SESGO DE OPTIMISMO VITAL?

El optimismo vital es un sesgo cognitivo que resulta ser una creencia errónea de las posibilidades de experimentar eventos negativos en la vida y que los eventos positivos sean más altos que los de otras personas. Es posible que, en las respuestas sobre este tema, las mujeres encuestadas hayan sufrido este sesgo.

El 60% de las mujeres tiene una percepción positiva de su estado de salud: 123 (49%) considera que su estado de salud es "bueno" y 27 (11%) como "muy bueno". Le sigue un tercer grupo de lo percibe como "regular", con un 32%. Las categorías "malo" y "muy malo" solo son señaladas por 12 mujeres (5%).

Gráfico 2. Percepción del estado de salud por parte de las mujeres encuestadas



Las 11 mujeres que marcaron la opción de "otros" refieren situaciones de agobio, depresión y síntomas de posibles enfermedades:

- "Mi estado de salud es bueno, aunque dependo de antiepilépticos"
- "Tengo alergia y anemia"
- "Estoy un poco deprimida por no tener trabajo"
- "Tengo discapacidad oído + vista"
- "Padezco de un problema, de un tumor cerebral residual epidermoide intrasensorial, de los cuales debo tener algunos controles y tomo medicamentos para evitar que esto crezca"
- "Tengo ansiedad y depresión por mi situación familiar".
- "Tengo mucho estrés en el trabajo, estoy desbordada"
- "Tengo la tensión de los ojos y lumbago"
- "En general (mi estado de salud) es bueno, pero estoy empezando a tener problemas de salud como hipertensión e incremento súbito de sobrepeso. Me están haciendo diversas pruebas para descartar posibles cardiopatías, y mis doctores sospechan que estos problemas pueden ser provocados por el estrés y por mi situación emocional (hogar roto, estar injustamente separada de mi hijo)."

DISCAPACIDAD

Además, a la pregunta sobre si tienen discapacidad, 25 mujeres (10%) respondieron que sí. Cinco de ellas no proporcionaron datos. El grupo más numeroso es el que tiene discapacidad reconocida entre un 30% y un 39%, con casi la mitad.

Tabla 1 Mujeres con discapacidad por porcentaje reconocido

Discapacidad (% reconocido)	Número de mujeres
de 20% a 30%	2
de 30% a 39%	9
de 40% a 49%	3
de 50% a 59%	2
de 60% a 70%	4
Total	20

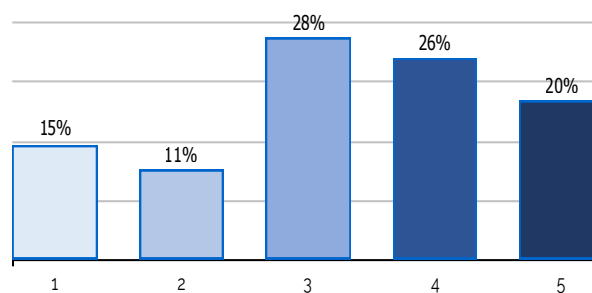
Entre ellas, hay una mujer que parece no haber certificado su situación, ya que indica que: "No lo llamo como una discapacidad, tengo un problema en la pierna izquierda debido a una aplicación de una inyección y me afectó un tendón y cojear, y debido a las cirugías realizadas en mi cerebro ha afectado más mi cojera, no puedo caminar largos ratos, ni puedo estar de pie mucho tiempo".

Sobre un total de 25 mujeres, el tipo principal de discapacidad es la física, con 13 mujeres (52%), seguida por la mental con 7 (28%).

SITUACIÓN DE ESTRÉS Y ANSIEDAD

El 74% de las mujeres encuestadas señala tener algún grado de estrés y ansiedad. Se les preguntó cómo eran sus niveles de estrés y ansiedad en el día de la encuesta, pidiendo que marcaran 1 si éstos eran "muy bajos" y que marcaran 5 si estos niveles eran "muy altos". El 46% de las mujeres encuestadas indicó tener niveles "altos" o "muy altos" y el 28% señaló un nivel regular. Sólo el 26% optó por niveles "bajos" y "muy bajos".

Gráfico 3. Valoración del nivel de estrés y ansiedad en el día de la encuesta



En la siguiente pregunta se les pidió que "explicaran su respuesta anterior" y 81 mujeres proporcionaron algún tipo de explicación. A continuación, se agrupan y presentan los temas emergentes que, en muchos casos, reflejan una situación problemática multidimensional, con la pandemia del COVID-19, las medidas adoptadas durante el estado de alarma como el confinamiento y el cierre de la actividad económica, como marco de fondo.

El trabajo (tenerlo, por sus exigencias; o carecer de él, por sus consecuencias), falta de ayudas y discriminación:

- "El teletrabajo me está generando estrés."
- "Al no contar con un trabajo, genera estrés."
- "Me preocupa que no me renueven el contrato de trabajo."
- "Depende del día o de la semana, depende de los usuarios con los que estoy tratando, o depende de los tipos de la tarea y el tiempo límite que tengo."
- "Quisiera poder ayudar en casa económicamente teniendo un trabajo estable. Pero como no hay manera de encontrarlo. Me siento mal."
- "Extraes ansiedad de saber que se te acaba la ayuda y que te quedas sin ingresos para tirar hacia delante, y que por más que echo currículum por Internet no hay manera."
- "Por la enfermedad de mi padre y por no tener trabajo."
- "Sin empleo con tantos gastos que cubrir y con una niña que mantener y tantas cosas."
- "No tengo trabajo y con la grave problemática del Coronavirus ya no están contratando personal para trabajar y aunque trato de ser optimista y busco empleo sin cesar, se hace ahora más difícil que nunca y yo en este amable país; pero sola, no veo que puedo hacer.... He pedido varias ayudas para gentes sin recursos, pero todavía no se han hecho efectivas.... Todo ello, aunado al no poder ayudar a mi familia en mi país y sentirme sola y sin apoyo, genera en mi un muy muy grande estrés."
- "Alta carga de trabajo y alta responsabilidad."
- "Bueno pues... ni tengo trabajo, estoy divorciada, vivo en casa de mi padre que tiene 85 años, dependo de él económicamente y cuando él no esté... Si no tengo trabajo veremos qué hago, porque la casa donde vivimos también es de mis hermanos."
- "Además, por esta situación (COVID) no hay tanto trabajo, tengo alergia de químicos y no puedo trabajar en todos puestos. Cómo somos extranjeros no quieren contratar nos. Dos años estoy aprendiendo español, tengo nivel B2, pero por nacionalidad no nos aceptan. Cómo tengo hijos estoy muy preocupada."
- Por no tener trabajo, por no tener vivienda propia, por la preocupación de la que vivimos actualmente referente al coronavirus, en resumidas cuentas, de ver difícil una salida u sobre todo por ser mujer separada con hijos a mi cargo."
- "Sin trabajo, mi situación económica."

La sobrecarga de tareas no compartidas y la imposibilidad de conciliar adecuadamente:

- Teletrabajo, tele-educo y me ocupo de las tareas de la casa."
- "Estoy con mucho trabajo tanto laboral como personal."
- "La dificultad de conciliación de la vida laboral, personal y familiar en mi unidad monomarental fomenta el aumento de mi estrés. La carga de trabajo laboral y de cuidado del menor sin apoyo, a veces me desborda."
- "Me estresa un poco la situación de combinar el cuidado de mi hijo, con la búsqueda de empleo ya que tiene que ser un empleo con un horario específico para hacerme cargo de mi hijo, la casa y el traslado hasta el colegio, que esta en otro municipio diferente del que vivimos."
- "Hijo, limpieza y mantenimiento de la casa, administración del hogar, trabajo, estudio, usurarios, familia, teletrabajo..."

Los problemas y tensiones intrafamiliares, especialmente los derivados de la pobreza, la falta de autonomía y la pandemia:

- "Tengo mucho estrés y ansiedad, ya que vivo con mi mamá y mi hija, donde una hermana y la situación en casa no es agradable, ya que ni mi madre ni yo tenemos empleo. Tenemos gastos y vivo el día, buscando empleo, porque debemos salir lo más pronto posible del lugar donde vivimos. Y tengo que ver muchas veces como hago para la alimentación de mi hija, mi madre y la mía."
- "Actualmente mi situación de estrés y ansiedad son altos, ya que en el piso donde convivimos mi madre, mi hija y yo, hay un ambiente muy tenso. Pues debemos independizarnos lo mas pronto posible. Pero debido a la situación económica se nos ha hecho imposible y con el tema pandemia y covid-19, se me ha retrasado mucho mas el poder conseguir empleo. Además, la alimentación de

mi hija, madre y la mía, no es la mas adecuada."

- "Tengo un alto nivel de ansiedad por problemas familiares (mi padre ha perdido el trabajo, mi madre se ha ido de casa y tengo que hacerme cargo de mi hermana, y además hacerme cargo de mi familia como son mi marido y mis dos hijas...)"
- "Mi nivel de estrés es muy alto debido a que estoy buscando empleo y se me dificulta, tengo estudios superiores y muchísima experiencia laboral, sin embargo, no he podido realizar la homologación de mis estudios universitarios y como mi experiencia laboral ha sido fuera de España, pareciera no valer nada, pese a que he trabajado en una multinacional. Estoy muy preocupada porque no tengo los recursos suficientes para mantenerme sin empleo."
- "Mi situación con el padre de mis hijos es muy complicada."
- "Mi pareja está pasando por un momento de enfermedad delicado y me estresa un poco."
- "Problema con mis hijos."
- "Las cargas familiares son un factor estresante alto, vivimos con mis suegros y dos sobrinos, de los cuales ninguno trabaja, uno tiene permiso de trabajar, pero no trabajo, el otro no tiene permiso de trabajar, y la situación económica aunado a la situación COVID hoy en día eleva nuestro nivel de ansiedad y estrés mismo. Por otro lado, los jóvenes no tienen responsabilidad ni conciencia sobre lo importante que es cuidarse y tomar medidas, y los mayores también se estresan y necesitan salir, entonces todo se junta."

La precariedad de la situación de vivienda:

- "Recientemente disfruté de una ayuda que recibimos para rehabilitar la vivienda, no lo cubría todo, por lo que hay que terminarla. Me encuentro en otra casa de un familiar por parte de mi marido en la que no soy bienvenida, aunque no está aquí, tengo prohibida la entrada y aunque sabe que finalmente estoy, siempre estoy pendiente de que aparezca y me eche. Tampoco sé como voy a poder afrontar casi sola, el terminar la obra de la casa, sacar todas las cajas, donde mi marido, por último, guardó todo mezclado, y todo esto antes que empiecen las clases y afecte más a mis hijas. Todo esto me produce mucho estrés, quiero que sean personas con estudios e independientes, no quiero que les pase como a mí. Hace ya unos años que no duermo y además desde hace dos años, me detectaron nódulos en la tiroides que, según qué médico, dicen que empeoran con el estrés."
- "Debido a que me vence el contrato del centro el 24 de julio y no encuentro piso, mi estado es que no duermo y lo poco que duermo me levanto empapada en sudor tengo insomnio debido a que tengo pesadillas de verme en la calle... Se que el centro esta haciendo todo lo que puede, se han portado sensacionalmente conmigo me han tratado muy bien, son unas excelentes personas."

La experiencia migratoria, dejar el país de origen:

- "Vivo bajo mucho estrés y mucha presión por la situación familiar al tener que haber salido de nuestro país por amenazas de muerte contra mi esposo hijos y hacia mi el temor no me deja vivir tranquila aún estando fuera de Colombia vivo en constante angustia y zozobra".
- "Pues tengo dos niños chiquitos y no logro conseguir trabajo a... y mis padres están en peligro de muerte y eso no me deja ni dormir."
- "La verdad es un poco duro, con dos hijos menores, teniendo toda mi familia lejos, más doy gracias a Dios por tenerlos. En temporada de colegio hago cursos con Cruz roja, buscó trabajo por hora, para ayudar a mi esposo y cubrir los gastos."
- "Debido a que mi familia y yo somos inmigrantes nos vimos en la necesidad de salir corriendo de nuestro país, mi esposo ha sufrido ataques de ansiedad muy fuertes, motivo por el cual yo también estoy padeciendo, pero a menor escala."
- "Es muy difícil nuestra situación como inmigrantes y además acaba de nacer mi nieta y nos enteramos que hay que pagar algunas de las vacunas (en mi hogar ninguno de nosotros tiene empleo)."
- "Mi situación con respecto al trámite de protección internacional no está definida y eso me genera estrés y ansiedad por lo que pasara conmigo y mi hija."
- "Trabajo inestable, sin documentación de residencia y viviendo en un centro de acogida."

- "Como además de ser solicitante de asilo soy víctima de violencia de género y ahora mismo vivo en casa de acogida, el estrés es muy grande debido a que debo conseguir empleo para poder tomar un piso en alquiler, y esto no es fácil entonces se hace difícil comenzar porque el COVID dejó más desempleados y eso resta opciones a quienes acabamos de llegar y no tenemos experiencia laboral en España."

La autoexigencia:

- "No me permito a mí misma mucho descanso, ni tengo opción a ocio. Aunque no lo hago premeditadamente, no me permito relajarme. No paro de buscar empleo por internet, cuadrar cuentas para salir de esto airosos, intentar que mi hija tome conciencia de la situación sin que su autoestima se vea perjudicada... etc."
- "Las obligaciones de la vida diaria sumadas a la mi propia autoexigencia provocan ir siempre con prisas, lo que provoca estrés."
- "Niveles no muy altos, pero si altos, en estos momentos estoy en el proceso de manejar ciertos temas personales para poder manejar la ansiedad."
- "Estrés por el ritmo de vida de trabajo y cuidado de menores. Culpabilidad por no llegar a todo como me gustaría."

La pobreza y las dificultades para llegar a fin de mes (se entrevén en varios testimonios, pero se aprecia más en los siguientes):

- "Tengo mucho miedo por el coronavirus y estoy agobiada por no poder darle de comer a mis hijos."
- "Estrés por la preocupación de llegar a fin de mes y de cubrir las necesidades de mi hija."
- "Pues con mucho estrés, por la situación que nos rodea, sin trabajo, con muchos pagos."
- "Inestabilidad emocional, problemas para pagar la vivienda y llegar a fin de mes."
- "Por la situación que atravesamos económicamente al encontrarse mi pareja en ERTE."
- "Por no saber cómo pagar deudas, comida."
- "Estresada porque no se como voy a hacer para pagar los gastos del hogar."
- "Por no contar ahora con ingresos suficientes."
- "Me siento así por la pérdida del trabajo de mi esposo, el confinamiento incluso se me ha descontrolado mi presión arterial."
- "Me agobia mucho a no tener ingresos."
- "Llevo casi dos años sin trabajar... y soy la única que trae dinero a casa. Debo pagar todos los gastos de casa y me es muy difícil llegar a final de mes."
- "Porque no tengo trabajo para que mis hijos puedan tener en la nevera comida."
- "Vivo cerca de mi madre, me toca estar muy pendiente de su cuidado y no tenemos buena relación, pero aún así me ocupo de ella. Aparte cuido de mis dos hijas. Estoy sin trabajo y sin vistas de futuro. Pocos recursos y muy ansiosa por la situación actual, sobre todo económica."

Los dolores y el malestar que no reconocido o tratado por la atención sanitaria:

- "Estoy con muchos dolores y esto me crea ansiedad ya que no me solucionan nada. No me mandan más medicamentos, me deriva a urgencias."

Las experiencias de violencia experimentadas:

- "Sufro ansiedad en mi día a día. Hace poco tuve una experiencia desagradable de acoso e intimidación de un desconocido y me generó más ansiedad."
- "Tengo episodios de ansiedad y me he aislado a causa de mi desagradable experiencia, al haber sufrido la agresión, me llevo a un aborto de cuatro mese de gestación y no tengo un entorno familiar o de amigos, por lo que mi recuperación, con mucho esfuerzo, la hago sola (conmigo)."
- "Pleno proceso de divorcio por malos tratos"

- "Mucha ansiedad, estrés de hecho soy persona (víctima) de violencia de género y llevo durante 5 años tomando tratamiento para la depresión."
- "Estoy de baja por una agresión en el entorno laboral."
- "Mi nivel de ansiedad es muy alto porque estoy conviviendo en la casa del padre de dos de mis hijos, con ellos, y diariamente tengo que soportar comentarios despectivos hacia mí por parte de este señor, además, me hace sentir como si no tuviera valor delante de mis hijos, a veces, me tira cosas en cara, (la comida, la casa...). Muchas veces habla muy mal de un hijo mío mayor, al que echó de casa. Este hijo mayor, sin darse cuenta, me dice que está en la calle (vive de ocupa en un solar) porque yo no he actuado como una madre, y le he permitido a este señor que lo echara. Llevo mucho tiempo preparándome para poder trabajar y lograr una independencia, pero los trabajos que me salen son esporádicos, esto me lleva a no tener ninguna esperanza en lograr esa ansiada independencia. Además, otra oportunidad para irme de este infierno sería una vivienda de protección oficial, pero está todo demasiado lento, y tampoco tengo garantías de recibir vivienda. Veo mi futuro en este infierno, con este señor, o en la calle. Esto me hace sentir sin aliciente ninguno. Me despierto de madrugada con palpitaciones, pensando en todo esto y no viendo solución ninguna, a pesar de haber luchado con todas mis fuerzas para salir de todo esto."
- "Tengo un trabajo más o menos estable, pero está muy mal remunerado, por lo que no me permite cubrir todos mis gastos. Tengo que completar mis ingresos con servicios como autónoma, con la incertidumbre que ello conlleva. No es fácil, muchos meses no llego a fin de mes y me he ido comiendo mis ahorros. En 5 años me he gastado 2/3 de lo que tenía ahorrado y no sé cómo revertir esta situación, de momento voy aguantando, pero lo de esta pandemia va a empeorar las cosas. Adicionalmente, hace años mi entonces marido y yo vivíamos en ciudades diferentes por trabajo, pero seguíamos en régimen de casados. Un verano se llevó al niño un mes para que viera a su abuela paterna y no lo devolvió. Me amenazó con quitarme al niño si le pedía el divorcio y si no volvía junto a él, trasladándome de ciudad. No creí que fuera capaz, sin embargo, se las arregló para ir retrasando el juicio de divorcio casi un año, y al final le dejaron a él la custodia. Llevo 6 años desplazándome a otra CCAA para poder ver a mi hijo en fines de semana alternos -con el enorme gasto que eso conlleva- y disfrutando de él solo la mitad de las vacaciones. Aunque mi mayor alegría es estar con mi hijo, me parece tan injusta esta situación que tengo esos viajes atragantados, y eso, sumado a todo lo que pasó sin yo sentir que se hizo justicia de verdad, o mi sensación de desamparo ante la ley, me tienen el corazón roto. Cuando mi hijo está conmigo, le muestro mi mejor cara y procuro que nuestro tiempo sea de calidad. Cuando estoy sin él, ocupo mi tiempo en muchas cosas diferentes para no pensar y evitar sentirme triste. Pero eso son paños calientes, y no pueden ocultar que hay una situación pendiente de resolver detrás. Posteriormente a mi divorcio, gracias a los servicios de violencia de género de la Cruz Roja, descubrí que había sido víctima de maltrato de género (menos el físico). El sentimiento de que, habiendo sido yo la víctima, es el agresor quien tiene la custodia de nuestro hijo, y quien disfruta de una posición más cómoda a todos los niveles (material, económica, de influencia sobre el niño, etc.) me produce mucha frustración. También en los dos trabajos que compagino tengo periodos puntuales con picos de estrés. Soy profesora y el periodo de exámenes, por ejemplo, sería uno de esos picos. Este tipo de estrés lo llevo mejor, creo que es el otro estrés emocional el que me afecta más."

Situaciones complejas e incertidumbre que no se pueden sobrellevar y causan estrés y miedo:

- "Ahora mismo por el COVID-19 que enfermó mi marido, por el estrés del trabajo y por mis familiares afectados por el confinamiento."
- "Me causan estrés las situaciones difíciles."
- "La incertidumbre me ocasiona mucho estrés."
- "Incertidumbre, inestabilidad por no resolver trabajo."
- "Desde la situación personal vivida la ansiedad es difícil que se vaya, hay días en que no la siento y otros, especialmente que son más elevadas, sobretodo por la realidad que me ha tocado vivir."
- "Hoy me siento muy bien, pero soy muy variable, mi estado de ánimo suele variar."
- "Los miedos que tengo hay llegado a superarme algunas veces no se si hay futuro para mi persona"

por muchas razones que para muchos son sin importancia."

- "La situación de la pandemia me pone muy nerviosa, porque tengo mucho miedo que no puedo controlar."
- "Sufro de ansiedad y dificultad para dormir."
- "Muy estresada."
- "Toda la situación de la pandemia, la inestabilidad laboral, estar lejos de mi familia."
- "Estoy a un nivel de estrés en el trabajo que me siento desbordada y que no puedo con todo."
- "En seguimiento (médico) por ansiedad y depresión."
- "Por toda mi situación personal, más el día a día de lo que todos estamos viviendo."



DETERMINANTES DE LA SALUD

INFLUENCIA DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA GENERAL (INGRESOS, VIVIENDA) EN LA SALUD

Se preguntó a las mujeres si creían que la situación económica, de ingresos y vivienda influye en su salud y, específicamente, cómo y en qué sentido se manifiesta dicha influencia. El 78% de las mujeres indican que su situación económica, de ingresos y de vivienda sí les produce una influencia negativa en su salud (183 respuestas sobre un total de 235). Las principales consecuencias indican problemas de salud física, psicológica y de malestar. Hay 17 mujeres que sólo contestaron con la palabra "Sí" y 28 que indicaron que "les influye en el estado de ánimo y el estrés". Las restantes 135 respuestas señalan, a veces en la misma frase, una o varias de las siguientes consecuencias:

- ✓ Migrañas, cefaleas, dolores de cabeza crónicos.
- ✓ Gastritis reactiva, colon irritado.
- ✓ Contracturas, dolor cervical, dolor de espalda, empeoramiento de la artritis.
- ✓ Dolor y malestar generalizado.
- ✓ Diabetes, colesterol alto, tensión alta.
- ✓ Insomnio.
- ✓ Caída del cabello.
- ✓ Problemas de tiroides.
- ✓ Trastornos de la alimentación, obesidad, bulimia, pérdida de apetito, alimentación inadecuada.
- ✓ Tristeza y desconsuelo, estado de ánimo bajo, desesperación.
- ✓ Estrés, ansiedad, depresión, ideación suicida.
- ✓ Cambios de humor, irritabilidad, agotamiento mental.
- ✓ Anomia, aislamiento, temor, impotencia, sensación de desbordamiento, sentimiento de inutilidad, sensación de ahogo por la alta autoexigencia.
- ✓ Situación de salud agravada por no seguir tratamientos que exigen copago o pago completo, pagar las medicinas o consumir los productos dietéticos que se necesitan por la patología.

Estos son los testimonios:

- "Si influye psíquicamente, porque cuando llegan las cuentas y el dinero no da para pagar, uno se desespera. Me deprimó y eso se me refleja en mi rostro. Pues mis niños se dan cuenta y me preguntan qué me pasa."
- "Al no trabajar por la situación actual, dependemos de mi padre y me crea estrés y ansiedad porque me gusta ser independiente y porque nos cuesta llegar a fin de mes mis padres, mis dos hijos y yo."
- "Claro que sí, vive una pensando una cosa y otra, pensamientos muy variables, pero tanto pensamiento se acumula, como encerramiento, uno piensa mucho en lo que estamos viviendo, porque a veces una quisiera tener donde vivir y sentirse segura, pero no sé cómo lograrlo."
- "Mi situación económica influye en mi estado de ánimo. Todo el tiempo estoy pensando en lo mismo y la situación de la pandemia también ha empeorado la situación, porque los empleos que he buscado a nivel internacional han quedado en espera debido a que las empresas no están operativas al 100% y menos ingresando personal. Y a pesar de que me he postulado para varias ofertas en Pontevedra, no he obtenido respuesta de ninguna de las postulaciones."
- "Sí, las preocupaciones influyen en los nervios y la salud."
- "Sí, mi situación económica es regular."
- "Sí, yo creo que mi situación económica general influye mucho en mi salud y de manera negativa, por supuesto en el ánimo, en mi salud física y en el cuidado de la misma."
- "¡Claro! Influye muchísimo, solo el desespero de saber que tus hijos no tienen en dónde vivir o comer."
- "Ahora tenemos muchas preocupaciones del futuro, encontrar trabajo, como ahora vivimos del ayuda de CEAR.... ¿sin trabajo?"

- "Al no tener ingresos fijos, me siento muy angustiada, porque no puedo independizarme y estoy aguantando una muy mala situación que me provoca mucha ansiedad y depresión."
- "Ansiedad y malestar."
- "Aumenta el nivel de estrés y el malestar y/o dolor físico (pinzamiento de cervicales, dolor de cabeza...)"
- "Claro ...teniendo familia a cargo es necesario tener una tranquilidad económica y una estabilidad de vivienda ...yo que he y estoy criando a mis hijos durante muchos años de alquiler, he tenido que mudarme como 7 veces de municipio y eso no es nada bueno para una familia."
- "Claro que influyen muchos por que estás con el miedo de que lo que ingrese te alcance para pagar donde vives y que tengas que comer en tu casa, te descuidas de tu salud por miedo a gastar lo poco que tienes y minimizas en comprar lo más importante, aunque las medicinas lo sean, pero sino son para tus hijos no los compras y tratas de ser fuerte con lo que tienes en casa."
- "Claro que me afecta porque si tengo facturas que pagar, no llego a fin de mes y me falta dinero, ... me afecta en el sueño porque no descanso al pensar en como voy a pagar esas facturas o solucionar los problemas."
- "Claro que sí, pues es duro pensar que el mes está acabando y no sabes cómo cubrirás todos los gastos. el nivel de estrés se hace notorio. Pues cómo cada familia buscamos lo mejor para los hijos y cuando no es posible eso afecta el ánimo, más siempre con una sonrisa para nuestros hijos (los padres pisamos espinos para ofrecer flores a nuestros hijos)."
- "Claro si no tengo un ingreso seguro mensual afecta mi salud ya que debo pagar servicios, alquiler y la alimentación para brindarle una estabilidad a mi hijo."
- "Con 430 cuesta mucho y también teniendo dos niños se necesita un trabajo."
- "Creo que influye si la situación es precaria. A mi, me he influido alguna vez, de forma puntual por un gasto extra o un cambio de la situación económica."
- "Creo que mi situación económica influye sobre mi salud y al no tener vivienda también hace que piense mas y muchas veces me veo sin saber que hacer y eso hace que mi animo baje y muchas veces estoy sin ganas y sin animo para hacer nada incluso el comer no lo hago regularmente por falta de apetito que se crea por la ansiedad y al no encontrar solución para tener mi propio hogar y así poder tener una estabilidad tanto para mi hija como para mi."
- "Creo que sí influye, debido a la incertidumbre que genera el no ser autosuficiente para generar los ingresos que se necesitan."
- "Creo que si porque la economía esta muy mal y mas sin trabajo."
- "Creo que sí que influye en mi salud, por supuesto, al estar mejor o peor económicamente, influye directamente en mi estado de ánimo, preocupaciones de llegar o no a fin de mes, etc."
- "En mi estado la preocupación es mas complicada, por la edad y la situación económica, los ingresos son mínimos con lo cual es estrés y todo lo de mas son muy presentes en mi vida."
- "En primer lugar si influye mucho, negativamente, en mi estado de ánimo es bajo con lo cual mi estado de salud física se resiente para ello no tomo ningún medicamento."
- "En que no descansas igual. La tranquilidad de tener otro sueldo."
- "Es la preocupación de pagar el piso y los gastos en general."
- "Es muy difícil vivir en estas condiciones."
- "Estamos acogidos por la Cruz Roja y gracias a ello no nos hace falta nada ya que cubren todas las necesidades comida, durmiendo, medicamentos más sin embargo siempre tenemos preocupación."
- "Estoy desempleada y no tengo derecho de a ningún subsidio, claro que está situación influye en mi ansiedad."
- "Influye en el estado de ánimo, en comprar sobre todo lo que necesita mi hija con discapacidad..."
- "Influye en mi estado de animo que inclusive se me cae el cabello de tanto estrés."
- "Influye en todo, es muy estresante el no saber de donde sacas para esto, para lo otro, y mas teniendo una bebé de 3 meses y un hijo lejos de el cual tienes que ver de donde sacar para mandarle para sus gastos que el te diga mami necesito esto y no tener como dárselo..."
- "Influye muchísimo porque estás muy preocupada, la preocupación y la ansiedad genera enfermedades mentales y físicas. Me duele todo, estoy muy tensa, no puedo comprar comida como quisiera para mi y sobre todo para mis hijas. No voy a actividades para mí porque cuestan dinero y eso me genera mucho estrés"

- "Influye mucho porque me produce ansiedad, insomnio, caída del cabello."
- "Influye principalmente en el estado de ánimo y estrés, y a su vez yo personalmente termino somatizando estas situaciones y exteriorizándolas a través de mi cuerpo: (migraña, gastritis reactiva, colon irritado, ansiedad, comer mucho o no comer nada) lo que se traduce en aumento de peso (muy malo para la salud y comorbilidades) insomnio."
- "Influyen en el estado de ánimo."
- "La incertidumbre hace que me sienta mal."
- "La incertidumbre pensando en el futuro genera ansiedad y estrés, lo cual también se nota en el cuerpo: agarrotamiento de los músculos, dolores de espalda, dificultad para respirar sin causa aparente, apatía, menos ganas de moverse..."
- "La salud como derecho humano es más que el acceso a los servicios sanitarios, y tiene que ver con la calidad de la alimentación (que a menos ingresos peores condiciones), vivir con el estrés de no poder pagar el alquiler y verse sometido a un desahucio empeora las condiciones de bienestar y salud mental. Los procesos de privatización de la salud pública, también nos afecta porque la calidad de atención, los tiempos de espera son insostenibles."
- "La situación económica influye en la salud mental y familiar."
- "La verdad no es fácil, en el momento tengo techo y comida y medicamentos, pero sin trabajo, pienso mucho cuando tengo que ir de la casa, no es fácil encontrar un piso porque nadie te alquila sin nómina del trabajo y con mi edad no te contratan y más cuando tienes lumbago, hay piso de protección pero sola para las mujeres que tienen orden de protección y las que no tienen hay que enfrentar la vida sola ..."
- "La verdad yo si pienso mucho en todo."
- "Llego a fin de mes justo si no hay imprevistos. No alcanza para cubrir la salud dental, ni comprar calzados, sólo para los gastos fijos y la alimentación."
- "Lógicamente cuando uno no tiene una edad considerada, hijos y no tiene vivienda propia ni trabaja estable creo que es normal que el estado de ánimo no sea el mejor y a veces los nervios formen parte de la rutina."
- "Los ingresos y la vivienda si influyen en mi salud. Los ingresos se han reducido y los gastos han aumentado Y en cuanto a la vivienda, me hace daño porque tengo muy malas experiencias vividas en ella."
- "Me dan convulsiones y el estrés aumenta mi deterioro de salud."
- "Me estresa no llegar a fin de mes y no quiero que le falte nada a mi hija."
- "Me influye en mi estado de ánimo. Me agarran fuertes dolores de cabeza y espalda."
- "Me influye mi casa donde vivo, la economía, no tengo luz, no tengo ingresos, no tengo padres, no tengo familia, yo sola para todos tengo hijos y nietos no me ayuda la asistenta, no quiere darme cita, me he sentido discriminada, me siento mal."
- "Me produce mucho estrés la falta de empleo."
- "Mi estado de salud es lo que influye en los pocos ingresos, ya que no puedo trabajar debido a mi enfermedad y la PNC que percibo es muy baja para cubrir todos los gastos mensuales."
- "Mi familia es monoparental y tengo que tener trabajo para mantener a mis hijos."
- "Mi situación económica influye en la salud por la preocupación de poder llegar a fin de mes, con los pagos, con la compra y todos los gastos que se tienen."
- "Nunca había estado tanto tiempo sin encontraré trabajo y me genera ansiedad añadida, falta de autoestima, inseguridad."
- "Padezco ansiedad"
- "Por supuesto que influye en nuestras relaciones intrafamiliares ya que todos estamos muy ansiosos y preocupados. No logramos comprar ni siquiera las medicinas que tenemos de por vida mi esposo y yo y hemos tenido que perder la dentadura por falta de dinero."
- "Por supuesto que influye, si yo tuviese unos ingresos fijos y compatibles para vivir en una vivienda de alquiler, donde no me sintiera atosigada; una vivienda donde pudiese tener vida social (actualmente a mi casa nadie puede venir de visita, además he perdido a la gran mayoría de amigos y/o conocidos), una vivienda que me permitiese sentarme una hora cada día y dedicar algo a seguir formándome (echo de menos seguir estudiando lo que me gusta), una dinero con el que poder su-

fragar gastos pedagógicos y psicológicos de mis hijas... Yo soy una hormiguita, reciclo todo, usos las ofertas que salen en alimentación, etc... Se que si yo tuviera una solvencia económica independiente mi salud sería otra... Lo sé, porque cuando mi estrés sube me sube la tensión, me duele el cuello, la cabeza y me vienen ideas suicidas."

- "Pues la situación económica influye mucho porque cuando no te salen los números para pagar porque no tienes y tiene que pagar alquiler, agua, luz, alimentación, ropa, etc. Son muchos calentamientos de cabeza y ahí viene el estrés, ansiedad, dolores de cabeza porque no sabes cómo puedes salir de esa situación."
- "Si influye en mi estado de ánimo y en mi salud física, a veces me deprimó y se me altera la presión arterial."
- "Si influye en mi salud, porque me genera angustia el saber que debo cubrir gastos específicos y que tengo una hija menor por lo tanto es prioritaria la salud de ella primero."
- "Si influye en todo baja el estado de ánimo y autoestima te deprimas y comienzan los dolores que hacen requerir medicamentos."
- "Si influye me mi salud el estrés y agotamiento mental."
- "Si influye mi situación económica en mi salud porque me causa mucho estrés al ver que no puedo ayudar a mi hija económicamente como quisiera, los medicamentos los tomo gracias a la entidad que me atiende pues mi estado de salud es muy regular."
- "Si influye no tener una estabilidad económica en una vivienda, es muy agobiante con todos los recibos que hay que pagar. Y además vivir, no permite hacer una vida social."
- "Si influye porque dependo de mis padres al no tener trabajo y eso me crea estrés ansiedad me siento inútil."
- "Si influye puesto que siempre estamos pendientes de que el dinero que nos ingresa nos de para cubrir todos los gastos, y si tenemos familiares que dependen de nosotros en otros países es mas complicado."
- "Si influye y bastante. No tengo seguridad alguna de tener un empleo pronto y soy la única cabeza de familia."
- "Si influye y mucho...por que al no poder dormir y estar pensativa y estresada hace que todo funcione mal tanto a nivel físico como mental."
- "Si influye, en mi estado de ánimo."
- "Si influye, en mi estado de salud, y por ende, en mi estado de ánimo, si me encuentro mal físicamente, el estado emocional se ve mermado."
- "Si influye, me da un poco de estrés."
- "Si influye. Me siento un poco depresiva."
- "Si influye, porque cuando veo que se acerca la fecha de pago (casa, luz, agua, teléfono, comida, etc) me entra ansia porque sin trabajo, sin ingresos fijos me estresa no saber que hacer. Esos días previos, la ansiedad me descontrola ... es la misma historia cada mes, me pongo irritable, triste, desconsolada..."
- "Si influye, por supuesto, pues al no estar respaldada económicamente por un trabajo, te inquietas al afrontar gastos que se generan y sentir mucha frustración e imposibilidad que no solo depende de ti sino del problema de falta empleo y por ello calidad de vida."
- "Si influye, puesto que la economía e ingresos va ligado al bienestar familiar."
- "Si influye. En salud emocional y física."
- "Si influye. He tenido contracturas de cuello y espalda y ansiedad y dificultades para dormir."
- "si influyen y mucho porque genera una alerta y una impotencia de no poder realizar y alcanzar los objetivos que tienes propuestos. Y esto lógicamente ataca la parte mas débil que tu tienes y lógicamente a mi es mi cabeza, produciéndome migrañas fuertes."
- "Si influyen, siempre pensando qué se va a hacer para llegar a fin de mes me pone nerviosa, estresada de cómo hacer que las cosas pasen y siempre demostrando ser fuerte delante de mis hijas para que no noten mi preocupación."
- "Si la situación económica general afecta a mi salud en los niveles de estrés porque soy dependiente económicamente del estado y de mi familia."
- "Si lo influye, porque no puedo comprar que necesito."
- "Si lógicamente".
- "Si no puedo tener acceso a la mejor medicina para mi."

- "Sí, por la "pirámide de Maslow", tener cubiertas las necesidades primarias."
- "Sí porque cuando casi no llego al último de mes el estrés aparece y los dolores de cervical y columna también"
- "Sí que influye, a veces en la salud física ya que puedo estar con cierta tensión."
- "Sí todo está situación de estrés la falta de recurso el tema de la pandemia. Todo afecta me tiene afectada y con mucha tensión."
- "Sí, a mayor dificultad económica, mayor estrés, más ansiedad, más pensamientos circulares, más depresión."
- "Sí, a veces que no llego a final de mes con tantos gastos."
- "Sí, creo que influye. En mi caso, no tengo problemas económicos, pero sin duda influye."
- "Sí, demasiados quebraderos de cabeza, es desesperante, encima mi padre figura en el padrón y no vive aquí, se nos van los electrodomésticos y no hay dinero para comprar otros, anímicamente: Por que soy fuerte que sino... Lo peor es el miedo de que mi padre aparezca por casa (no hay buena relación), pero aunque no viva aquí, es su casa y yo no tengo a dónde ir."
- "Sí, el dinero no es todo, pero ayuda bastante."
- "Sí, en el cuidado."
- "Sí, en no tener las necesidades básicas cubiertas."
- "Sí, influye al tener que tener todo muy organizado y aún así no poder hacer frente a gastos sobrevenidos o poder acceder a cosas que no sean específicamente necesarias."
- "Sí, influye aumentando el estrés, la angustia. Y por otra parte deteriora el descanso, el apetito lo que conlleva a problemas de salud, migrañas, cefaleas, colon irritable, ansiedad."
- "Sí, influye en el estado de ánimo, por gestionar el dinero y llegar adecuadamente a fin de mes. A veces hace que deje de comprar cosas por miedo a gastar demasiado dinero."
- "Sí, influye en mi estado de animo; niveles de ansiedad, insomnio."
- "Sí, influye en mi salud, pues cuando veo que no llego para pagar o me falta comida para llegar a fin de mes me agobio y me estreso... por lo tanto creo que si me influye en la salud."
- "Sí, influye mucho. Me genera mucha ansiedad no saber cómo afrontar los gastos que tengo que asumir. A veces me da ansiedad y como más. Otras veces me altera el sueño y otras veces me deja el ánimo agitado. Últimamente me han dado picos de tensión, y como he terminado en urgencias, me están poniendo un tratamiento contra la hipertensión y me están realizando pruebas cardiológicas para descartar posibles afecciones."
- "Sí, influye porque al tener preocupaciones de cómo poder afrontar el mes o que recibo dejas de pagar para poder comer hace que te produzca un estrés y ansiedad el cual no puedes dormir tampoco y tú cabeza no para de dar vueltas al problema tu mente nunca descansa y si consigues dormir sueñas con los problemas y no desconectas. Te levantas cansada, desganada, te duele todo el cuerpo del estrés, de la tensión acumulada y todo eso intentar aparentar normalidad en casa delante de tus hijos."
- "Sí, influye porque cuando hay una estabilidad económica y de vivienda todo esta mejor en la salud la preocupación no permite dormir ni comer."
- "Sí, influye tanto en la salud física como mental."
- "Sí, influye y bastante. Una persona que pueda pagar gastos vive tranquila o más tranquila."
- "Sí, influye, ya que sin ingresos económicos no puedo adquirir lo que necesito ayuda diario en mi hogar y eso me angustia"
- "Sí, influye. He tenido que dejar mi trabajo, mi entorno social, y trasladarme a un nuevo lugar por mi seguridad. Estoy residiendo alguna ayuda económica, la cual básicamente se va en su totalidad para los pagos de alquiler y facturas imprescindibles, he tenido que solicitar apoyo para alimentarme, y mi situación emocional es muy vulnerable, así como la económica. Esto influye, en mi bienestar físico y psíquico."
- "Sí, la cabeza siempre pensando ..."
- "Sí, la incertidumbre me produce ansiedad y me baja mi estado de ánimo."
- "Sí, la situación económica influye en mi salud. Es tal la responsabilidad en cubrir las necesidades familiares que repercute en mi cuidado. Es un desgaste prolongado en el tiempo ya que más de doce años separada con mi hija a cargo, pero hoy me siento muy orgullosa por las dos, pero ya muy agotada de la situación de cubrir todas las necesidades sola."

- "Sí, la situación económica si me afecta la salud, a no tener trabajo no tienes ingresos y esto me genera deudas. En cuanto los medicamentos me lo compro cuando puedo."
- "Sí, me afecta mucho mentalmente. Pienso sobre ello de forma continua, el no tener dinero para mis hijos."
- "Sí, me afecta mucho."
- "Sí, me agobia y preocupa no llegar a final de mes."
- "Sí, me genera estrés y cansancio físico."
- "Sí, muchos nervios."
- "Sí, no duermo bien, la mayoría de las veces estoy de mal humor, algunas veces estoy de bajón y no tengo ganas de nada."
- "Sí, por supuesto. Influye pues disminuye el estrés ya que se llega a fin de mes sin dificultad. Además, influye en una mayor participación social y disfrute de tiempo libre y ocio. Genera también una buena alimentación, lo cual repercute a tener un buen estado de salud físico y mental."
- "Sí, porque de una forma u otra el estrés puede somatizar con dolores de cólicos y dolores menstruales."
- "Sí, porque facilita el acceso a recursos sanitarios, medidas preventivas, una alimentación adecuada, descanso y actividad física adecuada."
- "Sí, porque influye en mi estado de ánimo. Porque no puedo permitirme un alquiler."
- "Sí, porque tengo dificultades para la gestión económica, así como para la compra de medicamentos."
- "Sí, según me encuentre. En el trabajo. En casa afecta."
- "Sí, tanto que mi salud ha desmejorado con sobrepeso, con muchos dolores de cabeza, musculares y ahora insomnio. Mi estado de animo esta muy bajo, pues me siento frustrada, y ahora con mayor cantidad de peso en mi cuerpo, no me siento bien. Y a veces creo que esto afecta a que me den un puesto de trabajo. Me siento sin posibilidades de sacar a mi madre y mi hija de esta situación. y se me dificulta muchas veces hasta el tema de la alimentación."
- "Sí, tengo ansiedad porque no tengo trabajo Y el subsidio se acaba en unos meses."
- "Sí. Donde mas influiría es en el estado de ánimo."
- "Sí. En la salud mental seguro, crea inseguridad y ansiedad. Por ende, en ocasiones, el estado de ánimo se ve afectado y por tanto en el cuidado de las personas que tengo a mi cargo."
- "Sí. Me genera mucho estrés y mi ánimo cada día va decayendo."
- "Siento que no soy útil."
- "Tengo estrés permanente porque, no estoy trabajando y mi dependencia económica por parte de otra persona influye demasiado."
- "Tengo problemas de diabetes y colesterol. No puedo acceder a servicios de dietética que permitan controlar este problema. No puedo pagarme el fisioterapeuta para reducir las lesiones por la artritis, ni para acceder a material ortopédico. En invierno no dispongo de la temperatura adecuada en el hogar para poder hacer frente a la factura. La alimentación no es todo lo equilibrada que quisiera, no todos podemos pagar el pescado. Y muchas cosas mas."
- "Vivienda, si, vivo con muchas personas que no son familia mía."
- "Vivo de alquiler con la custodia de mi hija. Si no hay trabajo, no puedo afrontar pagos. Por supuesto afecta a mi salud, al igual que otros factores del día a día. La edad de una adolescente y las dificultades para encajar las situaciones del día a día, llevar a un médico, hacer unos papeles, preocuparme de sus estudios, tareas del hogar y trabajo. Me afecta en mi estado de ánimo, porque es imposible llegar a todo."
- "Vivo en un quinto sin ascensor, el contrato termina en septiembre. Esta difícil encontrar piso, soy pensionista y mi pensión no es suficiente. Me ahogo mucho al subir, me duelen las piernas y para ir mejor me caí el 24 de marzo (confinamiento) me pusieron puntos en una rodilla y desde entonces están peor."

En el caso de aquellas 52 respuestas (22%) en las que las mujeres indicaron que **no** les influía la situación económica, de ingresos y de vivienda, 31 de ellas no dieron explicación y simplemente escribieron: "No". Entre las que ofrecieron alguna explicación, la perspectiva compartida es que no tienen problemas de salud, al no ser su situación económica mala. Las explicaciones que se dan son diversas.

- "No porque mi tratamiento es fijo y no pago por ellos por la seguridad social."
- "Por el momento, estoy bien."
- "No me influye en mi salud."
- "En mi salud no influye, pero si es un tema de preocupaciones."
- "A ver, sí, todo influye, yo en comprar medicamentos, sí que es verdad que me deprime, pero vamos, no demasiado."
- "No me suele influir."
- "No, de momento estoy bien con CEAR."
- "Sí, influye, pero en mi caso no es determinante"
- "Nuestra situación económica nos permite tener cobertura de necesidades básicas, no es un gran problema, aunque es cierto que es importante una buena gestión para poder llegar a fin de mes."
- "No, no tengo problemas económicos actualmente."
- "Un poco. Pero estoy muy sana trato de equilibrar y no dejarme decaer."
- "No creo que mi situación económica influya en mi salud."
- "No, me beneficia tener una buena situación económica."
- "No, todo normal."
- "No influye en mi estado de salud, pero necesito trabajar, pero a veces el estado de ánimo es como me encuentre, pues así reacciona mi cuerpo."
- "No, mi salud no me impide." (sic)
- "No tengo problemas económicos. Mi nivel de estrés fue por causa de trabajo y mi expareja."
- "No influye, ahora mismo llego a cubrir mis necesidades perfectamente, aunque considero que mi trabajo no está suficientemente bien pagado."
- "No creo que influyan en mi salud, mis ingresos y mi vivienda están bien para lo que yo necesito."

Sólo dos dijeron que "no creían" que existiera esa influencia:

- "No lo creo."
- "Creo que no influyen."

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

Los hábitos de consumo de tabaco y alcohol son perjudiciales para la salud y tienen un impacto específico en la salud femenina. En el caso del tabaco, el consumo se ha incrementado en las últimas décadas en la Unión Europea y en España, con consecuencias directas en el incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón, el cual ya constituye el tercero en frecuencia, después del cáncer de mama y el colorrectal.¹⁵⁴ La diferencia adictiva está originada en el incremento de la ansiedad que produce, lo cual dificulta específicamente dejar la adicción entre las mujeres.

Las mujeres tienden a ocultar la adicción al alcohol, por no ser socialmente aceptada como sucede con los hombres. De este modo, permanece invisible a la sociedad, incluso en la determinación de la mortalidad por causas que podrían estar provocadas por dicha adicción. Señala Carme Valls Llobet: "En ocasiones se asocia la mujer alcohólica a la prostitución, o se arguye a las normas sociales para decir que el alcohol o las drogas producirán más problemas a las mujeres que a los hombres, en su papel de cuidadoras y madres nutricias, o porque las desinhibirá demasiado y "caerán en provocaciones sexuales". Por otra parte, comparando las conductas entre hombres y mujeres, la autora señala que los sentimientos que predominan entre las consumidoras mujeres son vergüenza, culpabilidad y depresión, mientras que entre los hombres se relacionan con pérdidas de empleo, accidentes, violencia interpersonal y más detenciones policiales.¹⁵⁵

154: SEOM (2020), "Las Cifras del Cáncer en España", disponible en: <https://seom.org/dmccancer/cifras-del-cancer/>

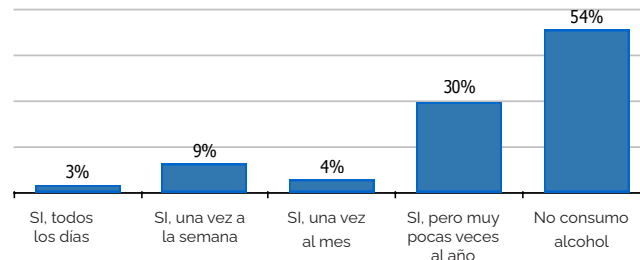
155: La autora señala que: "Desde el punto de vista biológico hay que señalar que la menor proporción de agua respecto al peso total en las mujeres provoca una metabolización diferente del alcohol y de las drogas. A igualdad de peso las mujeres presentan un pico más alto de concentraciones de alcohol en sangre, con doble de absorción a igualdad de cantidad bebida y

Sobre un total de 236 mujeres que ofrecieron respuestas a ambas preguntas, puede observarse que la mayoría indica tener hábitos saludables con respecto a estos consumos.

Con respecto al tabaco, 142 (60%) señala que no fuma, 61 (26%) indica que fuma y 33 (14%) señala que "ha fumado, pero ya no".

Considerando el consumo de bebidas alcohólicas, las respuestas son variadas, con 127 mujeres (54%) que indican no beberlas, 71 (30%) que las consume muy pocas veces al año y 38 (16%) que al menos una vez al mes, siendo la frecuencia más habitual "una vez a la semana".

Gráfico 4. Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas



CONSUMO DE DROGAS

La respuesta a esta pregunta probablemente comporte el "sesgo de deseabilidad social"¹⁵⁶, ya que se trata de un tema especialmente sensible y las encuestadas pueden desconfiar de la seguridad de sus respuestas, a pesar de que se les ha dado la garantía de confidencialidad. Sobre un total de 236 mujeres, 211 (89%) contestaron que no las consumen y 20 (8%) admitieron que "no ahora, pero las he consumido". Con respecto a las que indican un consumo activo, 1 lo hace una vez al mes, 1 pocas veces al año y 3 cada día o casi cada día (algo más del 1%).

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Otra pregunta relacionada con los factores determinantes de la salud se refiere al consumo de una "alimentación sana y variada". En la pregunta, a efectos de aclarar el concepto, esta alimentación se describió de este modo: "tal como recomiendan los/as médicos/as, es decir con vegetales, frutas, legumbres, proteínas variadas, con bajos niveles de grasas, de azúcar y de sal".

Del total de 236 respuestas, 133 (56%) respondieron que "Sí", 68 (29%) indicaron que "no" y 17 (7%) no sabe o no contesta. Es interesante señalar que el tono general de las 18 respuestas que escogieron la opción "otros" es el de "intentar hacerlo", con 6 respuestas concretas y breves en este sentido y otras 12 que hablan de las restricciones que tienen que sufrir con respecto a la alimentación a causa de la pobreza, entre otras razones, y que incluimos a continuación. Ninguna de las mujeres se refirió a razones estéticas o de imagen en su explicación, aunque sí hay referencias a la ingesta emocional y, concretamente, el recurso a los productos dulces, relacionados con el estrés y la ansiedad¹⁵⁷.

la eliminación del alcohol en sangre es mucho más lenta que en los hombres. Esta lentitud en la metabolización crea una situación de posible toxicidad acumulativa con otras sustancias, sobre todo los psicofármacos." Valls-Llobet, Carme (2014), Loc. Cit, página 14 y página 17. Disponible en: <https://dianova.es/wp-content/uploads/2019/03/INFONOVA-35-web.pdf>

156: La deseabilidad social consiste en presentar una imagen encubierta o distorsionada de lo que uno piensa, valora y actúa, debido a una necesidad de aprobación social. De este modo, es posible que las respuestas obtenidas se orienten a lo que las encuestadas consideren "social o culturalmente deseable", o respondan pensando en posibles perjuicios que les ocasionaría una respuesta sincera.

157: Silva, Jaime (2007), "Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad Parte I: Evidencia Conductual, Afectiva, Metabólica y En-

- "Se procura, pero en las condiciones de precariedad y la inflación respecto a los productos básicos de una alimentación sana, hacen que así se intente una alimentación sana y variada no se pueda."
"No puedo comprar todo tipo de carne ni pescado por el precio que tiene."
- "Trato de tener equilibrio y cuidando el balance calórico."
- "Legumbres y frutas sí, pero consumo azúcar y sal en grandes cantidades."
- "Actualmente estoy a dieta porque voy a ser intervenida próximamente."
- "Casi nunca porque no nos alcanza para comprar vegetales todos los días."
- "Hago lo posible por hacerlo, pero realmente comemos lo que tengamos en casa."
- "Cáritas nos proporciona alimentos, pero no tenemos acceso a suficiente fruta ni hortalizas frescas."
"Cuando tengo dinero compro comida variada, si no, pues tengo que comer lo que hace el padre de mis hijos, comida muy grasa, poca fibra y poca verdura/fruta."
- "En general sí, alguna excepción con el dulce."
- "En general sí, sigo una dieta mediterránea, pero creo que en los últimos años estoy abusando del azúcar y sobretodo del chocolate."
- "Como variado, pero mi ansiedad me hace comer cosas que me dañan la salud, dulces, hidratos, cosas que me hacen engordar y no me hacen ningún bien."

PRÁCTICA DEL DEPORTE Y EJERCICIO FÍSICO

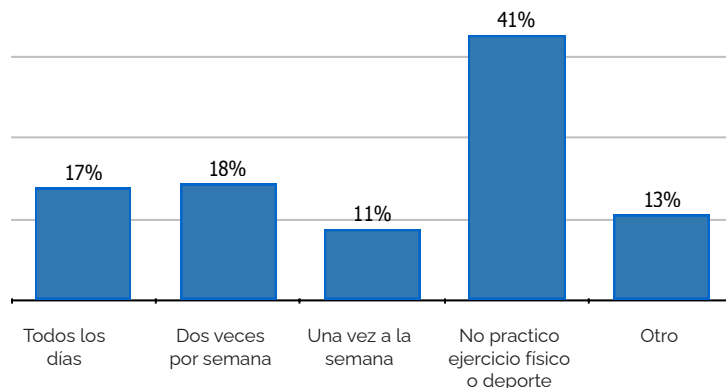
De un total de 236 mujeres, 96 (41%) no practica deporte o ejercicio físico, 109 (46%) indica una práctica frecuente, de al menos una vez a la semana y el resto dio otras respuestas que se refieren a que "caminan", "salen a andar" o andan en bicicleta. Otras explicaciones se refieren al ritmo "movido" de su vida cotidiana, por ejemplo:

- "No practico deporte como tal pero no llevo una vida sedentaria para nada."
- "Mi vida diaria es un deporte".

Otras aluden a los cambios negativos en este sentido que han tenido que adoptar:

- "Actualmente no practico deporte, he practicado anteriormente yoga y Pilates."
- "Toda mi vida practiqué deporte (sin competición). Cuando nació mi primera hija me fui descolgando de todo porque mi marido tenía trabajo (en la actualidad no) y siempre le daba prioridad a su trabajo (en el que no había un horario) quedándome yo al cuidado de mi hija y en ocasiones de su otro hijo y así fui abandonando todo. En 2016 empecé a hacer natación dos veces por semana que finalmente abandoné en 2019 tras una neumonía que me llevó muchos meses a un estado anímico muy deteriorado."

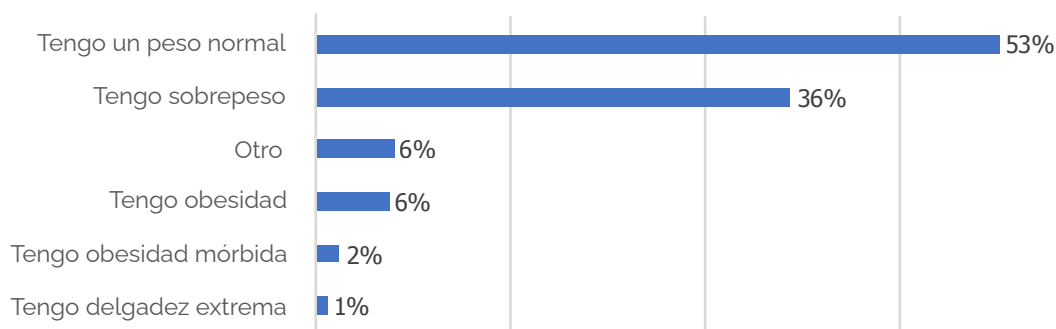
Gráfico 5. Frecuencia de la práctica de deporte o ejercicio físico



SITUACIÓN DE PESO CORPORAL

Se ha preguntado acerca del peso corporal (cómo sobre cómo se ven ellas mismas, o según el índice de Masa Corporal o IMC)¹⁵⁸ y, de un total de 236 mujeres, 124 (53%) señala que tiene "un peso normal" (este porcentaje es similar al de la última Encuesta Nacional de Salud de 2017, donde se registra un 49,7% de mujeres mayores de 18 años con normopeso). El 44% tiene un peso considerado excesivo: 36% con sobrepeso, 6% con obesidad y 2% con obesidad mórbida (los porcentajes de la ENSE para esas variables son 30% y 16,7% solo para obesidad, con lo que resultan bastante similares a los de las mujeres estudiadas)¹⁵⁹. Dos mujeres (1%) dicen tener "delgadez extrema".

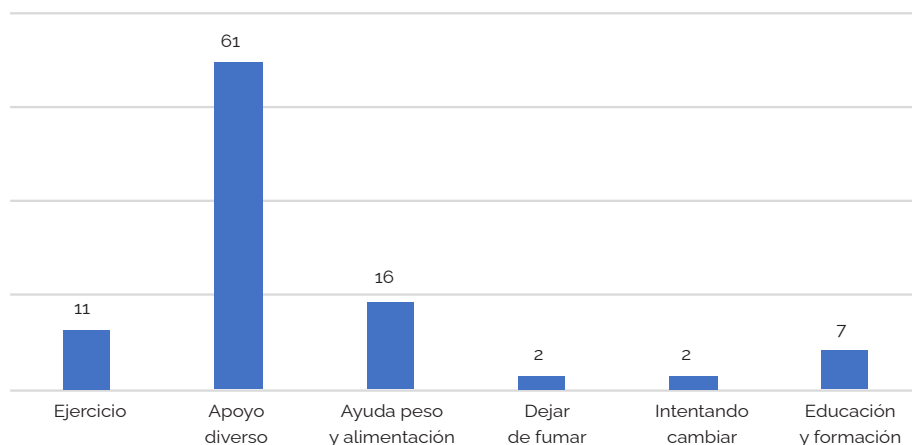
Gráfico 6. Situación del peso corporal



Con el fin de obtener mayores explicaciones sobre estas respuestas, se preguntó a las mujeres si les "gustaría cambiar en alguna de las cuestiones que hemos mencionado" y "si podría hacerlo si quisieras." Se les ha orientado diciendo que expliquen si, por ejemplo, les faltan conocimientos, apoyos o recursos económicos.

Se obtuvieron 152 respuestas válidas; en 27 de ellas las encuestadas indicaron que "no" necesitaban nada o nada específico en este momento. En el resto, surgieron una serie de temas que se han agrupado en el Gráfico, con un porcentaje mayoritario de peticiones de apoyo, básicamente económico, laboral, social y de vivienda.

Gráfico 7. Agrupación temática de las respuestas obtenidas a la pregunta sobre "si le gustaría cambiar algunas de las cuestiones que hemos mencionado" (N=152), en porcentajes



158: Peso insuficiente si $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$. Normopeso si $18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$. Sobrepeso si $25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$. Obesidad si $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$.

159: INE; Encuesta Nacional de Salud 2017, disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

A continuación, se presentan los testimonios correspondientes a dichos temas.

Necesidad de apoyo y ayudas, incluida la económica y el acceso al empleo

- "Necesitaría ayuda ...ya que he tenido mucho cansancio psicológico, con tanta lucha teniendo 3 hijos a cargo pues no lo ponen nada fácil, tampoco quiero que me lo pongan fácil pero creo que a las mujeres que estamos en esta situaciones deberían de facilitarles un empleo y una vivienda digna donde poder criar a sus hijos sin ningún miedo a verse en la calle, aseguro que para mi ha sido y es un trauma bastante malo el estar de un lado al otro sin una seguridad, es el peor infierno para una madre." Necesito respaldo moral, necesitaría ser más joven para tener más oportunidades y que las instituciones regionales y municipales nos tengan más en cuenta a las personas desempleadas.
- "Necesito apoyo, me falta fuerza de voluntad."
- "Necesito recursos económicos."
- "Acceso a cursos para inclusión laboral."
- "Recursos económicos para mantener a mi familia."
- "Me gustaría poder tener un empleo para poder tener a mis hijas en un lugar estable y una buena alimentación."
- "Tener más formación."
- "Me gustaría tener trabajo."
- "Más ayudas económicas."
- "Recursos económicos."
- "No tengo ingresos para pagar terapia psicológica y me gustaría mucho poder tener esto."
- "Pues económicamente si necesito ayuda somos cinco en casa mas pagamentos."
- "Tener un trabajo decente, para no depender de nadie."
- "Me gustaría dejar de consumir sustancias tóxicas. necesitaría una entidad que me ayudase a no "salirme del camino"
- "Sí, me gustaría dejar de fumar y me gustaría sacarme el doctorado."
- "Recursos económicos."
- "Si, mejor economía para mejorar mi estado de animo."
- "Necesito ayuda par salir de mi casa con mi niña, no quiero vivir con más miedo, necesito apoyo psicológico, porque mi padre me ha hecho mucho daño y aunque yo trato de hacerlo sola a veces, siento que me cuesta, recursos económicos... No vienen mal, si por más que busco, no sale un trabajo, pero lo suyo sería tener mis propios ingresos para salir adelante."
- "Necesitaría trabajar."
- "Tengo la ayuda de 279 euros y la casa es 230 euros... Luz y demás"
- "Si me gustaría poder acceder a una vivienda que pueda pagar sin que se lleve todos mis recursos económicos. Y así poder recomenzar una nueva vida en serenidad y con salud y bienestar."
- "Recursos económicos, para usos personales, y para el aseo personal".
- "Apoyo económico y salir de deudas."
- "En mi casa me faltan recursos económicos. Por ahora no tengo permiso de residencia, pero me gustaría trabajar para poder estar bien."
- "A día de hoy, tengo el título de auxiliar clínico en salud mental y toxicomanía, y el de atención sociosanitaria, en instituciones para personas dependientes... pero trabajo en tareas del hogar, a media jornada, asegurada, gano unos 400 € y sinceramente, me gustaría estar más holgada económicamente."
- "Yo creo que cada individuo teniendo un empleo seguro en el que mes a mes puede ir resolviendo sus cosas sería lo más adecuado para poder llevar una vida más tranquila y relativamente sana."
- "Quisiera que me le dieran acogida a mi hija porque los recursos que me dan los e tenido que utilizar para las dos es por este motivo que me veo muy cansada y esto me causa mucho estrés."
- "Falta de apoyo de recursos económicos al momento de llegar la resolución humanitaria lo sacan de manera inmediata de en programa de refugio y en mi caso tengo una menor a la cual no le llegó la residencia todavía y le dieron tarjeta roja más sin embargo la sacan de el programa."
- "No veo otra manera de mejorar mi situación sin encontrar empleo...encontrar empleo sería la solución."
"Recursos económicos, apoyo psicológico, sobretodo, éste último."

- "Lo que quiero que cambie en mi vida es la situación que estoy viviendo, es muy desesperante y con muy pocos recursos económicos, los cuales me impiden hacer una vida normal."
- "Me gustaría contar con un servicio de Salud bucal".
- "La economía en las familias es el todo, pago de recibos, alimentación, vestidos, colegios, estudios de adultos como personas que queremos formarnos en una oposición y es difícil poder estudiar sin un profesor y es costoso y lento, poder tener ayuda en estos temas es también importante para algunas personas y, a día de hoy, no he encontrado a nadie que financie unas oposiciones. En el tema del colegio igual, los uniformes, libros... cuando una madre, en mi caso, se encarga de todo con una ayuda de 430€ es muy difícil conciliar toda la vida diaria y mensual.... No toda ayuda tiene que ser económica física, pero si ayuda en recibos, colegios, alimentos..."
- "Más recursos y ayudas de conciliación con menores a cargo".
- "Necesito trabajar porque no tengo ayuda económica."
- "Cómo tengo dos hijos, me estoy preocupando por ellos más y estoy deprimida por situación actual."
- "Me gustaría seguir formándome en el empleo, que desarrolló y no me considero lo haga mal. En como poder llevar mejor las tareas del hogar y poder llevar y entender a mi chica, en su edad. También en el traslado a vivir a Salamanca, pues aquí se me hace muy difícil y no cuento con el apoyo de hermanos, solo hay una, y ella esta enferma. Allí, en un momento dado, hay mas para cualquier emergencia. Me gustaría apoyo a la hora de resolver temas de papeles, y cuestiones legales. Porque se me negó durante años hacerlos. Ahora me pierdo muchas veces y no consigo resolver."
- "Si me gustaría tener un trabajo que a la vez me permita sentirme más tranquila cada día sin pensar en quedarme sin nada y de igual forma eso ayudaría a mi estado de ánimos y a la salud también, tendría que llevar una dieta más sana y hacer deporte para bajar de peso y eso me ayudaría a sentirme mejor de muchas formas ."
- "Me faltan recursos, porque ahora mismo no llego a fin de mes. y mi pareja también esta desempleada."
- "Si en un trabajo estable y en mi salud."
- "Recursos económicos, mi marido y yo no tenemos trabajo."
- "Si, necesito un piso donde vivir. Adelgazar. Ahora pasaré por psicólogo ya que el estar encerrada o no se el qué me ha traído muchas cosas vividas a la cabeza."
- "Si me gustaría tener más experiencia laboral para poder tener mejores oportunidades de trabajo."
- "Encontrar trabajo."
- "Nos falta trabajo y por ende recursos económicos. Yo soy Pediatra, pero no traje mis títulos legalizados, así que no puedo homologar. Sin embargo, ya me gradué de la ESO aquí y para el próximo año tendré el bachillerato. Estudié el Celga 2 y 3 en la EOI Pontevedra y obtuve un certificado de inglés A2, y con esto intentaré hacer cursos para tratar de obtener empleo."
- "Recursos económicos."
- "Mas oportunidad de trabajo... y mas apoyo para capacitarnos...ya que por la edad se nos niegan muchas oportunidades de poder trabajar."
- "Me gustaría tener más estabilidad económica."
- "Apoyo social para sentirme más incluida, tener mayor conocimiento de las ofertas laborales para buscar un mejor trabajo."
- "Si, me gustaría tener un trabajo estable, ya que ahora solo estoy cubriéndole el puesto a una persona, y cuando vuelva me despedirán."
- "Falta de apoyo en el cuidado de los menores. Más ayudas a las familias monomarentales."
- "Me gustaría poder trabajar me gustaría bajar de peso y me gustaría poder llegar a fin de mes sin preocuparme por los gastos."
- "Necesito mejorar mi economía."
- "Me gustaría un acompañamiento mas cercano para la búsqueda de empleo, para socializar y para el estado emocional."
- "Actualmente estoy alojada en una casa de acogida para mujeres víctimas de violencia de género, por lo que mis necesidades están cubiertas."
- "Necesito mobiliario y electrodomésticos, la ausencia de estos hace más difícil mi día a día."
- "Necesito un trabajo lo que pido, pero si no se consigue más ayuda porque me mienta, porque

convivo con mi madre y yo soy familia monoparental y porque vivo con ella y cobro 430 me niega porque ella cobra 430, pero es otra familia digo yo."

- "Económicos, como cambiarlos... Con un trabajo que pueda tener una independencia económica."
"Estoy con ayuda por mi falta de autoestima y depresión por este año malo de separación y el encierro, un embarazo sola y no trabajar y generar ingresos."
- "Me faltan recursos económicos para independizarme y poder sanarme emocionalmente. También para llevar una buena alimentación."
- "Me gustaría que mi trabajo estuviera mejor remunerado."
- "Ingresos económicos llevo 7 meses sin cobrar nada, no es fácil."
- "En este momento necesito para todo."
- "Que haya viviendas para madre solteras."
- "Supongo recursos económicos es que lo que más nerviosa me pongo cuando no se cómo hacer cuando a mis hijas les falta un cuaderno o alguna cosa que necesiten ellas, más que todo las niñas."
"Llevo tiempo con un plan, que va caminando muy lentamente, precisamente por el tema económico y la casa. Me gustaría tener un trabajo con el que compatibilizar con mis hijas, me gustaría tener una casa donde vivir con ellas, solo con ellas y me gustaría aprender inglés, pero ahora, toda tarea de aprendizaje, tal cual está todo, viviendo de prestada en una casa ajena en la cual no soy bienvenida y sin apoyos familiares es imposible. Realmente, aunque soy muy positiva y resiliente, lo veo casi imposible, aunque no pierdo la esperanza porque no paro, tengo muy presente mi objetivo y trabajo para conseguirlo, pero es agotador."
- "Apoyo en algunos casos."
- "Estaré bien con un trabajo, mi salud física y mental siempre intento estar bien."
- "Me gustaría mejorar mis recursos económicos."
- "Me gustaría encontrar un empleo en el que el horario sea combinable con mis funciones de madre."
"Me encantaría poder tener ingresos económicos y tener mas conocimiento y preparación para poder ejercer un trabajo que este acorde con mis conocimientos y poder independizarme."
- "Mas apoyo o recursos y uno no sabe."
- "Recursos económicos."
- "Me gustaría cambiar mi situación laboral y económica. Me encontraba estudiando una oposición cuando llegó el COVID y todo se vio afectado y la oposición cancelada. Ahora encontrar trabajo es complicado. Por tanto, algún apoyo o recursos económicos del Gobierno sería interesante."
- "Recursos para personas con discapacidad."

Bajar de peso, cambiar la alimentación

- "Bajar de peso. Hacer algún tipo de ejercicio apropiado para mí y encontrar trabajo para poder afrontar mi vida y la de mi hija dignamente. Gracias..."
- "En lo económico conseguir trabajo estable, en la comida aprender a comer, y en él peso controlarlo."
- "Me gustaría cambiar mi alimentación."
- "Me gustaría cambiar muchas cosas, entre ellas el tener un empleo, poder coger un piso de alquiler, que la alimentación de mi madre y mi hija esté cubierta y los gastos de vivienda los pueda cubrir. Y luego controlar mi sobrepeso, ya que mi estado de ánimo también se ve afectado por el sobrepeso. Me gustaría estudiar y recibir los conocimientos necesarios para poder lograr mis metas. Las ayudas económicas creo que deberían de otorgarlas a personas que como en mi situación son complicadas. Muchas veces por que creen que estamos en un piso y vivos, ya eso es suficiente para vivir. No se dan cuenta que luego de cerrar las puertas el panorama es totalmente diferente en cada hogar."
- "Sí, me gustaría bajar de peso y me gustaría poder pagar un nutricionista, pero siempre que lo he intentado lo he tenido que dejar por falta de dinero. También me gustaría apuntarme al gimnasio como lo he hecho en otras ocasiones."
- "La alimentación."
- "Me gustaría estar con un nutricionista para que me ayude a saber comer."
- "Tenemos problemas de nutrición, no podemos comer enteros. A menudo la comida es inadecuada. También tenemos problemas psicológicos, estamos bajo estrés debido a tanto control y somos

complejos."

- "Me gustaría tener hábitos más saludables y perder peso."
- "Control de ansiedad, sobrepeso."
- "Me gustaría cambiar mi peso, tener fuerza de voluntad para comer más sano, y complementar eso con la realización de ejercicio tres veces por semana. Sí podría hacerlo, solamente necesitaría fuerza de voluntad, como he mencionado."
- "Me gustaría mejorar alimentación y hacer mas ejercicio."
- "El peso, pero creo que es algo que tengo que intentar cambiar yo."
- "Quiero cambiar el sobrepeso, si pudiera hacerlo."
- "Tengo que trabajar en bajar unos cuantos kilos de mas, porque la ansiedad muchas veces me da por comer dulces, no debería de comer dulces, pero a veces siento la necesidad de consumirlos."
- "Me gustaría adelgazar y sí, necesitaría apoyo de seguimiento y orientación."
- "Me gustaría perder peso."
- "Me gustaría mejorar mi forma de alimentación (comer más frutas y vegetales, proteína) y realizar algún deporte como natación, pero es algo que económicamente no puedo permitirme."
- "Me gustaría controlar mi ansiedad, se que mi diabetes, tener la tensión arterial un poco alta y mi obesidad depende en mucha parte de ella. Me gustaría entender y aprender a manejar mejor esta situación y así lograr alcanzar mis objetivos. Vivir más tranquila... mejor mi alimentación, mejorar mi salud... y por supuesto mejorar a nivel sicológico, físico y emocional."
- "Me gustaría recuperar mi peso normal. A raíz de mi último episodio de hipertensión, estoy cuidando un poco más lo que como, procurando reducir un poco más el azúcar. Pero no tengo fuerzas para ponerme a dieta. Tengo ya completo el cupo de insatisfacción que puedo sobrellevar, aguantando y callando toda la situación que he vivido y sigo viviendo con mi exmarido. Al niño le tengo que ocultar muchas cosas de su padre para no dañarle, eso sumado a la tremenda frustración que siento por cómo se desarrolló todo, me dejan sin fuerzas para enfrentarme a una dieta en donde tendría que dejar de disfrutar de algunas cosas y hacer algunos sacrificios."

Hacer más ejercicio

- "Volver a recuperar las rutinas de ejercicio físico, motivación..."
- "Practicar deporte más a menudo."
- "Hacer ejercicio. Me falta tiempo."
- "Me gustaría dedicar un poco de tiempo a la realización de ejercicio físico o deporte."
- "Sí, me gustaría trabajar mi alimentación y hacer ejercicio."
- "Si tuviera posibilidad, incluiría en mi hogar alguna bicicleta estática o caminadora."
- "Me gustaría hacer algún deporte, pero no soy constante."
- "Hacer ejercicio regularmente con las precauciones necesarias para no lesionarme."
- "Actividad física. Podría salir a caminar y moverme mas."
- "Me gustaría hacer más ejercicio y tener recursos económicos para poder recibir clases en las áreas deportivas que me interesan."
- "Me gustaría poder ir al gimnasio, pero no tengo los recursos, y comer más sano, pero todo cuesta dinero."
- "Sí, me gustaría poder practicar ejercicios."
- "Me gustaría hacer más ejercicio físico. Tengo la posibilidad de hacerlo por lo que lo haré."
- "Me gustaría hacer deporte y hacer terapia de grupo que me ayude a bajar la ansiedad. Orientación laboral efectiva con planes de empleo que den visión de futuro."

Formación y educación

- "Formación en ámbitos profesionales, por ejemplo: relacionada con Trabajo Social"
- "Me hubiera gustado que las opciones de entrar al mismo nivel de educación que el de mi país fuese mas fácil, como la convalidación de mi título."

- "Capacitación laboral, esta muy limitada."
- "Me gustaría tener un trabajo y que mi situación económica mejorará y espero poder hacerlo."
- "Curso de formación en Restauración, en Atención a la Dependencia, Ayudas económicas, Vivienda y Trabajo."
- "Me gustaría recibir formación para realizar trabajos sin demasiada exigencia física puesto que sufro de dolores articulares."
- "Sí, me gustaría realizar cursos."
- "Siento que falta apoyo para formaciones, tener gestión de contactos en el sector empresarial para realizar prácticas de lo aprendido para así complementar."
- "Me faltan conocimientos de la cultura española en general para adaptar mi formación educativa y profesional, no tengo recursos financieros ni ingresos para algunos trámites que no son cubiertos por la comisión por la que fui acogida, como por ejemplo el porcentaje que se debe cubrir para una parte de tratamiento odontológico, homologación, etc."

Dejar de fumar

- "Sí, dejar de fumar."
- "Me gustaría cambiar el hábito de fumar, pero es difícil por la situación."
- "Me gustaría dejar de fumar y bajar de peso."

Lo está intentando con sus propios medios o piensa hacerlo

- "Sí. Sí, podría hacerlo, de hecho. Lo he intentado, trabajando y estudiando al mismo tiempo para cambiar de profesión, ya que la profesión que tengo me perjudica bastante en mi patología, pero no he podido porque la remuneración mensual era inferior a la que tengo."
- "Lo que me falta es tiempo para cambiar aquello que gustaría."
- "Creo que podría, me falta a veces un poco de fuerza de voluntad, el resto creo que lo tengo."

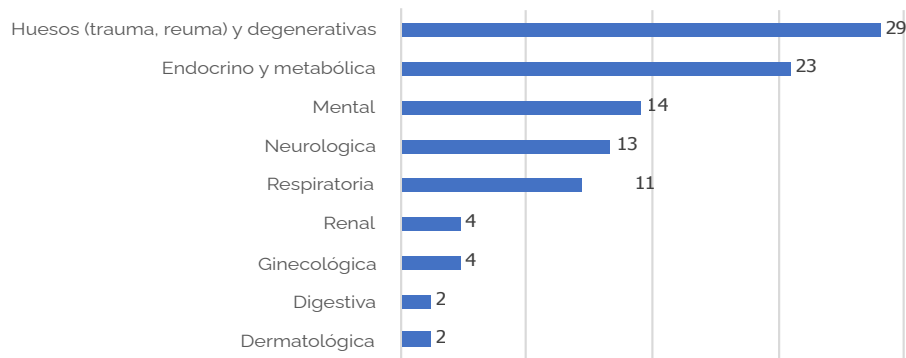
ENFERMEDAD Y GESTIÓN DE LA ENFERMEDAD

La salud física y mental están interrelacionadas y son fundamentales para el bienestar general. Se reconoce que una salud mental deficiente puede conducir a enfermedades físicas crónicas y las personas con enfermedades físicas crónicas tienen más posibilidades de desarrollar enfermedades mentales. A pesar de los conocidos vínculos entre las dos, a menudo se da prioridad a la investigación sobre la salud física frente a la investigación sobre la salud mental.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Sobre un total de 231 respuestas, 79 mujeres (34%) indicaron que tienen enfermedades crónicas, en tanto que 152 (66%) dijeron que no. Entre las personas que señalaron padecer enfermedades, se obtuvieron 56 respuestas válidas, en las cuales se observa la mayor frecuencia de las enfermedades de huesos y degenerativas, las endocrino-metabólicas, la enfermedad mental, la neurológica y respiratoria.

Gráfico 8. Distribución de las enfermedades por tipo aproximado, en porcentajes. N=56.



A continuación, se ofrecen los testimonios de las 56 mujeres que ofrecieron una explicación de su enfermedad. En varios casos, las encuestadas refieren problemas de salud múltiples, con lo cual se ha optado por clasificar la respuesta por el primer concepto señalado en la misma.

Enfermedades de los huesos y degenerativas:

- "Artritis."
- "Hernia discal. He estado de baja 5 meses, pero no me llaman para rehabilitación de la seguridad social y no puedo pagarlo de forma privada."
- "Tengo artrosis y mala circulación que hace q tenga varices y si tengo tratamiento."
- "Desde el 2011 me están tratando por una enfermedad reumática, pero aún no tengo diagnostico ya que no tienen el nombre claro de cuál de ellas podría ser, pero si me realizan seguimiento."
- "Fibromialgia, lumbalgia, artrosis y tendinitis en el brazo que no me permite realizar mi vida normal."
- "Mi enfermedad es lumbociatalgia crónica, artrosis lumbar, aquí en España me descubrieron en pruebas que me hicieron por un dolor que presente en las piernas y en la espalda estoy con tratamientos."
- "Fibromialgia...mas operada de Morton.... y los huesos de la cintura están dañados. ...el hombro izquierdo dañado de accidente de trabajo hace 2 años... y la enfermedad estaba trabajando en el parador y en tratamiento psicológico."
- "Fibromialgia, ansiedad."
- "Fibromialgia, hipertensión, artrosis."
- "ELA en tratamiento desde los 25 años."

- "Lupus, colon irritable."
- "Disfagia y parálisis facial."
- "Tengo dos hernias discales, sufrí un ictus hace unos años, tengo desde hace años crisis vagales..."
- "Escoliosis, no sigo tratamiento porque entienden los médicos que la columna adulta no sigue desviándose, pero la medicina debería replantearse esto. Necesitamos atención de fisioterapia regularmente por contracturas musculares y otras dolencias derivadas de no apoyar simétricamente las piernas. Todavía no sé si mi hipertensión es temporal o crónica, estamos en pleno estudio. Tampoco sé si descubrirán alguna cardiopatía."
- "Artrosis en cervicales y hombros (diagnosticado), pero seguro que tengo en otras partes del cuerpo porque me duele a diario."
- "A raíz de una rotura de tibia y peroné, mis nervios son como hilos. Pero no pude seguir tratamientos, 4 años en rehabilitación, sin solución. Y si deseo trabajar, sin tiempo para más."

Enfermedades cardíacas y circulatorias:

- "Problemas cardíacos, hace dos años sufrí un infarto de miocardio. Y desde entonces, tengo seguimiento médico."
- "Circulación, estoy operada 5 veces de varices, pero eso no me impide trabajar."
- "Anemia ferropénica."
- "Insuficiencia venosa crónica, sí recibo tratamiento. Anemia por falta de vitamina D. Alérgica a frutas y polen. Inflamación del útero."
- "Hipertensa, hace unos años y tomo una pastilla diariamente."
- "Hipertensión arterial, controlada."
- "Hipertensión y ferropenia."
- "Hipertensa. Actualmente en tratamiento."
- "Hipertensión".
- "Hipertensión."
- "Presión arterial."
- "Presión arterial alta. Dolores en las rodillas y movilidad reducida a causa de rotura del menisco y desgaste de las rodillas."
- "Soy hipertensa crónica hace diez años, me dio en mi primer embarazo, recibo tratamiento actualmente."
- "Hipertensión, depresivos, ansiedad y ferropenia."
- "Arritmia, hace 5 años, tratamiento con Bisoprolol."

Endocrinas y metabólicas:

- "Hipotiroidismo, se descubrió cuando era pequeña, con tratamiento y seguimiento adecuado."
- "Tiroides descubierto en analítica y estoy en tratamiento."
- "A partir de la menopausia, tengo problemas de hipotiroidismo, que me la regula el medico de continuo."
- "Bocio multinodular."
- "Hipotiroidismo, migraña."
- "Hipotiroidismo y todo lo que conlleva hígado graso hipertensión y si tengo un tratamiento ahora tengo problemas de rodilla y espalda, pero no logro que me atienda el traumatólogo."
- "Tengo nódulos en la tiroides y están estudiando si extirparla; lo último que me dijo el cirujano es que, por mis antecedentes médicos, sería mejor no hacerlo, todo depende si encierran células malignas o no, en ese punto estoy. Tengo también psoriasis (que me dan brotes en el oído y rodillas) y asma (que me da sobre todo en otoño y primavera o cuando estoy en contacto con el polvo."
- Soy diabética. Llevo en tratamiento varios años, de momento no tengo que pincharme."
- "Diabetes."
- "Diabetes y hepatitis C, seguimiento del azúcar y de la hepatitis"

- "Diabetes."
- "Tengo diabetes, diagnosticada varios años atrás, tengo control con mi médico de familia... tomo medicamento (Dianben)"
- "Resistencia a la insulina, diagnosticada en Venezuela cuando tenía 20 años, allá no continué el tratamiento por dificultad para conseguirlo, aquí no me indicaron tratamiento ya que se trata con alimentación y actividad física."

Respiratorias:

- "Alergia asmática, controlada por mi médica."
- "Soy asmática."
- "Alergia- tenía cuando era joven y el año pasado salió en España otra vez Anemia- no sé porque, el médico solo recomienda tomar pastillas sin observaciones."
- "Asma, llevo un difusor para orinar, hipertensión, alergias, colesterol (ahora sale bien tomo medicación) etc... "
- "Asma crónica, descubierta en la infancia, con tratamiento y seguimiento médico actual. Anemia crónica, descubierta en la infancia, con tratamiento y seguimiento médico actual."
- "Soy asmática, y si, llevo un tratamiento. Aparte se me practicó, una tiroidectomía, por nódulos tiroideos, llevo un tratamiento hormonal, para compensar la ausencia del tiroides...y sí, el trabajo que tengo, me afecta a los bronquios, por el trabajo físico y a la exposición del polvo y productos de limpieza... Al no tener tiroides, aunque llevo tratamiento, hay días que estoy más cansada y otros más activa."

Enfermedades mentales:

- "Tengo un trastorno obsesivo, por el cual tomo medicación."
- "Esquizofrenia, la descubrieron en la cárcel, seguimiento semanal y mensual."
- "Epilepsia, jaqueca tensión alta y migrañas."
- "Trastorno límite de la personalidad. Se descubrió cuando yo tenía 13 años en consulta de psiquiatría. sí, tengo seguimiento y terapias actualmente."
- "Esquizofrenia paranoide. Inicio de enfermedad a los 29 años. Si recibo tratamiento desde salud mental."
- "Tengo ansiedad y tomo tratamiento, y la ansiedad ha hecho que se me compliquen otras situaciones. Tengo una hernia umbilical y estoy esperando para operarme".
- "Tengo esquizofrenia paranoide y depresión. Estuve mal diagnosticada durante 9 años en dos centros privados. Después de una crisis psicótica grave mi familia recurrió al servicio de urgencias de la sanidad pública. En la actualidad recibo un tratamiento adecuado tanto farmacológico, psicosocial y laboral en los servicios de salud públicos de la Comunidad de Madrid."
- "Alcoholismo."
-

Enfermedades neurológicas:

- "Epilepsia."
- "Epilepsia, desde los diez años, durante en la escuela tuve un episodio, si recibo tratamiento y tengo seguimiento medico."
- "Soy epiléptica controlada."
- "Residual de un tumor epidermoide infratentorial cerebral, hace 11 años y recibo tratamiento, el seguimiento no se ha podido lograr debido a que me han cancelado el control con el neurólogo por lo de la pandemia."

Migrañas:

- "Dolores de cabeza crónicos y lumbago."
- "Migraña crónica, aunque no sea todos los días, los episodios que me dan me afectan mucho al estar fuera de casa y siempre he luchado con ellos, en mis trabajos he sufrido de ellos, pero he sacado fuerzas no se de donde para salir adelante. Aquí en España me he puesto en tratamiento que tomo a diario y cada vez que me dan los episodios fuertes también."
- "Migraña crónica, estreñimiento crónico, mi páncreas no hace ninguna enzima digestiva, hipertiroidismo."

Enfermedades digestivas:

- "Enfermedad de Crohn, cuando di a luz de mi hija en 2001 no me la detectaron hasta el 2006, periódicamente me hacen seguimiento, tomo medicación, aunque no toda debido que en 2018 me detectaron un tumor benigno en la pared del útero, en la última consulta que tuve me comentaron que entre un año y tres tengo que entrar en quirófano, para cortar de 6 cm. a 8 cm., esta enfermedad en sí es depresiva..."

Dermatológicas:

- "Acné severo y anemia."

Ginecológicas:

- "Endometriosis, llevo diagnosticada desde los 25 años, desde entonces siempre he tenido un seguimiento médico y diversos tratamientos."
- "Ovarios poliquísticos y linfoma en seguimiento actualmente."

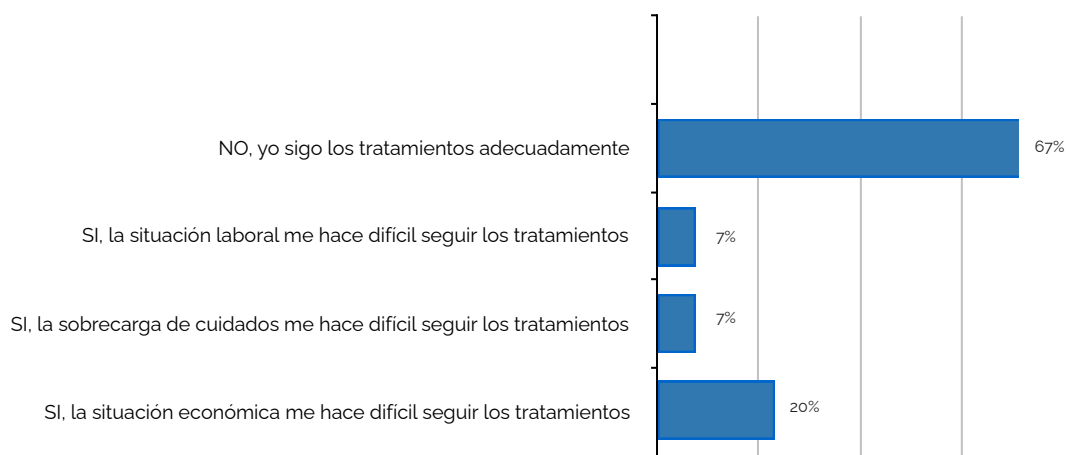
Renales:

- "Nefrocalcinosis incipiente, me lo diagnosticaron en 2018 a consecuencia de infecciones de orina recurrentes y cólicos renales, me hicieron una ecografía y me dijeron que tenía calcificados los riñones (medicación ninguna) (seguimiento ninguno) Virus del herpes simple2: en este confinamiento me llene de úlceras genitales y después de 4 visitas a urgencias (con 3 diagnósticos erróneos) me dijeron... Esto parece vhs2, he solicitado analítica, pero la analítica no busca ese virus concreto, así que con tratamiento para algo que no se si tengo o no (la analítica según me comentan es muy cara por que someten la sangre a quimioluminiscencialo que incrementa su coste."
- "Incontinencia fecal, Incontinencia urinaria y dolor pélvico. Actualmente no recibo ningún control ni seguimiento médico."

IMPACTO DE SU SITUACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS

A todas las mujeres encuestadas se les preguntó sobre las posibles consecuencias de la situación económica, de la sobrecarga de responsabilidad o de la situación laboral en el seguimiento de tratamientos médicos pautados. La ampliación de la pregunta al grupo general (es decir, no restringirlo solamente a quienes dijeron padecer enfermedades) se debe a la intención por capturar la problemática de aquellas mujeres que, sin tener enfermedades crónicas, pueden presentar dolencias y enfermedades puntuales o temporales. De este modo, el total de las mujeres que han respondido que realizan tratamientos se eleva a 183. Como se aprecia en el Gráfico siguiente, el 67% sigue los tratamientos adecuadamente, pero el 20% no lo puede hacer debido a la situación económica, el 7% debido a la situación laboral y otro 7% a la sobrecarga de cuidados.

Gráfico 9. Impacto de la situación económica, la sobrecarga de responsabilidades o la situación laboral en el seguimiento de tratamientos. N=183



DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL

La salud mental de las mujeres y las niñas se ve perjudicada por una variedad de factores, incluidos la discriminación y los persistentes estereotipos de género, la cosificación, la violencia de género y el acoso, el entorno laboral, el equilibrio entre vida privada y vida laboral, las condiciones socioeconómicas, la ausencia o calidad deficiente de educación en materia de salud mental y el acceso limitado a la asistencia sanitaria mental.

Los cambios hormonales durante la perimenopausia, y el tiempo después de la menopausia, pueden afectar a la salud emocional de las mujeres y dar lugar a problemas de salud mental que incluyen la depresión y la ansiedad. La hipersensibilidad a los síntomas puede dificultar la detección oportuna y el tratamiento apropiado.

Los factores determinantes de la salud mental y el bienestar varían entre hombres y mujeres y entre los grupos de edad; son factores entre los que figuran la desigualdad de género, las diferencias de ingresos, la mayor exposición de las mujeres a la pobreza y al exceso de trabajo, la discriminación socioeconómica, la violencia de género, la malnutrición y el hambre exponen a las mujeres aún más a problemas de salud mental.

Según la OMS, no hay diferencias de género significativas en el caso de los trastornos mentales severos, pero las mujeres presentan índices más elevados de depresión, ansiedad, estrés, somatización y trastornos de la alimentación (mientras que los hombres presentan índices más elevados de consumo de drogas y de trastornos antisociales). La depresión es el trastorno neuropsiquiátrico más común

y afecta más a las mujeres que a los hombres: se trata además de la enfermedad más común entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años en la Unión Europea.

Los problemas de salud mental y el bienestar mental son a menudo pasados por alto, ignorados o reprimidos, debido al estigma, los prejuicios o la falta de conocimiento o recursos; que esto conduce a que muchas de las personas con problemas de salud mental no busquen asistencia, y a que los médicos no logren diagnosticar a los pacientes, o a veces, realicen un diagnóstico incorrecto; que el diagnóstico de los problemas de salud mental está condicionado en gran medida por un sesgo de género, ya que las mujeres tienen más probabilidades de que se le diagnostiquen determinadas enfermedades que los hombres.

En particular, las mujeres lesbianas y bisexuales y las personas trans e intersexuales se enfrentan a problemas de salud mental derivados del estrés de las minorías, que se define como los altos niveles de ansiedad y estrés causados por prejuicios, estigmatización y experiencias de discriminación, así como por medicalización y patologización; las personas LGBTI han tenido históricamente problemas para enfrentarse a problemas de salud mental y bienestar específicos y solo se están produciendo cambios perceptibles en los entornos urbanizados del país y de la Unión Europea.

Entre las somatizaciones más frecuentes en las mujeres, que tienen más posibilidades de que se le diagnostiquen a las mujeres más que los hombres, figuran la fibromialgia y la fatiga crónica, como se aprecia en este estudio, destacando, como síntomas principales, el dolor y el agotamiento, si bien las mujeres tienen otros muchos síntomas que son comunes a otras patologías.¹⁶⁰

Ampliando al conjunto de mujeres encuestadas y no solo a aquellas que indicaron padecer enfermedades, se les preguntó si les habían diagnosticado alguna vez algún trastorno o enfermedad mental, como trastornos psicóticos (esquizofrenia u otros), trastornos de ansiedad (de pánico, TOC, fobias) trastornos de alimentación (bulimia, anorexia), depresión, trastorno bipolar, estrés post-traumático u otros. **En este caso, se obtuvieron 229 respuestas, de las cuales 138 (60%) fueron en sentido negativo y 76 (33%) en sentido afirmativo. Este último número es muy superior al de aquellas 14 que indicaron tener (actualmente) una enfermedad mental.** Además, 15 mujeres contestaron que no saben o no contestan.

MEDICACIÓN QUE TOMA ACTUALMENTE

A continuación, analizaremos cómo la enfermedad no determina el uso de medicamentos¹⁶¹, ya que el número de mujeres que indica estar tomando medicación llega a 148, muy superior al número que indica tener enfermedades (49), y sólo 80 indicaron no tomarlos. **Un elevado número de estas mujeres toma psicofármacos y muchas toman varios a la vez. Es decir que nos encontramos con un caso claro de medicalización del malestar social, de la pobreza y la desigualdad de género y, además, un ahogamiento de los mismos a través de la medicación psiquiátrica.**

Nuevamente recurrimos a la explicación de cómo se llega a este punto, a cargo de la experta y médica Carme Valls Llobet: "El hecho de que la ciencia médica haya nacido sesgada respecto a la posibilidad de diagnosticar qué les ocurre a las mujeres y el porqué de sus malestares se debe fundamentalmente a una cultura androcéntrica que ha tendido a considerar como inferiores o menos importantes sus problemas de salud... Si estamos de acuerdo en que las causas de la enfermedad o de las disfunciones de un organismo son biológicas, psicológicas, sociales, laborales, culturales y

160: Parlamento Europeo (2016), INFORME sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2016/2096(INI)). Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Ponente: Beatriz Becerra Basterrechea.

161: En un sentido amplio, incluyendo anticonceptivos o vitaminas.

medioambientales, podemos convenir que reducir que reducir todo el malestar a una etiología biológica, o psicológica, o social, es un reduccionismo etiológico que conlleva inferiorizar a las mujeres diagnosticadas. Es muy probable que en un determinado momento de la vida de una persona pesen más sobre su salud los condicionantes sociales, por ejemplo, y que en otros momentos pesen más los condicionantes biológicos. En cualquier caso, el reduccionismo impide una valoración correcta y es el responsable de que se atribuya una etiología psicológica a cualquier demanda de salud planteada por una mujer, lo que acaba determinando un tratamiento psicofarmacológico o psiquiátrico.¹⁶²

Entre las mujeres estudiadas, los fármacos que se utilizan con mayor frecuencia son los psicofármacos y, en varias ocasiones, las mujeres señalan el consumo de más de uno por tipo. Los indicados por las encuestadas son:

- **Ansiolíticos:** Alprazolam, Bromazepam, Diazepam (el más popular), Lexatin, Lorazepam, Trankimazin, Yiurelax, Orfidal, Lormetazepam, Oxitril, Placinoral.
- **Antidepresivos:** Deprax, Sertralina, Amitriptilina, Citalopram, Trazodona, Mirtazapina, Sertralina, Escitalopram, Fluoxetina, Prozac, Paroxetina, Rexer, Heipram, Valium, Seroxat, Brintellix
- **Antipsicóticos:** Risperidona, Paliperidona, Tiaprizal, Zyprexa

Este hecho es sorprendente, sino que responde a una realidad más general que la que sufren las mujeres encuestadas. En España, en una primera consulta médica, el 25 % de las demandas son consideradas psicósomáticas, si son realizadas por mujeres. A partir de 2003, los psicofármacos son los primeros fármacos que aumentan la factura farmacéutica en el estado español. España es el primer país del mundo que receta más psicofármacos en atención primaria, que son destinados mayoritariamente a mujeres. Benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos son los más frecuentes. También los geriatras y los psiquiatras recetan más psicofármacos a mujeres.¹⁶³

Como señala un estudio de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: "Los profesionales sanitarios atribuyen con frecuencia a la emocionalidad de las mujeres lo que son síntomas físicos, influyendo en la mayor prescripción de fármacos sintomáticos en ellas. Debe analizarse si la misma razón influye en la menor prescripción de fármacos terapéuticos en mujeres que en hombres."¹⁶⁴

LISTADO DE MEDICAMENTOS QUE TOMAN LAS MUJERES ENCUESTADAS:

- Airtal 100mg
- Alprazolam para la ansiedad, Deprax para la depresión, Sertralina para la depresión.
- Alprazolam
- Ameride para la tensión arterial
- Amoxicilina ácido clavulánico
- Amoxicilina para una infección en la amígdala
- Anticonceptivos (tres)
- Antiinflamatorios
- Aprazolam
- Bisoprolol para taquicardias y Exforge HCT para la presión arterial

162: Valls-Llobet, Carme (2020), Loc. Cit., página 44.

163: Valls-Llobet, Carme (2014), Loc. Cit., páginas 20-22.

164: Ruiz-Cantero, María Teresa; Blasco-Blasco, Mar; Chilet-Rosell, Elisa; Peiró, María (2020), "Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. Gender bias in therapeutic effort: from research to health care", en **Farmacía Hospitalaria**, abril, disponible en: https://www.sefh.es/fh/194_11394esp20200414.pdf

- Bisoprolol para la arritmia y Primolud para la hemorragia
- Bonviva para los huesos; hidroferol para los huesos; demilos vitamina D, calcio. Palexia para el dolor. Omeprazol para la gastritis
- Bromazepam normon de 1,5 mg
- Carbamazepina de 200 mg, Amipriptilina de 25 mg y Naramig; la primera es para evitar convulsionar, la segunda tengo entendido que es para relajar los músculos y poder dormir bien y la tercera para la migraña.
- Citalopram
- Complejo B12 ya que en Venezuela me diagnosticaron Gastritis, las paredes del estomago muy desgastadas. Y me ayuda también con los dolores de espalda. Pastillas anticonceptivas Linelle.
- Cuticlim para el acne
- Daflon de 500gr para la insuficiencia venosa, Tardiferon 80mg para la anemia, Rinialer 10gr para la alergia, Hidroferol para la falta de vitamina, Amchafibrin 500mg para la inflamación del útero.
- Dianben para controlar la diabetes
- Diane 35 diario, es una pildora
- Diazepam, para la ansiedad.
- Diazepam 10; Mirtarzapina 30; Trazodona 100; Espidifen 600.
- Diazepam
- Diazepam
- Diazepam
- Diazepam 5 mg
- Diazepam para la hernia de forma puntual en crisis e ibuprofeno
- Diazepam 5mg para la ansiedad, Sertralina 100mg para dolores (sic), Omeprazol protector de estomago, Cymbalta Nostamil 2mg para dormir, Querapentina 25mg (?), Diantiz 25mg, Deprax 100mg para dormir. Zaldiar para dolores. No se para que son algunos medicamentos, ya que no leo los prospectos.
- Doxazosina Amlodipino/ Valsantran tensión
- En la actualidad tomo Hidroferol (vitamina D) porque la tenía carencia severa, Candensartán para la tensión y de forma esporádica Ebastel forte (cuando sé que voy a estar expuestas a alérgicos), pero éste me produce somnolencia. Hace poco me recetaron unas pastillas ansiolíticas y otras para dormir (una psiquiatra, tras un episodio de Síndrome de estrés post traumático), pero me negué a tomarlas, no me puedo permitir quedarme dormida y/o atontada por mis hijas. Necesitaba hablar y eso me ayudó bastante, también usé unas pastillas con elementos naturales, Serenia, pensé que no me ayudarían, pero sí, tomaba dos por la mañana y dos por la noche, pero son caras para hacer tratamiento de un mes. Ahora estoy un poco mejor económicamente porque me vino aprobada (nos vino) la PCI, el 26 de abril hicieron el primero pago, que como vino se fue porque debíamos muchas cosas; llevábamos sin entradas económicas desde el 10 de septiembre en ese momento fueron 426€ de la RAI (4 miembros unidad familiar)
- Enalapril
- Enalapril 20 mg para la hipertensión
- Enalapril, Serc24, Yurelax, Orfidal
- Enanplus, para fuerte dolor en hombro y brazo derecho y pie izquierdo
- Enantyum 25mg y Paracetamol 1g.
- Escitalopram (antidepresivo,1-0-0), Paliperidona (antipsicótico, 0-0-1), Lorazepam (Benzodiazepina, 0-0-2), Enantuyum (anti-inflamatorio, 1-0-1), Paracetamol (0-1-0).
- Escitalopram 15mg
- Escitalopram Para el trastorno obsesivo
- Eslicarbacepina para la epilepsia
- Estuve tomando magnesio, automedicación, ya no.
- Eutirox 100
- Eutirox
- Eutirox 100 mg. Para el tiroides. Lexatil 1.5g ansiedad, esporádicamente. Condrodulf 400mg
- Eutirox 25 mg para el hipotiroidismo Mettformina 1000 mg para la resistencia a la insulina, Vitamina

- D3 para los huesos, Vitamina C, Magnesio
- Eutirox 50 hipotiroidismo
 - Eutirox 50 mg y Nemea de 100mg (antipsicótico)
 - Eutirox 75 y Lexatin 0.5
 - Eutirox 88 (tres personas)
 - Eutirox de 25 mg
 - Eutirox, Leponex etc.
 - Eutirox 50, Diazepam 5mg
 - Flucanazol para eczema
 - Fluoxetina (antidepresivos) Orfidal (ansiedad) Tryotizol 25mg (antidepresivo)
 - Fluoxetina 20 mlg. diarios. Risperidona 9 mlg. diarios
 - Fluoxetina, Citalopram, Lormetazepam
 - Fluoxetina, Alprazolam, Amaryl, Xigduo, Trankimazin
 - Gestagyn lactancia
 - Hace tiempo me diagnosticaron depresión y ansiedad tomaba Bromazepan y Zolpiden para dormir
 - Hierro para la anemia
 - Hierro por que en la última analítica me salió bajo y ketoprofeno para los dolores de cabeza que me dan muy fuerte
 - Ibuprofeno
 - Ibuprofeno para dolor de cabeza y en algunas veces pastilla para dormir
 - ibuprofeno para el dolor de cabeza
 - Indapamina y Lozartan para la presión arterial, Tramadol para dolores en las rodillas.
 - Inmunoferon para aumentar las defensas
 - Inmurel
 - Insulina pinchada para diabetes, Lormetazepam 2mg para ansiedad, Sertralina 50 mg para depresión, y Diazepam 5mg para cuando tengo demasiada ansiedad
 - Jurnista 4mg, dolores Fexofenadina Sanofi 180 mg, picor Atorvastatina ratio 20mg, colesterol Singulair 10mg, asma Flutiform k-haler, asma Ventolin, asma Paracetamol 1mg, dolores Pristiq, mental MicardisPlus 80mg/12,5mg, tensión Omeprazol, protector de estómago Salvacolina 2mg, estómago Obturador anal Sondas, orina Bilaxten 10mg, alergias Hidrofesol Choque 3mg, vitamina D. Ocasionalmente: Darcotin 30mg y Atarax 25mg, alergias
 - Lamotrigina 100mg para la epilepsia y ácido fólico de 5mg
 - levotiroxina 75gr, Costtela, Kreon 25.000U. Omeprazol 20gr, nolotil
 - Lexatin para la ansiedad
 - Lexatin
 - Lexatin 3mg, Ibuprofeno
 - Lexatin, Fluoxetina, Diazepam, Oxitril, Aldocumar, Simvastatina, Vir 20mg, Lyrica, Omeprazol.
 - Lyrica 150mg seroquel 200mg deprax 200mg etumina citalopram rivotril 5mg noctamil 2mg pinchazo 175mg al mes
 - Lyrica 75 MG para los dolores y Diosmina 500mg para la mala circulación
 - Lo único que tomo es el Espedifen para el dolor bucal.
 - Lorazepam
 - Lorazepam para relajar en la noche y poder conciliar sueño.
 - Lorazepam y Sertralina
 - Losartan 50 mg
 - Losartán para la tensión
 - Lorazepam y Lormetazepam, me he automedicado.
 - Medicación para la tensión
 - Naproxeno para la migraña y otro medicamento que le acompaña, pero no recuerdo el nombre en este momento
 - No me acuerdo, para la epilepsia, Antalgin 550 para las migrañas y jaqueca
 - No recuerdo todos los medicamentos que tomo, es una lista muy larga y me ayudan con ello
 - No se como se llama la de la tensión, Fluxetina, Trankimazin

- Omeprazol y Levopiride para hernia hiatal y problemas de deglución aún sin diagnosticar.
- Orvatez 10mg/80mg, Enconcor 2,5 mg, A.A.S 100 mg, Omeprazol 40 mg, Paracetamol 1g, todos medicamentos del seguimiento tratamiento cardiaco.
- Para depresión y ansiedad (Sertralina), Duspatalin, Omeprazol, probióticos
- Para el colesterol 2 pastillas y 2 para la ansiedad, pero no me se los nombres
- Para el dolor de muelas: Nolotil y Amoxicilina
- Para la ansiedad, Lorazepam, para dormir y para dolores musculares continuos.
- Sertralina y loraxepam para la ansiedad
- Para la menstruación y no todos los meses: 1 Paracetamol el primer día y ya está.
- Paracetamol
- Paracetamol para el dolor de cabeza, más no todos los días
- Pastilla anticonceptiva para regular la menstruación.
- Pastillas para planificación familiar
- Prednisona corticoides (enfermedad reumática)
- Prozac, Trankimazin, hierro y la de la tensión
- Puntualmente alguna pastilla suave para dormir: Dormidina o similiar
- Ramipril para la tensión alta y ocasionalmente Alprazolam para la ansiedad. Tomé Paroxetina hace 2 años para depresión.
- Relajantes musculares del sistema central nervioso
- Relax para migrañas
- Rexer 30 = para dormir; Lorazepam 1g = para poder relajarme y conciliar el sueño, otra para la depresión al desayuno y a la comida.
- Salbutamol para asma, Loratadina para alergia
- Seretide para el asma, Mirtazapina para tratamiento psiquiátrico, Dolocín para dolor de pierna, Alprazolam como tratamiento psiquiátrico, Lorazepam como tratamiento psiquiátrico para ansiedad y depresión, Quetiapina para dolor de pierna y fortalecer huesos, Neurotin para fortalecer huesos, Citalopram para la ansiedad, parches de morfina para dolor de pierna, ácido fólico para anemia y calcio D.
- Seroquel, Deprax, Lormetazepam, Heipram
- Sertralina, para la ansiedad
- Si Eutirox 137, vitamina D, Dovidia por un trombo que tuve, Simvastatina 10 mg hígado graso, Atenolol 50 mg tensión alta y Lercanidipino 10mg, también tensión alta
- Si solo vitamina por la lactancia materna
- Solo los de alergia estacionaria Ventolin, Salbutalmol, Ebastel.
- Solo tomo Paracetamol para el dolor de cabeza
- Suplementos vitamínicos
- Synjardy 5mg/1000mg
- Tensión alta: Hidrotona y Acovil, Ibruprofeno dolores de espalda.
- Tesavel 25 mg para diabetes tipo 2 y Ferlplex para la anemia
- Tiaprizal
- Tirodril 5mg, para el hipertiroidismo
- Tomé Lexatin, Valium y otro que no recuerdo. Dejé de tomarlos porque me sentía dormida y no podía trabajar de esa forma. Sustituí todo esto por yoga, (meditación y relajación). Alguna vez, si me siento que no puedo más, me tomo un Valium y me acuesto a dormir.
- Tomo Discrepan regularmente por artrosis cervical en la c6 y c7.
- Tomo Leotron y Tromalyt 150 g
- Tomo Paracetamol porque sufro de migraña desde muy pequeña y varios de mis familiares también.
- Tomo tratamiento para esquizofrenia y para depresión
- Tomo tratamiento para la diabetes: Metformina, Glucolon. Para el sistema nervioso Tomo Fluoxetina y Placinoral.
- Tomo Seroxat, para la ansiedad por la situación en la que vivimos.
- Topiramato para los impulsos en la comida y el brintellix para la ansiedad

Dentro de las que han contestado que no, destaca el siguiente caso en el que su "trastorno adaptativo" diagnosticado, por el cual tomó medicación ansiolítica, encubría un caso de violencia de género:

- "En la actualidad no tomo ningún medicamento. Justo antes de pedir yo el divorcio, hace 6 años, me diagnosticaron un trastorno adaptativo, pero no supieron reconocer que estaba siendo víctima de violencia de género. Me mandaron Lexatin durante un mes porque me veían con mucha ansiedad, pero me lo fueron quitando gradualmente pasado ese mes, ya que iba respondiendo favorablemente. Unos meses después ya mi doctora de cabecera, viendo que erraban el diagnóstico, me recomendó acudir a la unidad de violencia de género de la Cruz Roja. Ahí empecé a sentirme apoyada y empecé a levantar cabeza. Soy de la creencia de que los ansiolíticos te pueden ayudar en un momento puntual, pero no van a resolver el/los problema/s, por lo que prefiero afrontar las situaciones de ansiedad con otro tipo de recursos (meditación y yoga, consuelo espiritual en mi fe, salir a tomar el aire con mis amigas, disfrutar con un hobby...)"

Otras dos mujeres dicen que no toman los tratamientos psicofármacos porque creen que superarán por sí mismas su situación o por miedo:

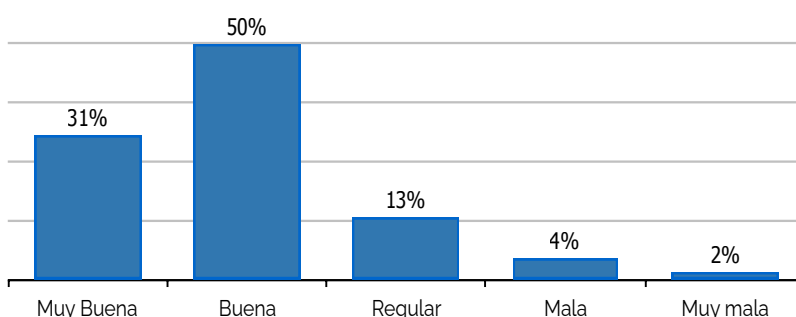
- "Aun no tomo nada porque mi depresión no es grave, es pasajera."
- El médico de familia me recetó Lexatin, no lo tomé me dio miedo. Esto fue hace un año."

MATERNIDAD Y EDUCACIÓN SEXUAL

VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL POSTPARTO

La pregunta comprendía la posibilidad de una reflexión amplia, en el caso de que la mujer hubiera tenido varios procesos gestacionales. De un total de 187 mujeres, 126 (81%) indicaron que era "buena" o "muy buena", 21 (13%) "regular" y 10 (6%), "mala" y "muy mala".

Gráfico 11. Valoración de la atención médica durante el embarazo, el parto y el postparto. N=126



Se pidió a las mujeres encuestadas que dijeran su experiencia sobre las consultas relacionadas con la reproducción (como embarazos, abortos o métodos de control anticonceptivo). Concretamente, si las derivan a un ginecólogo/a y, en tal caso, en cuánto tiempo tardan en darte esa cita. También se les pidió que explicaran si, en el caso de ser atendidas, si se consideran satisfechas con el tiempo que les dedican, con las explicaciones que les dan y con los tratamientos o consejos médicos.¹⁶⁵

Los testimonios indican una mayoría de mujeres que indica quejas por las listas y tiempos de espera, por tratamientos no controlados o con falta de atención suficiente. Un segundo grupo señala una experiencia correcta, aunque dependiendo de la oportunidad o situación de cada persona. Un tercer grupo tiene opiniones matizadas, con experiencias positivas y negativas o críticas a la vez. El cuarto grupo de mujeres no acude directamente a estas consultas. Una mujer indicó que no existen servicios de salud que tengan en cuenta la diversidad sexual, ya que están enfocados en la sexualidad heterosexual.

También hemos contado con un testimonio especial, de una inmigrante venezolana que es médica: "En Venezuela, por ser médico, recibí muy buena atención de mis colegas, pero estoy consciente de la grave situación que siempre ha existido en los hospitales públicos por falta de recursos y que con la situación política actual ha empeorado. Se me hizo imposible ejercer la medicina antes de emigrar porque me deprimía la mortalidad por pobreza y desnutrición."

Valoración negativa de la atención o el tiempo de espera

- "En este aspecto no podría hablar con propiedad, dado que no he podido volver a tener hijos. Pero de mi único embarazo, ahora soy consciente de la gran falta de información y atención que tuve."
- "Últimamente he tenido problemas con el periodo y he estado indispuesta pues se han demorado

¹⁶⁵: Con una muestra mayor, sería posible desagregar esta pregunta por Comunidad Autónoma, lo cual permitiría analizar la variable de atención sanitaria con mayor precisión. Queda, por lo tanto, para futuras investigaciones.

- para darme la cita."
- "Cuatro o 6 meses si que tardan si. Lo único que tengo una amiga que me puede facilitar las citas, pero no suelo pedirle ayuda si no es para algo que crea urgente."
 - "Cada vez que necesito cita para el ginecólogo la cita me la dan para unos meses después."
"Muy extensas en el tiempo de espera"
 - "Tengo año y medio y aún nunca me vio un ginecólogo por revisión general."
 - "Siempre he sido atendida correctamente si bien es cierto que las citas se alargan en el tiempo, es decir, no son inmediatas y las listas de espera son bastante más largas de lo que deberían serlo."
 - "Me mandaron al ginecólogo, tardo un mes en atenderme."
 - "No he tenido consultas, cuando fui ya estaba embarazada. Eso sí la atención es muy mala porque los turnos son muy espaciados, sobre todo previos a un embarazo o ya posteriores."
 - El servicio de planificación familiar funciona bastante bien. Pero a la hora de ir al ginecólogo muy grave tienes que estar, te dan la cita tarde y cuando vas si no es por embarazo no te tratan muy bien. Una vez fui porque tenía mucho sangrado y me preocupé porque había tenido anteriormente problemas y el ginecólogo joven y bastante borde me dijo que no tenía nada y que me había saltado el protocolo. Parece que el protocolo normal aquí en este hospital es cada 4 años un chequeo, cuando lo normal es una vez al año y más cuando tienes problemas como es mi caso."
 - "Solo hablo del embarazo, pues de las consultas no he tenido necesidad. He ido a mi centro de salud, me ha derivado a la matrona y no siempre ha estado la misma y eso complica un poco el proceso. No siempre me han dedicado el tiempo necesario."
 - "Aquí en España, perdí mi DIU, pero la atención fue bastante rápida. No estoy muy satisfecha en cuanto a los procedimientos, o explicaciones que me dieron. Ya que yo preferí cuidarme con pastillas anticonceptivas, no me realizaron exámenes médicos para recetarme el tratamiento. Y solo me preguntaron si me iba bien con ellas, si no tenía mareos, o tenía alguna reacción desfavorable."
 - "Pues las citas para esos casos se alargan mucho."
 - "Se me derivó a ginecólogo con los embarazos. Ya tengo la menopausia y no ha habido ningún control, aunque ciertamente no he tenido molestias. Solamente se me han realizado mamografías, dos a propuesta del centro, de sanidad y he de decir que muy dolorosas."
 - "Siempre se demoran con las citas."
 - "Tardan de tres meses en adelante y muchas veces te atienden como si tuvieran prisa."
 - "En mi caso me hicieron una prueba en enfermería, me derivaron al médico de familia, quien me recomendó que abortara, cosa que a mi personalmente ni se me pasó por la cabeza, cada vez que entraba por la consulta con la niña ya nacida me decía ¡¡Anda, vienes con un monstruito!!"
 - "Tuve problemas ginecológicos y me daban la cita muy tarde."
 - "Tardan mucho tiempo y tienes que moverte tú."
 - "Deberían tener más tiempo de consulta por usuaria."
 - "Te atiende la matrona y en poco tiempo."
 - "Tardan bastante en dar cita, a veces no se deriva desde el médico de familia con la frecuencia que me gustaría, todo debido a la sobrecarga de pacientes que tiene la sanidad pública por falta de médico/as contratados, personal y recursos."
 - "Tardan mucho porque a mi me derivaron al ginecólogo por problemas en el útero y mama, y no hay agenda abierta."
 - "Acá en España el servicio es pésimo, estoy esperando una cita con ginecología hace 9 meses; para hacerme una citología tuve que esperar, para una cita, 5 meses. Tengo un problema hormonal y de hemorragias."
 - "Al darme una cita para un ultrasonido pélvico demoran mucho y con la crisis del COVID-19 me han cancelado la cita que la solicite desde diciembre y la tenía en mayo."
 - "Es tardado el tiempo de espera para la cita, por lo pronto, por el tema de Coronavirus, porque hasta ahora comienza la nueva Normalidad."
 - "No y mucho menos ahora que todo te lo dan por teléfono. Se que mi tiroides está disparada, pero no se cuánto, mi médico dijo: muy mala; cuánto no lo se, claro que no estoy contenta."
 - "Me derivan al ginecólogo. Tardan bastante tiempo en que te den la cita."
 - "He pedido ginecólogo, alguna que otra vez, y suelen tardar bastante."

- "No estoy satisfecha con el tiempo que tarda la citas son muy largas fechas."
- "En mi caso, me derivaron en ambas ocasiones a la matrona. En el primero hubo huelga de matronas que duró todo el año, así que me busqué un tocólogo particular y en el segundo la matrona me derivó a alto riesgo, por lo que tenía controles todas las semanas. En tres ocasiones me ingresaron y en la tercera ya me quedé ingresada y tras varios días con mucho dolor, me hicieron una ecografía (bueno, tras varias ecografías donde me decían que no tenía nada, que eran dolores de parto). Finalmente, mandaron a llamar a otro médico, uno más especializado (la verdad no entiendo lo de 'más especializado') y mientras me hacía la ecografía puso mala cara y en minutos ya estaba en paritorio; luego me explicaron que había detectado (tampoco sé como pueden saber esto) que la placenta se estaba desprendiendo. Aquí si me sentí mal, porque llevaba días con mucho dolor y pasaban de mí, que eran contracciones y ya. Me asusté muchísimo."
- "Sin la tarjeta sanitaria cuesta mucho más, yo solicité la tarjeta para no asegurados, me la dieron rápido por mi condición de embarazo, en general el seguimiento lo hace la matrona, a mi me hicieron ver por doctores porque como mencioné, llegué con el embarazo avanzado, llegué en agosto y en septiembre di a luz. La atención posterior en el área ginecológica no me gustó para nada, yo tengo antecedentes familiares de cáncer y estaba en control por ginecología por una conización por NIE grado II (VPH) (SIC), el trato por parte del ginecólogo que me vio no me gustó para nada, en la consulta no me escuchó, ni aclaró dudas, ni me miraba, me atendió corriendo, la citología tarda 3 meses. Es una de las situaciones que a mi particularmente me tienen preocupada."
- "Tardan en dar la cita y las explicaciones y el tiempo es escueto."
- "Para una cita de ginecólogo tardas seis meses en darte cita y para resultados dos o tres para Lugo, ni en cinco minutos para decirte todo bien."

Satisfacción con el proceso o sin experiencia

- "Satisfecha." (8 mujeres dieron esta respuesta)
- "Ok"
- "Atención correcta."
- "Después de tener a Sandra tuve dos abortos, las citas fueron rápidas. El segundo aborto fue a los 4 meses de gestación. Fui a urgencias y allí estuve más de un día ya que aseguraban que había movimiento, pero al final el feto falleció."
- "Sí en mi caso he tenido dos abortos y dos embarazos y todo muy controlado. También es verdad que depende de la persona que te toque, que empatee contigo."
- "En mi caso, los métodos anticonceptivos me los recetó el médico de cabecera. Para citologías sí que asisto cada tres años a una con la ginecóloga, mediante seguridad social. El tiempo que transcurre para dar la cita será aproximadamente de un mes. Sí, me considero satisfecha."
- "Citas con especialista tardan entre 15 días y un mes."
- "Tema ginecológico es "sin pauta". Si quieres, te adhieres al control de cáncer de útero, pero llevas tú el control. Una matrona para todo el centro de salud. El control de las mamografías bien. Siguen una pauta y control."
- "La verdad es que no tengo ninguna queja con el servicio de ginecología. Siempre se me ha atendido con mucha profesionalidad, respeto y con mucha dedicación."
- "Me ayudan con las citaciones médicas."
- "Las explicaciones del ginecólogo han sido siempre muy buenas."
- "Siempre he estado muy bien atendida."
- "Sí, me derivan a un ginecólogo, normalmente voy a revisión todos los años y la atención es buena."
- "Estoy satisfecha con la dedicación que he tenido durante el embarazo."
- "Me derivan a la matrona, me citan de 5 a 6 meses."
- "Sí, con el ginecólogo suelen tardar unos 2 meses; el trato conmigo es bueno y me siento satisfecha con las explicaciones que me da."
- "Estoy muy contenta con la atención en ginecología, atienden en un tiempo considerable."
- "Sí, en atención primaria te dan cada cita a la que tienes revisión, luego ya pasé a manos del hospital con los tres ingresos y bien. Atentos."

- "Sí, siempre, la atención que tengo es correcta."
- "Acá en España si he recibido toda esa información y aunque no soy de las personas que habla libre de estos temas, sí trato de estar informada por mi salud."
- "Las citas son cortas y estoy informada de todo por mi ginecolog@."
- "Depende del caso sí, aunque suelen enviarte de primeras a la matrona o "matrón". El tiempo de espera en mi caso no fue mucho. Considero que el tiempo que me dedicaron fue el adecuado."
- "Con este tipo de consultas la atención recibida siempre ha sido óptima."
- "Me derivan a un ginecólogo, la cita no tarda y el tratamiento es bueno."
- "Sí, te mandan al ginecólogo, tarda un poco en darte cita, no te se decir el tiempo exacto que tarda, y salgo satisfecha con el tiempo que me dedican explicándome todas las cosas y de la forma que me han atendido."
- "Sí, no suelen tardar mucho porque me ponen preferente o urgente por la diabetes, y me quedo satisfecha con las soluciones y respuestas y la manera de atenderme."
- "Me suelo informar primero por mi parte y luego con los ginecólogos o matronas antes de optar por alguna. Los sitios que elijo son muy satisfactorios y siempre me dan las mejores opciones."
- "Tengo un seguimiento anual en Santa Cristina desde hace 20 años que me hicieron una histerec-tomía total, por un cáncer de útero. Es satisfactorio tanto el trato como las explicaciones."

Opiniones matizadas

- "Tuve un embarazo que terminó con un aborto a los cuatro meses y medio de gestación y fui atendida con eficacia y rapidez. Aun así, creo necesario y que no tuve un apoyo psicológico."
- "Pues la primera vez fui a la matrona por anticonceptivo y muchos consejos muy útiles, pero se tardan para tan anticonceptivo es mejor en la misma cita."
- "Pedí cita después de 3 semanas de dar a luz para la ginecóloga y me la dieron para la semana siguiente."
- "Para la cita a veces la dan muy lejos de fecha, del resto la atención ha sido buena."
- "Las citas son muy largas, la atención es buena."
- "Depende del doctor que me atienda, algunos son muy receptivos otros no."
- "Aquí en España la atención en los centros de salud en buena, en cuanto a un especialista es bastante la demora. Estoy satisfecha con las explicaciones, consejos y tratamientos que me dan."
- "Ginecólogo de la seguridad social. Mucho tiempo para darte la cita, con mucha demora y poco seguimiento. Conforme con las explicaciones en consulta y con el tratamiento."
- "Sí, me derivaron a planificación familiar, y se tarda mucho hasta que te dan las citas. Sí, me explican bien los métodos anticonceptivos."
- "Bueno he necesitado la cita con ginecología, pero para otro tipo de controles y la primera cita fue rápida y el siguiente control fue suspendido. Solo me hicieron llegar una carta diciendo que no era necesario que la ginecóloga me viera, por que los exámenes estaban bien."
- "Estoy operada para no tener más hijos (ligadura de trompas). Tardaron meses en darme cita para la operación, fue con un ginecólogo. En el mismo día nos operaron a cuatro mujeres, fue en una mañana."
- "En mi embarazo fui esposa abandonada. Pero por parte de médicos, familia y entorno muy bien cuidada y tratada."
- "Ha habido de todo. Momentos con muy buena atención y relativamente rápida. Pero luego fue haciéndose muy deficitaria y tuve que usar seguro privado."
- "Tuve cita ginecológica de rutina, pero por la situación no he podido tener una cita para control anticonceptivos."
- "No sé cómo contestar a esta pregunta. Solo he tenido un hijo y después no he pensado en tener otro, ni tampoco he tenido esa oportunidad. No tengo pareja ni quiero tenerla, vista la experiencia pasada. Prefiero estar tranquila a mi aire y disfrutar de otras cosas (mi niño, trabajo, hobbies, tiempo libre...). De momento estoy satisfecha con mi ginecólogo habitual, con quien sigo las revisiones anuales regulares."

No acuden a consultas

Hay varias mujeres que, ante esta pregunta, contestaron que "no corresponde", lo cual se debe a que no se consideran en edad o condiciones de reproducción, a pesar del filtro establecido en la pregunta (sólo se administró esta pregunta a menores de 50 años). También se reflejan decisiones personales de no acudir a este tipo de especialistas.

- "No voy a consultas ginecológicas desde hace 8 años porque no he querido."
- "Nunca he pedido cita."
- "Nunca fui al ginecólogo por algún caso de los de la pregunta."
- "Nunca se dio esta situación,"
- "No he tenido ninguna consulta de este tipo."
- "Hace muchos años que no voy al ginecólogo."
- "La última vez fui a un ginecólogo privado."
- "No puedo responder, aquí no me traté."
- "No he tenido ninguna consulta al respecto."
- "No he ido a ninguna consulta."
- "No tengo experiencia aquí en España."
- "Viviendo en España, aun no he tenido nada relacionado con el tema."
- "Nunca he ido." (3 mujeres)
- "Siempre he acudido a un facultativo privado."

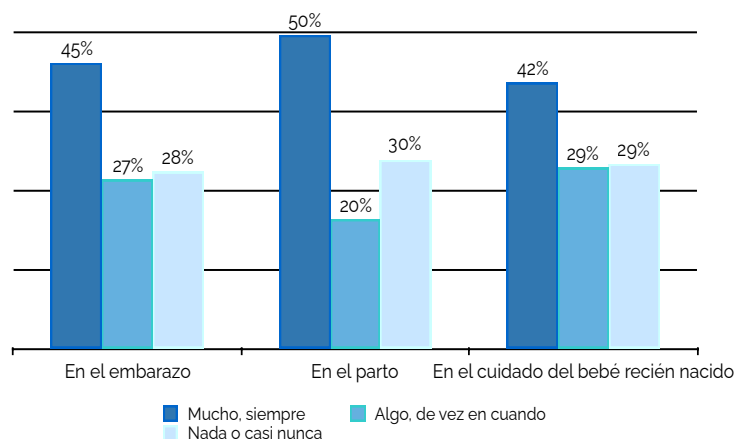
La atención no considera la diversidad sexual

- "No tengo relaciones heterosexuales y no estoy satisfecha ni contenta con el trato que recibo en las consultas en general, que parten de la idea de que mantienes relaciones heterosexuales, no se contempla la diversidad sexual, falta educación sexual."

APOYO POR PARTE DEL PROGENITOR EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Entre las 157 mujeres que contestaron a esta pregunta, el mayor apoyo ("mucho, siempre") registrado por el progenitor es más numeroso en el caso del parto (78 mujeres, 50%), menor en el embarazo (71 mujeres, 45%) y llega al punto más bajo en el postparto (66 mujeres, 42%). Cerca de un 30% señala no haber contado "nada o casi nunca" con este tipo de apoyo, en momentos tan difíciles para la salud física y mental de las mujeres. Las que indican haber contado con apoyos puntuales son entre el 20% en el caso del parto y el 29% en el cuidado del niño/a recién nacido/a.

Gráfico 12. Apoyo por parte del progenitor en el embarazo, parto y postparto N=157.



EDUCACIÓN SEXUAL Y SOBRE REPRODUCCIÓN

De un total de 211 mujeres, 97 (46%) contestaron que sí y 97 (46%) que no, mientras que 6 indicaron que "no saben o no contestan". Las 11 que señalaron la opción "otros", dieron explicaciones que indican un nivel formativo bajo y/o tardío, en su mayoría:

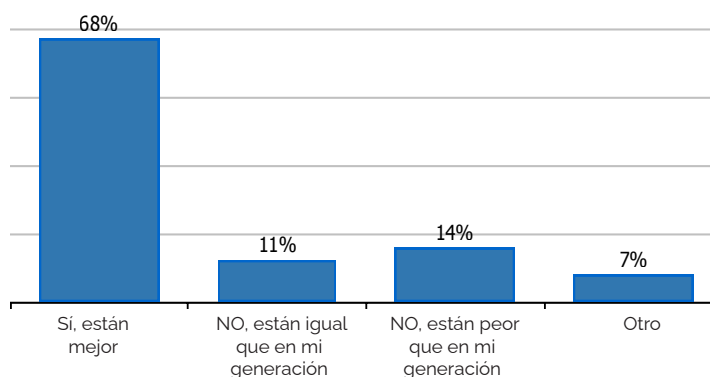
- "Sí, alguna charla sobre salud."
- "En un curso del Secretariado Gitano hace unos meses."
- "Sólo por la matrona en el curso de preparación al parto."
- "Educación y promoción de Salud."
- "En el colegio" (dos mujeres)
- "Muy poca, en el liceo."
- "Talleres de sexualidad y menopausia de Cruz Roja."
- "Mi madre."
- "Muy poca."
- "Tarde, pero sí, he realizado talleres de educación sexual en instituciones y centro de salud."

OPINIÓN SOBRE LA FORMACIÓN DE LAS ADOLESCENTES ACTUALES SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZOS NO DESEADOS

La pregunta consistía en preguntar si las mujeres encuestadas creían que las adolescentes hoy están mejor preparadas que las de su generación para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. De un total de 226 respuestas recogidas, 163 mujeres (68%) coincidieron en que "sí, están mejor"; 30 (14%) que "están peor que en mi generación" y 23 (11%) que "están igual que en mi generación". Un grupo de 12 mujeres ofreció otras respuestas que son interesantes para comprender el análisis que hacen de su experiencia y de su propio entorno:

- "Se puede mejorar muchísimo."
- "Creo que sí, pero también depende del interés que pueda tener el adolescente, al buscar esa atención o información."
- Si, están mejor preparadas por los adelantos que hay hoy en día, pero no se les informa."
- "Por un lado, tienen más medios para informarse y más apertura, pero por otra parte me parece que hay cierta frivolidad o falta de madurez."
- Información tienen, pero no sé si son conscientes de lo importante de protegerse y proteger."
- "Tienen más información."
- "Deberían estar mejor preparadas, pero son más irresponsables."
- "Están mucho mejor que en mis tiempos, pero no los ponen en práctica y hay muchos embarazos no deseados que terminan en abortos o bebés abandonados o criados por abuelos, tíos etc."
- "Tienen más información, pero no lo llevan a ello."
- "Considero que no lo suficiente."
- "Pues no se decir exactamente porque hay irresponsables de todas las edades."

Gráfico 13. Opinión sobre la formación de las adolescentes actuales sobre enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. N=226



ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Se pidió a las mujeres encuestadas que dijeran su experiencia sobre qué sucedía si tenían alguna consulta relacionada la salud ginecológica, como infecciones de transmisión sexual, vaginales, hongos, dolores, problemas menstruales, etc.; si les atendía directamente o debían pasar previamente por el/la médico/a de salud de atención primaria para que las derivan a un/a ginecólogo/a. Preguntamos también sobre el grado de satisfacción con el tiempo que tardan en darles esa cita y las explicaciones y tratamientos recibidos en consulta.

Ante esta pregunta las respuestas se parecen a las del punto 7.1. Por una parte, están la mayoría de mujeres encuestadas, que indican un alto grado de frustración y valoración negativa, muy centradas en los largos tiempos de espera para la consulta (situación empeorada por la pandemia), en la necesidad de pasar por el médico de cabecera para poder acudir a ginecología, en la atención recibida no satisfactoria recibida, y en el hecho de que son atendidas por profesionales diferentes en cada ocasión que acuden (es decir, que no las sigue el/la mismo/a profesional). Muchas se están atendiendo en consultas privadas, por estas razones. En el extremo, están las que señalan una opinión positiva, que en este caso son minoritarias.

Con valoración negativa:

- "La verdad que ya no te hacen ni revisiones...y para que te den cita para el ginecólogo tienes que tener algo grave."
- "Sí, me atiende el médico de familia de atención primaria y sí lo cree conveniente te deriva a un ginecólogo/a, posponiéndose la cita alrededor de un mes, más o menos. Nunca me he sentido satisfecha con el tiempo de atención en las consultas, ni con las escasas explicaciones que me han dado, si es que me las han dado y la mayoría de las veces no se dan consejos para prevenir, sólo prescripciones de medicamentos y se acabó."
- Estoy satisfecha con mi matrona y con la doctora de atención primaria. En el hospital tardan mucho para citas, a no ser que sea algo urgente, que eso derivan rápido. Para controles normales, es mejor ir por privado."
- "Mi hija padece de fuertes dolores menstruales, pero sólo le recetan ibuprofeno."
- "Intenté ir a una consulta justo antes del COVID por molestia en la vejiga y en la vagina, el médico de cabecera me mandó citología, pero no pude hacérmela."
- "Con respecto a la menstruación han demorado para atenderme mucho."
- "Derivan al ginecólogo directamente y el tiempo que me dedica la ginecóloga es el necesario, pero no estoy de acuerdo en el tiempo de espera."
- "Me atiende el médico de la salud primaria y me derivan al ginecólogo si lo consideran oportuno y el tiempo en darme la cita la verdad es que puede llegar a tardar bastante, pero la atención recibida es bastante buena."
- "Te atiende el médico de atención primaria que no tiene mucha idea, lo mejor que te puede pasar es que te derive o cojas cita en la matrona. Si tienes que ir al ginecólogo date un año o más hasta que te den cita en el hospital clínico de Salamanca. Para alguien con problemas, como es mi caso, lo lógico es que siempre te atendiese el mismo/la misma profesional que conoce tu caso. Cada vez un profesional distinto y que salvo un caso contado no te exploran muy bien, con prisa y con mala gana. Seguro que este profesional en su consulta privada es más amable y te atiende mejor, pagando."
- "Primero te ve infinitamente el médico de cabecera, aunque la situación empeore... Prueba de todo lo que se le ocurre y si no funciona, ya te derivan al especialista el cual con suerte en 2 o 3 meses te verá cuando al fin te ve... Te pregunta ¿tu ahora como te encuentras? Si le dices que bien (no estás en un brote, o no cursas infección) te vas para casa con las mismas."
- "Tuve problemas ginecológicos y lo pase mal no daban con el medicamento adecuado, opté por la operación ya hace 2 años, desde entonces no me hago controles porque te dan la cita muy de tar-

- de en tarde ...prefiero no ir a no ser que ocurra algo grave."
- "El médico de atención primaria me manda al ginecólogo. Depende mínimo 6 meses. Si por qué una no entiende entonces haces caso."
 - "Tuve una infección transmisión sexual y tardaron bastante en darme cita."
 - "Hoy en día cuesta más que te deriven a un especialista debido a la falta de personal en la salud pública. El tiempo de espera hasta que te dan la cita es demasiado largo debido a la falta de recursos. La atención en consulta es muy buena."
 - "Mal muy mal, no hay agenda abierta para la consulta de ginecología y tardan mucho en llamarte."
 - "Desde que vivo en España hace 3 años, no he requerido atención en la esfera ginecológica. Solicité una citología y la cita fue lenta (más de un mes) y atención fue breve y sin ninguna explicación de los riesgos. Consulté en Urología por incontinencia urinaria y las enfermeras están muy bien entrenadas, son amables y me dieron excelente información. Pero el urólogo apenas me dirigió la palabra y no me dedicó ni 5 minutos. Me indicó algo que nunca compré porque no me explicó para que servía y no confié en él. Solicité una mamografía, pero me dijeron que el sistema me asignaría cita automáticamente y aún no me llaman."
 - "Bueno, uno de los "regalitos" que me ha dejado mi exmarido es precisamente el VPH. Esa es otra razón por la que no deseo tener pareja, ni encuentros con nadie. No deseo transmitírselo a nadie más. Con mi entonces marido dejamos los preservativos por la píldora anticonceptiva, y nadie me advirtió de este riesgo, por lo que no nos hicimos análisis y no supe que él lo tenía hasta después de nuestro divorcio. Cuando me lo detectó mi ginecólogo particular, me trató bien a nivel médico, pero se le fue la pinza con comentarios como "pues ahora tendrás que vivir con esto, chica, es el resultado de la promiscuidad de hoy en día" y otras perlas que tuve que oír. Creo que los ginecólogos son conscientes del altísimo porcentaje de incidencia en la población -así me lo dijo en la consulta- pero en el fondo luego te terminan haciendo un juicio de valor, que francamente resulta humillante e innecesario."
 - "Creo que la atención ahora mismo es muy lenta y que en algunos casos las explicaciones, los tratamientos y consejos médicos son un poco desacertados."

Con valoración positiva:

- "Me atiende el médico de familia y me deriva al ginecólogo que en poco tiempo me dan cita no se demora mucho."
- "Por mi enfermedad siempre tiene que verme un ginecólogo, y hay muchos especialistas buenos, otros malos, pero siempre se toman tiempo para atenderme bien y explicarme todo."
- "Por mis antecedentes médicos, tengo revisiones periódicas y me atienden correctamente."
- "He tenido infecciones normales vaginales ocasionadas por el papel higiénico, toallas higiénicas, protectores etc. me han atendido muy bien y no he tenido que ser remitida al ginecólogo."

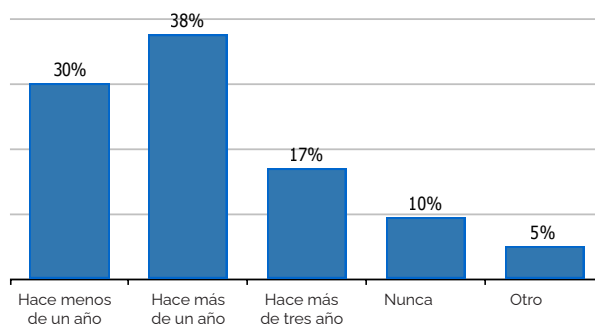
ÚLTIMA CITOLOGÍA VAGINAL

Sobre 209 respuestas, sólo 79 (30%) indicaron que hacía menos de un año. El porcentaje más alto es el de las que se la hicieron hace más de un año, pero menos de 3 (63 mujeres, 30%); 36 mujeres (17%) se la hizo hace más de tres años y 20 (10%) no se la ha hecho nunca.

Dentro de las que indicaron "otros", destacan los siguientes testimonios:

- "Hace más de 10 años."
- "Desde el parto no he vuelto a hacerme una revisión."
- "Hace 12 años, la edad que tiene mi hijo."
- "Por traumas personales, llevo años sin hacerla."

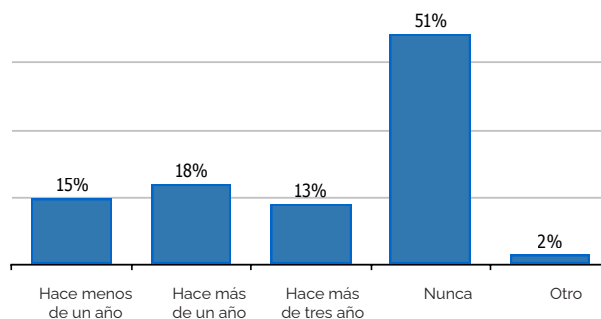
Gráfico 14. Tiempo que ha pasado desde la última citología vaginal. N=209



ÚLTIMA MAMOGRAFÍA

Sobre un total de 208 mujeres que contestaron a esta pregunta, 107 (51%) no se ha hecho nunca una mamografía. Entre el resto encontramos 37 mujeres (18%) que se la hicieron hace más de un año, 31 mujeres (15%) hace menos de un año y 28(13%) que se la hizo hace más de tres años.

Gráfico 15 Tiempo que ha pasado desde la última mamografía. N=208



Se les ha preguntado a las mujeres mayores de 50 años con respecto a la menopausia, si les ha informado un/a médico/a de qué se trata y cómo afrontarla, cómo tratar los síntomas y cómo prevenir problemas como la osteoporosis. O, por el contrario, si han buscado ellas solas la información o lo han hablado con amigas. Las respuestas, en general, apuntan a que no han recibido información facultativa y que, o bien dicen no presentar síntomas, se han documentado ellas mismas o bien lo han comentado con amistades-

- "No, ni creo que lo hagan, la filosofía que encuentras en las consultas nunca son correctas ni en tiempo, ni en prevención y menos en información, porque siempre se excusan con falta de personal y recursos."
- "No, no he obtenido ninguna información médica al respecto."
- "Se me ha retirado la menstruación sin ninguna información. No he presentado ningún síntoma."
"Ningún medico me ha informado. Algo he hablado con las amigas por problemillas de sofocos."
"He buscado yo toda la información."
- "No, aun no tengo información ni diagnóstico."
- "Ningún médico me ha informado, pero es algo de lo que tengo conocimientos."
- "Lo he buscado yo y lo he hablado con amigas y mis hermanas."
- "Nadie me a dado información yo a través de internet."
- "No he recibido esta información por ningún facultativo. He buscado yo la información, para estar lo

más preparada y mejorar mi calidad de salud lo mejor posible, dígame que por mi edad estará cerca de llegar esta nueva etapa en mi vida."

- "No me ha informado nadie. Lo que una escucha..."
- "Lo he hablado con todos, pero aún así no estoy satisfecha con sus respuestas por el poco interés que me prestan."
- "Desde hace 9 años estoy en eso. No asistí al ginecólogo para consultar. Me siento bien, no he tenido problemas."
- "No, he buscado información y he realizado un taller en Cruz Roja."
- "Después de la menopausia me hice varias pruebas ya que estuve enferma con un derrame que me dejó en silla de ruedas, pero no me han hablado de forma en concreto de la menopausia, aunque sí se me han hecho pruebas después de la menopausia."
- "No aún nadie me ha informado y creo que estoy próxima a pasar por ese proceso de la vida."

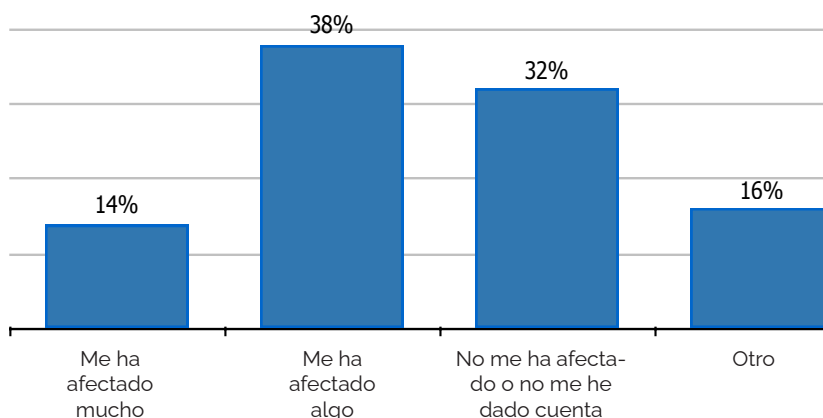
Las que han sido informadas por profesionales indican lo siguiente:

- "Sí, mi médica me informó de todo."
- "Me ha informado mi ginecóloga."
- "La médico de atención temprana me hizo analíticas."
- "Tengo menopausia quirúrgica, llevo un tratamiento para ello, todo me lo explican mis ginecólogos."
- "Médico de cabecera, he recibido información, he realizado análisis."
- "Me he informado con un endocrino."

EFFECTOS DE LA MENOPAUSIA EN LA SALUD

Esta pregunta está dirigida a mujeres en la franja de edad correspondiente y fue respondida por un total de 50 mujeres. Más de la mitad (54%) dijo que le ha afectado algo (19, 38%) o mucho (7, 14%), en tanto que 16 (32%) indicaron que no le había afectado o no se había dado cuenta.

Gráfico 16. Grado en el que le afectó la menopausia (dirigido a mujeres de la franja de edad correspondiente, mayores de 50). N=50



VIOLENCIA DE GÉNERO

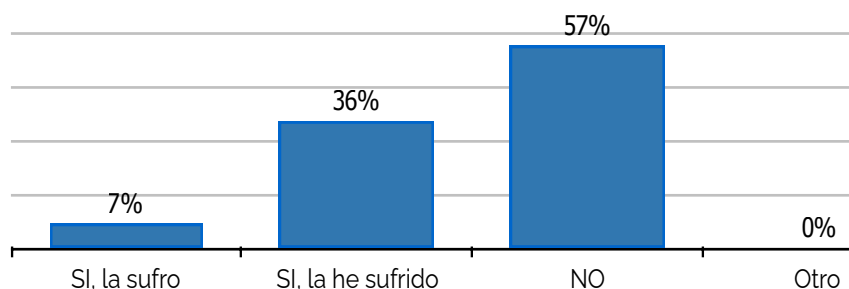
La violencia de género tiene un impacto sobre todos los aspectos de la vida de las mujeres que son víctimas, siendo sus secuelas tanto a corto, como a largo plazo. Aunque en la opinión pública se caracterice de una manera reduccionista, por sus episodios de agresión física más extrema, la definición del Convenio de Estambul refiere una violencia multidimensional, con implicaciones sobre la autonomía, la economía, el empleo, la vida social, la salud física y mental, la sexualidad y la seguridad de la víctima. Es una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación.¹⁶⁶

Sobre un total de 208 encuestas respondidas, 118 mujeres (57%) indicaron que no eran víctimas de violencia de género, **pero el 43% sí lo fue o lo está siendo**: 74 (36%) señalaron haberla sufrida y 15 (7%) vivirla actualmente.

Analizando la opción "otros" se observa que las mujeres encuestadas no han logrado encajar en las categorías anteriores, por no conocer la definición más integral del concepto, a la que aludimos más arriba, con lo cual se ha recategorizado las respuestas, dejando este testimonio, por su valor explicativo de cómo una mujer ha pasado de hija de víctima a víctima ella misma:

- "Sí, la he sufrido desde muy pequeña, aunque no sé si entonces era violencia de género. Mi madre sufría malos tratos continuos, yo iba a defenderla y entonces me pegaba a mí también. Eso duró muchos, muchos años... Incluso denuncié en varias ocasiones, la última (de adolescente) con parte del médico forense de guarida, pero la denuncia quedó archiva... Casi siempre quedaba archivada y cuando no, tardaban tanto tiempo, que cuando llegaba la notificación a casa, yo estaba de vuelta en casa (me escapé muchísimas veces, la primera con 10 años). Eso hizo que me expusiera en multitud de ocasiones a otros peligros y abusos."

Gráfico 17. Experiencia de violencia de género. N=208



IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE LA SALUD

A las mujeres que han respondido afirmativamente a la pregunta anterior, se les ha preguntado si creen que la violencia sufrida les ha dañado la salud. En tal caso, se les ha pedido que expliquen cómo (por ejemplo, si te ha producido o te ha agravado problemas de salud físico (como fracturas o roturas de huesos, hematomas, contusiones, traumatismos, conmoción cerebral, etc.) y/o de salud mental (depresión, ansiedad, etc.). Finalmente, si las han ingresado en un hospital por algunos de estos motivos. Se han recibido 83 respuestas. Las que afirman que "no han sido afectadas en su salud"

166: Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. Convenio de Estambul. Consejo de Europa. Disponible en: <https://rm.coe.int/1680464e73>

son solamente 4. El resto de las respuestas válidas indican un fuerte grado de afectación, como se observa en los siguientes testimonios:

- "Sí, psicológicamente, no me relaciono nada, solo hablo con mis hijos, no salgo de mi casa, no confío en nadie."
- "Por supuesto que sí, aunque no me han dañado la salud física, sí me han dañado mi dignidad como persona y por consiguiente mi salud mental, dado que él se imponía por tener una fuerza física superior y me intimidaba con amenazas de hacerme aún más daño."
- "El maltrato recibido ha sido psicológico, afectó al principio en una pequeña depresión, pero salí adelante pronto."
- "Yo fui agredida verbalmente; físico pocas veces, pero esta situación me llevó a un ACV hemorrágico, de allí se desencadena la epilepsia."
- "He sufrido depresión, ansiedad, pero en mi país tienes que aguantar esto como normal."
- "Ansiedad. no hospital."
- "Sí he sufrido daños, pero nunca me han ingresado en un hospital."
- "Salud mental en mi caso."
- Salud mental, no me han ingresado."
- "Me ha perjudicado mentalmente, haciendo que mi autoestima desapareciera y creyéndome que no sirvo de nada."
- "Sí que me ha producido problemas de salud, sobre todo mental."
- "Depresión y ansiedad."
- "He tenido hematomas y si dañada la salud. Y no me han ingresado nunca."
- Tuve suerte porque fue poco tiempo y lo he superado."
- "Ay Dios que tema más complicado: Sufrí violencia en el hogar desde muy pequeña, lo que me ha afectado y me afectará siempre, inseguridad, depresión, agorafobia, ataques de pánico, bulimia, desviación de la mandíbula y un daño psicológico irreversible. A día de hoy, esa cruel persona que dice ser mi padre (yo no lo considero) aún en la distancia (vive en Jerez) me sigue provocando ansiedad, nerviosismo pesadillas porque cuando le parece aparece por la casa donde vivimos mi madre mi hija y yo. Todo esto me llevó a un círculo con el tiempo y volví a dar con una persona con estas características, la cual también me hizo mucho daño, gracias a Dios no he vuelto a saber de él, pero en el juzgado él gritaba cuando se dictó sentencia, que esto no iba a quedarse así... Ya no tiene orden de alejamiento. Es triste vivir con miedo, es lo que peor llevo, porque por más que lo intento es algo que siempre está ahí. A toda la gente que me quiere siempre les digo, si me pasa algo, que den con la persona que haya podido ser... No dudéis en nombrar a estas dos personas, si lo piensas fríamente es duro."
- "Depresión y ansiedad"
- "Sí, me ha afectado, físicamente sufrí rotura en la nariz y me provocó un aborto en el cuarto mes de embarazo. Psicológicamente es aún peor, ya que aún persiste el dolor por la pérdida y el miedo te aísla de la sociedad. A pesar de mi trabajo diario con psicólogos, es una herida profunda, que no cicatriza....."
- "Sí. No de eso nada. Intentó de matarme. Sí ansiedad. Gracias a Dios hospital no."
- "Ansiedad y depresión"
- "Depresión, ansiedad..."
- "No me han ingresado, pero todos esos problemas me ocasionaron migrañas. En mi país estaba en tratamiento para eso, mi vida no volvió a ser igual porque sufría mucho con esa persona, emocionalmente, moralmente me destrozó."
- "Depresión. No, nunca me han ingresado."
- "Me ha dejado trauma y secuelas a causa de los golpes, y con depresión a cuenta por el padre de mi niño. Siempre tengo ese miedo. "
- Sí, me ha afectado mucho, pues mi pareja es muy agresivo, y esto me llevó a salir de mi país y aún estando en España siento temor, porque me sigue amenazando y me afecta mucho saber que mis hijos viven un infierno porque viven con su padre y esto me tiene muy estresada."
- "Sí, fractura en la nariz un par de veces, dislocación del codo, reventación (SIC) del tímpano, contusiones en los ojos, etc. Depresiones. Sí."

- "Sí, obviamente."
- "Violencia verbal."
- "Salud mental, ansiedad y depresión. Que hacen que cambie tu vida diaria y sea aún más difícil conciliarla."
- "La sufrí en mi niñez, mi padre era violento y me pegaba exageradamente, eso me causó varios hematomas y traumas, sobre todo emocionales. Por tal conducta decidí no casarme y dedicarme a una vida profesional exitosa. He trabajado esa vivencia con psicólogos y he logrado comprender, aceptar y manejar mi niñez y mis decisiones."
- "No quiero responder es un tema que tengo un poco apartado de mi mente en estos momentos, aunque lo mío me ha costado, me ha costado mucho levantarme un poco de donde estaba metida."
- "Claro que sí que la ha dañado, sobre todo a la salud del sistema nervioso."
- "Si se han agravado mi depresión y mi ansiedad."
- "Ansiedad".
- "Ya no soy la misma, siempre con ansiedad y algunas veces tuve desprecio."
- "Si alguna secuela y desconfianza queda."
- "Pues ansiedad."
- "No me ha causado daños físicos, pero mental sí."
- "Me ha afectado en ambas cosas, física y psicológica."
- "Sí, pero con el tiempo pasa todo, poco a poco."
- "No sufrí violencia física, pero si me afectó mucho emocionalmente, me causó gran ansiedad y depresión. Pero he leído muchos libros de autoayuda y logré salir a flote."
- "Físicamente sí, tengo el tabique desviado. Mentalmente muchísimo, me bloqueo en algunas ocasiones íntimamente con mi pareja, no disfruto... En algunas ocasiones me veo fea, no me gusta mi cuerpo, me veo desagradable, en algunos aspectos me siento fracasada, me da miedo entregarme al 100% a mi pareja, en algunas ocasiones siento que he tomado mala decisiones y eso me tortura, no tengo paz interior y lo peor de todo no demuestro nada de esto por no preocupar a mis hijos y a mi pareja, siento que me agoto cada día más y no disfruto lo que he logrado y lo que tengo." "Un poco, pero digo que pasamos por estas cosas y seguimos palante con la cabeza arriba." "Depresión y ansiedad."
- "Hematomas, depresión y no fui ingresada a ningún hospital."
- "Sí, sin duda fue una de las causas para mucho de las enfermedades y mi estado de ánimo a veces."
- "Mi estado de ánimo se vio afectado."
- "Sí, creo que me ha producido daño en la salud porque me daban ataques de ansiedad que no me dejaban dormir por las noches y todo lo que comía lo vomitaba y comía muy poquito, porque nunca tenía ganas de nada, nunca me ingresaron en hospital ni nada."
- "Ansiedad, miedos, inquietud."
- "Si psicológicamente y mi actitud, depresión. No he estado ingresada."
- "Mis lesiones son internas y mis síntomas son de desganos, aunque no puedo tirarme a la cama como quisiera, por ser responsable de mis hijos."
- "Mentalmente, es horrible y deja secuelas de por vida."
- "Sí ha afectado a mi diabetes, mi estado de ánimo, depresión, ansiedad, estar triste, no querer hacer nada, etc."
- "Sí he tenido golpes, traumatismos y también problemas psicológicos."
- "Sufro violencia de género psicológica, afecto a mis ánimos, autoestima, me dio depresión, me anuló como persona y separó de todos. Viví por y para el, casa y niño y llevaba una vida paralela y me dejó por otra estando embarazada. También tuve un aborto por su culpa porque todo lo hacía yo. Si, he tenido que acudir al hospital por crisis de ansiedad."
- "Sí, afectó en su momento la parte de mi salud mental, estuve un poco depresiva, pero siempre he sido fuerte y ahora continuo adelante esperando poder conseguir un empleo y poder independizarme."
- "Me ha ocasionado una depresión acompañada de una gran ansiedad."

- "Un poco, depresión."
- "Tengo ansiedad y depresión, en gran parte, por violencia psicológica."
- "Nunca llegue a ingresar y sí me ha dejado problemas de depresión, ansiedad.."
- Sí mucho. Ha afectado a salud física y a salud mental. Sí, ingresé al hospital, pero no en España."
"Me ha afectado mucho, tenía mi autoestima por los suelos, pero ahora estoy mucho mejor."
"Creo que la violencia de género me afectó mucho por el simple hecho que sufres maltratos tantos físicos como psicológicos y con extorsión. Eso afectó a mi salud en general y sobre todo los golpes y palizas que he recibido en la relación con mi ex de la Felguerra, el expreso, que me daba muchísimos golpes en la cabeza y otras veces me cogía del cuello y me dejaba inconsciente. Pues todo esto y mas cosas que no puedo contar me afectaron mucho y todo lo que paso con el padre de mi hija me afectó. Es difícil vivir con los recuerdos que tienes, mas si son de violencia de género, te afecta la personalidad de una y tu forma de ser en la vida, sobre todo volver a confiar en alguien que no seas tú cuesta porque uno sabe que le podrían hacer lo mismo o peor... Muchas veces intento olvidar lo que viví, pero llego a recordar lo que amé y lo que sufrí y por causa de todo lo que viví ya no se qué pensar sobre la humanidad en general, tanto hombres como mujeres, pero sobre todo los hombres."
"Sí, hemorragias en un ojo."
- "No he estado ingresada, padezco ansiedad, depresión, (me dejó) una ceja mas baja que otra."
"Creo que sí me ha afectado a la salud, sobre todo psicológicamente."
- "Me cuenta mucho confiar en las personas."
- "Me ha afectado mucho psicológicamente, aunque también física. Fui ingresada en un hospital por dicho motivo."
- "Sí, depresión y ansiedad. He estado ingresada por violencia de género por parte del padre de mi hijo."
- "Ansiedad y depresión. No me han ingresado por esos motivos."
- "No me han ingresado, pero sí he tenido muchos problemas con la salud mental por ansiedad."
- "Sí, me ha dañado la salud física y mental. Física, moretones, dolor mental, depresión, dos principios de aborto, miedo, malestar, desconfianza."
- "Sí me ha dañado muchísimo. Me ha roto mi vida, me he visto sin trabajo, sin familia, sin el hogar cálido que ví en mis padres y que yo quería fundar, y sobretodo, sin mi hijo al que no puedo ver todos los días, sino en periodos limitados de tiempo. Me ha afectado principalmente al sistema nervioso. Durante años, he sufrido demasiada ansiedad, posiblemente haya tenido una depresión no diagnosticada de la que he ido saliendo sola, y no he llegado a estar ingresada en un hospital, pero en el peor momento -justo antes de pedir el divorcio- llegaron a derivarme a una unidad de salud mental en donde erróneamente me diagnosticaron un "trastorno adaptativo" y me despacharon con unos ansiolíticos durante un mes. No supieron o no quisieron reconocer que mi entonces marido me estaba maltratando psicológica y materialmente, a pesar de que les contaba todo lo que me pasaba. Ahora he conseguido irme reconstruyendo poco a poco, gracias al apoyo de la Cruz Roja, al de mi párroco, al de mis amigas, y gracias a la fuerza que me da mi hijito querido. A pesar de la incertidumbre por esta pandemia, etc. sigo teniendo fe en el futuro porque siempre he sido muy optimista y con una férrea fuerza de voluntad. Pero me frustra mucho que la justicia no ayude al débil y que en nuestro caso esté todo del revés de como debería estar."
- "Sí, en las fracturas, y ansiedad, nervios depresión, si me han ingresado."
- "Si claro".
- "Me dejó hematomas, contusiones y en referencia a lo mental tengo problemas de depresión, ansiedad. No me han ingresado al hospital por estos motivos."
- "Si en principio físicamente, me generó moretones en mi cuerpo que ya sanaron, pero emocionalmente me generó ansiedad, depresión y sobre todo mucha inseguridad y miedo todo el tiempo, incluso cuando estoy dormida."
- "Sí, ansiedad, nerviosismo, síndrome piernas inquietas, depresión."
- "Sí. Ansiedad. Olvido de muchas cosas, etc."

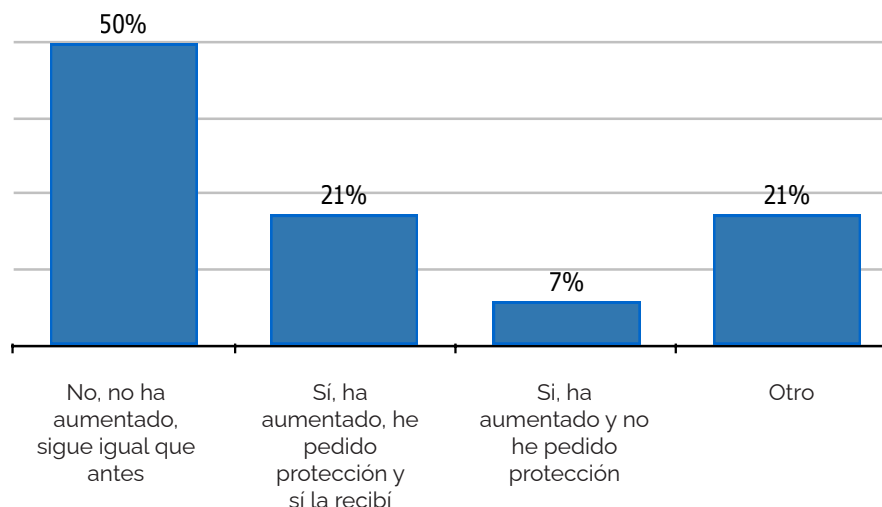
VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL CONFINAMIENTO OBLIGATORIO DURANTE EL ESTADO DE ALARMA POR COVID-19

Numerosos testimonios en todo el mundo han indicado el incremento de la violencia de género como consecuencia de las medidas de confinamiento de las víctimas con los agresores en el mismo domicilio y la imposibilidad de salir a la calle, a buscar ayuda, a denunciar o a solicitar protección. En el caso de España, el crecimiento de las denuncias telefónicas dio lugar al mantenimiento de los recursos de protección a las víctimas, a pesar del cierre de la mayor parte de los servicios públicos. Lo mismo sucedió con las ONG que prestan este tipo de servicios de apoyo y de acompañamiento.

En este estudio, se ha preguntado a las mujeres encuestadas si personalmente han sufrido más episodios de violencia de género durante el confinamiento y, en caso afirmativo, si han recibido atención. De un total de 14 encuestas respondidas, 7 mujeres (50%) indicaron que "no ha aumentado, sigue igual que antes"; 3 (21%) dijeron que "sí ha aumentado, pedí protección y la recibí" y 1 (7%) admitió que había aumentado, pero no había solicitado protección. Otros dos testimonios se refieren a situaciones específicas, que han sido abordadas por las mujeres con la ayuda de la entidad que las apoya:

- "Ha aumentado algo y la psicóloga de la Cruz Roja que me atiende, a estado pendiente y me ha dado consejos para sobrellevar la situación."
- "Ya llevamos 6 años divorciados y tengo la suerte de que vivimos en CCAA muy distanciadas (él en Madrid, yo en Gran Canaria). Durante el confinamiento, sí ha ejercido cierta presión sobre mí, por ejemplo, saltándose las videoconferencias con mi hijo cuando nos tocaba o durante dos semanas presencié cómo los dos discutían, él era cruel con el niño y le machacaba con sus palabras. Claro que lo sufrí, pero estas personas suelen repetir unos patrones de conducta, en la Cruz Roja me han enseñado a detectarlos, y me han dado herramientas y recursos para gestionarlos. Por eso, no dejé que me afectara demasiado, pero sin reprimir mis emociones. Sí he recibido atención durante el confinamiento porque mi psicóloga habitual ha mantenido diversas consultas telefónicas conmigo, en donde hemos podido tratar además todo esto. Siempre me he sentido muy apoyada por ella y por toda su Unidad de Violencia de Género. Les estoy tan agradecida que sé que sin ellos no habría podido salir adelante. Ahora en agosto mi hijo estará conmigo todo el mes, así que podremos disfrutar juntos sin que el otro pueda impedirlo, y con eso me quedo. Lo que pasó durante el confinamiento prefiero dejarlo atrás. El sufrimiento pasado no me dejaría disfrutar del presente ni del futuro."

Gráfico 18. Cambios en la violencia de género sufrida durante el confinamiento. N=14



ATENCIÓN SANITARIA Y DESIGUALDAD DE GÉNERO

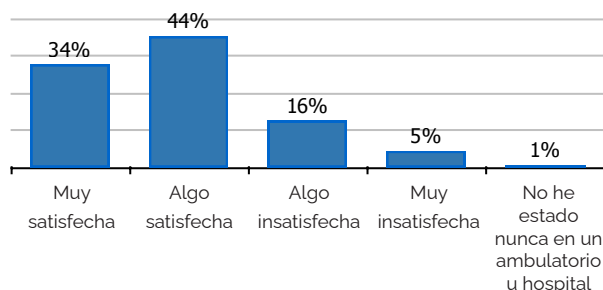
TARJETA SANITARIA

A esta pregunta contestaron solamente 88 mujeres, de las cuales 79 (90%) indicaron que sí la tienen y 9 (10%) que no.

SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA

Un total de 206 mujeres contestaron a la pregunta de valoración de la sanidad recibida a lo largo de tu vida, concretamente en la atención recibida por parte de médicos/as, enfermeros/as, en ambulatorios y hospitales (si ha estado en alguno). La mayoría, 161 encuestadas, indicó que estaba o algo (44%) o muy (34%) satisfecha. Un 21% integrado por 43 mujeres indicó algún grado de insatisfacción (16%) o mucha insatisfacción (4%). Un 1% nunca ha estado en un ambulatorio u hospital.

Gráfico 19. Grado de satisfacción con la atención sanitaria recibida a lo largo de su vida

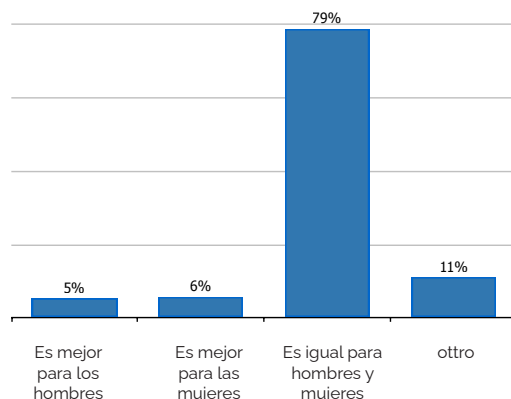


PERCEPCIÓN COMPARATIVA DE LA ATENCIÓN SANITARIA QUE RECIBEN HOMBRES Y MUJERES

Los sesgos de género se definen como "la diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud".

A pesar de los estudios sobre la desigualdad de género en la atención sanitaria con respecto al esfuerzo terapéutico, la administración de medicinas, la indicación de pruebas y otros aspectos como la admisión hospitalaria¹⁶⁷, la percepción de las mujeres encuestadas es mayoritariamente que no existen diferencias entre hombres y mujeres (162, 79%). Por otra parte, 11 mujeres (5%) señalan que es "mejor para los hombres" y 6 mujeres (12%) que "es mejor para las mujeres". Un 11% proporciona "otras" respuestas.

Gráfico 20. Percepción de la sanidad para hombres y mujeres. N=206



167: Ruiz-Cantero, María Teresa; Blasco-Blasco, Mar; Chilet-Rosell, Elisa; Peiró, María (2020), Loc. Cit.

Les hemos solicitado que amplíen la respuesta anterior sobre si hay diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la salud (enfermedades que afectan más a los hombres y otras que afectan más a las mujeres, el tema del embarazo y parto, etc.) y la atención (por ejemplo, cuando vas al médico, cuando estás ingresada, cuando te medican). Las principales respuestas van en sentido de afirmar que "no existen diferencias" y, en un segundo nivel, en explicar cuáles son las diferencias que observan. Los testimonios sobre este segundo grupo se ofrecen a continuación:

- "Obviamente las mujeres sufren el tema del embarazo durante y posteriormente, lo cual requiere mayores cuidados médicos. Los hombres por el contrario no necesitan de esta atención."
- "Los hombres cuando acceden a atención sanitaria suele ser en un estado más avanzado de enfermedad, mientras las mujeres solemos asistir más a medicina primaria y preventiva, aunque no sea para nosotras mismas, sino por cuidado de otro miembro familiar."
- "Yo creo que no hay diferencia. Lo que sí que es verdad es que en las mujeres puede ser con los embarazos, pero creo está así así."
- "Yo personalmente he sentido una gran diferencia entre hombre y mujeres con respecto a mis consultas e intervenciones quirúrgicas, dado que al ser una patología muy íntima y sensible he sufrido la falta de sensibilidad y empatía más por el hombre que por la mujer. Por otro lado, también llevo trabajando veinte años en centros sanitarios y también lo veo en el trato que se da a los usuarios."
- "El mundo está hecha para los hombres."
- "Las pruebas, como la mamografía son muy dolorosas. No te informan y te mandan medicamentos para todo, como el dolor de regla, cuando en realidad no debería de ser normal tener dolor premenstrual, por ejemplo."
- Si hay diferencias. Por ejemplo, al tomar como referencia los cuerpos con biología "masculina" en la enseñanza, en libros, medios, etc... Otro ejemplo sería en los métodos anticonceptivos para mujeres, que tienen muchos efectos secundarios, perjudiciales para la salud, física y emocional, y no se contempla tanto el anticonceptivo para hombres. Por otra parte, en la educación no se contemplan otros modos de relacionarse, y el tema del disfrute tiene mucha más visibilidad en los hombres: no se habla (pareciendo un tema tabú) de los órganos femeninos tanto como de los órganos masculinos, no está naturalizado, y en muchos casos censurado.
- "Una vez un ginecólogo llegó a decirme que me fuera por ahí de compras, en vez de explorarme si no me pasaba nada, esta situación de jovencita provocó que no volviera en años hasta que tuve un problema importante con intervención quirúrgica incluida. Otra vez haciendo una mamografía me dijo un profesional hombre "que haber si me iba a gustar" yo muerta de vergüenza de estar allí desnuda. Se deberían controlar los estereotipos con temas de la maternidad, la sexualidad, la orientación sexual de las personas. Consideran anormal no tener hijos a cierta edad, no tener relaciones sexuales, ser homosexual. No todo el mundo puede/ quiere tener hijos. En el parto creo que se deberían aplicar otras técnicas menos invasivas. Mayor control de la salud ginecológica de las mujeres por parte de la sanidad pública. El colectivo médico tiene mucho poder, nadie se atreve a hacerles frente, no les interesa explorar a las mujeres en el hospital, les interesa que acudan a su consulta privada y hacer caja es una vergüenza esto, no debería estar permitido. Creo que depende mucho del /la profesional, deberían estar más sensibilizados con ciertos temas o problemas que atañen a las mujeres."
- "En el tema de embarazo, parto, etc. y mamografías no hacen mucho caso cuando es un tema fundamental."
- "Vaya pregunta....tod@s nos ponemos malos, a tod@s nos pueden doler los huesos o tener problemas de salud El parto es muy duro, pero qué le vamos a hacer, eso es cosa de mujeres.... No significa q nos merezcamos por decirlo así mejor trato, es que hay no se puede comparar... La mujer se prepara para ser mamá y es duro... pero un cáncer es igual de duro para tod@s."
- "Con la sanidad actualmente estas abandonada, operaciones que no se hacen o tardan, tratamientos que no surgen, listas de espera enormes para chequeos... En la pandemia se a visto el caos sanitario...más profesionales de la sanidad y menos recortes en sanidad, que estamos desprotegidos y muriendo gente por esperar ...es mejor morir a ir al médico es una pena pero es así, estamos (vendidos) ojalá se arreglara porque el que puede económicamente tiene la privada y el que no....que rece."

- "Hay más estudios en enfermedades que afectan sólo a hombres."
- "No tengo la suficiente información como para opinar sobre esto. Lo que puedo opinar y que he podido comparar la atención de los médicos en España con la de otros países y realmente puedo decir que mi experiencia en España no ha sido buena."
- "Aquí me siento abandonada, la relación médico paciente es pobre, nunca dan importancia a los síntomas y luego de terminar las medicinas nos llaman y nos dicen que ya no necesitamos más consultas, que estamos curados y esto causa desconfianza. Por igual nos pasó a mi esposo y a mí."
- "Desde la farmacología, donde los estudios se hacen casi absolutamente todos solo en hombres, hasta como muchas enfermedades que padecen las mujeres pasan inadvertidas para la sociedad porque la sobrecarga de trabajo evita que muchas mujeres acudan con tanta asiduidad a los servicios de salud."
- "Sí, hay diferencias, cuando la menopausia, todo lo que se te viene luego es horrible, nosotras tenemos además más problemas de salud asociados después de la menopausia."
- "Creo que a las mujeres se nos tacha más de exageradas. En ocasiones, las mujeres antepone lo de los demás antes que lo nuestro y priorizamos lo de los niños antes que nuestras necesidades."
- "La atención de las mujeres es mayor en relación con los hombres debido a que son las que conciben, por lo que hay toda una atención en relación con la reproducción que no ocurre con los hombres."
- "A las mujeres nos suelen decir que es ansiedad o depresión."
- "Mi experiencia de mi segundo embarazo y parto ha sido muy traumática. Mala atención, mal seguimiento y escasa información. También hubo excepciones como la ginecóloga que me atendió durante algún tiempo desde planificación familiar de Madrid y León."
- "Yo antes del primer embarazo, siempre sufrí de dolores menstruales horribles, de incluso llegar casi al desmayo, quedarme blanca, sin poder hacer nada. El primer ginecólogo que me atendió, lo recuerdo como si fuera hoy, me llamó histérica, yo tendría unos 17 años, lo pasé muy mal; no entendía porqué me decía eso; realmente me dolía muchísimo y encima en casa, mi madre decía que era una exagerada, que eso no dolía... Pero a mí me dolía, acompañado siempre de vómitos y diarreas, así fue mi vida desde los 13 hasta los 30... Luego me quedé embarazada y desapareció, aunque viví situaciones similares tras abortos (sin saber que estaba embarazada). La segunda vez que fui a otro ginecólogo, me tensé un montón, yo no entendía nada, este a diferencia del otro, sí me hizo una exploración, una ecografía y también usó el espéculo (que es horrible, por cierto), pero estuve muy tensa porque, a ver como lo digo, sentí cosas que me parecía que no tenía por que sentir, estaba muy incómoda y avergonzada; me estuvo tocando el clitoris (yo imaginaba que aquello no era normal, pero tampoco lo sabía, era muy joven), y él y su ayudante se reían cuando al hacer eso me tensaba... Después de aquello estuve muchos años sin ir a un ginecólogo y decidí volver, cuando unas amigas iban a una mujer ginecóloga y estaban encantadas. Allí, pude comprobar que lo que me había hecho el segundo ginecólogo no era normal, para nada. Todavía no conozco a ningún hombre que al ir al médico lo llamen histérico, a mí eso me pasaba continuamente, hace años que no, imagino que las cosas están cambiando aunque, cada vez que me siento mal, casi siempre primero lo relacionan con la menstruación. Me duele la cabeza, la menstruación, me siento depresiva, es la menstruación... no lo entiendo."
- "Creo que debería haber más atención al post parto, a la ayuda con la lactancia pues es un mundo muy complicado y totalmente ignorado por parte de los profesionales médicos. Inclusive a la hora de comenzar con los alimentos sólidos hay pediatras que te dicen que le des antes de los 6 meses o que te dicen que solo le puedes dar 4 frutas, no explican nada de la alimentación asistida por el bebé (el baby led weaning). Dar el pecho, al principio, es casi más difícil que parir y súper beneficioso para el niño, la madre, la familia... Sobre todo, para la salud del bebé. Es una cosa que se sabe, que está estudiada, pero que nadie te nombra nada. No antes del parto ni después. Nadie explica las crisis de crecimiento, el pediatra no tenía ni idea de lo que le hablaba y a la mínima te ofrecen que le des leche de fórmula. Es muy complicado dar el pecho y muy pocas, por no decir ninguna, ayuda."
- "Para enfermedades comunes como una gripe o esguince, ahí todos los géneros sí recibimos la misma atención. Pero cuando se trata de enfermedades específicas de la mujer (embarazos, par-

tos, menopausia, violencia de género), uf, es terrible cómo nos tratan. Para el embarazo y parto, quedamos muy expuestas a tener la suerte de que toque una buena matrona, por ejemplo, pero si te toca un/a mal/a profesional, no tenemos mecanismos de defensa. En esos casos el sistema sanitario prefiere pensar que el problema siempre es nuestro (que si depresiones postparto, que si la señora es problemática y otras sandeces) en vez de revisar sus protocolos de actuación o de inspeccionar el trabajo de su propio personal sanitario."

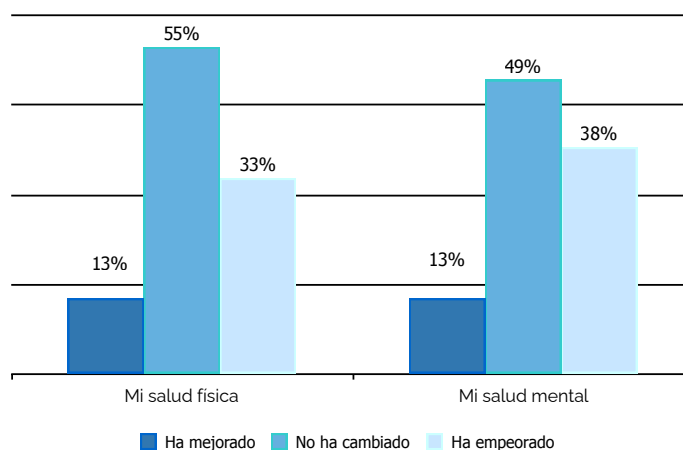


EL IMPACTO DEL CORONAVIRUS

La enfermedad del COVID-19 está siendo muy dura para muchas personas en España, por lo que preguntamos a las mujeres sin haber tenido la enfermedad (o algún familiar cercano). En tal caso, que nos dijeran cómo la habían vivido, cómo se habían sentido, si habían perdido familiares, si había cambiado (a más o a menos) el tiempo del cuidado a hijos/as u otros familiares, si se habían quedado sin ingresos, sin empleo o sin vivienda. Esta pregunta fue respondida por 204 mujeres. Aunque los testimonios son algunas veces confusos, en general se observa que 132 mujeres (65%) no lo han tenido ni ellas, ni su entorno cercano; 35 mujeres (17%) sí lo han tenido ellas o sus familiares y amistades y 37 mujeres (18%) señalan que, aunque no lo han padecido, han estado muy afectadas por diversas cuestiones, como el miedo, la sensación de ahogo por el aislamiento, la caída de los ingresos, la pérdida de trabajo, entre otros factores.

Considerando su salud física y mental, la mitad de las 205 mujeres que respondieron a la pregunta sobre estas consecuencias concretas del COVID-19 indicaron que no han notado cambios (55% con respecto a la salud física y 49% con relación a la salud mental). El 38% ha señalado un empeoramiento de la salud mental y el 33% también indicó peor salud física. Sorprendentemente, un 13% contestó haber vivido mejoras en ambos sentidos.

Gráfico 21. Cambios percibidos en la salud física y mental debido al Coronavirus. N=204



AUMENTO DEL MIEDO, ANSIEDAD, TRISTEZA, DEPRESIÓN Y SOLEDAD

A aquellas mujeres que contestaron diciendo que "ha empeorado", les pedimos que explicaran su respuesta. Los testimonios indican un proceso de malestar importante, pérdida del empleo o de desempleo prolongado, pobreza, sobrecarga de obligaciones, dificultad para sobrellevar la nueva situación, de manifestaciones físicas de dolor y malestar. Las emociones y estados de ánimo más repetidos son miedo, ansiedad, tristeza, depresión y soledad; muchas mujeres señalan haber engordado, lo cual les entristece o empeora el estado de ánimo. Son los siguientes:

- Siento ansiedad post-confinamiento, durante el confinamiento lo he llevado mejor. Ahora me siento sin ganas de hacer deporte y no tengo necesidad de salir a la calle (aunque cuando salgo me lo paso bien y me siento de maravilla, no tengo fobia, es solo que mi cuerpo está muy relajado) A nivel mental, mi cabeza "no da" para pensar en el futuro."
- "Bueno, ha empeorado a que mis hijos se han estancado en sus obligaciones y lucha por su futuro y eso me ha creado más carga."
- "Dolor muscular y huesos."

- "La impotencia de ver como las familias no saben manejar el cuidado físico y mental de sus hijos me crea ansiedad. Asesoras y apoyas, pero no se esfuerzan."
- "Ante una situación tan adversa, me veo sin empleo y mi hija de 24 años también. Sin certeza de que la situación mejore o empeore. Incertidumbre y miedo."
- "Depresión."
- "Respecto a la física, he subido de peso y respecto a la mental empeora por que no puedes llevar una vida con normalidad."
- "Ahora estoy mejor, pero al comienzo parecía una guerra y ese estado de amenaza, pues me hizo mucho mal."
- "El estrés y el miedo me han afectado mucho."
- "Lo he pasado mal por no salir, no podía buscarme la vida, me he quedado sin la casa que trabajaba."
- "Mi situación mental es complicada, sigo con estrés y ansiedad."
- "Quizás la inactividad hizo que mi cuerpo lo sintiera, y la sobre carga de trabajo en casa mas laboral."
- "Salud física por no hacer deporte y no hacer revisiones sanitarias pendientes. Mental por el miedo, fobia social, ansiedad, síndrome de la cabaña."
- "He engordado y me encuentro peor de ánimos."
- "Mi salud física y mental han desmejorado, por que tengo mas tensión y estrés. Se me han dificultado mas las cosas, y la situación país desmejoro mucho mas, lo que, por ser extranjera, me dificulto mas las posibilidades."
- "Mi salud física ha empeorado porque he engordado uno kilos (aunque no demasiado) y por no hacer nada de ejercicio, el insomnio y la ansiedad."
- "Física, ha empeorado, pues al estar confinados he cogido peso."
- "He vivido mucha tristeza vital por todas las muertes. Familiares con la enfermedad. Agobio laboral. Adaptar mi trabajo al teletrabajo me ha generado estrés..... Estoy más insociable y solitaria."
- "Por el encierro y la soledad."
- "Al quedarnos sin salir no se podía trabajar y si no trabajas... El dinero se acaba....las deudas no....pero el dinero sí,"
- "He comenzado con ansiedad y problemas del colon."
- "Mentalmente me encuentro más sensible, y me cuesta conciliar el sueño. Físicamente me encuentro cansada y sin ganas de hacer nada."
- "Me agobié al principio y comencé a sentir sobrepeso y más ansiedad."
- "El estrés me ha desbordado y me llene de úlceras que aún trato de identificar que pasó." "No se olvida que se puede seguir transmitiendo y se piensa mucho en transmitirla a familiares, eso es horrible a diario piensas que puedes cogerla y transmitirla a padres y abuelos, eso sumado a lo económico hace que tu capacidad mental esté deteriorada."
- "Mentalmente...que ya hay libertad para salir...y el miedo me da pavor."
- "Apenas dos meses antes de llegar la pandemia empezaba con reuniones y secciones para mi recuperación e ir creando un entorno social nuevo,. Lo cual paralizó y esto ha dado como consecuencia un mayor aislamiento y mayor dificultad para una incorporación laboral que me permita vivir en bienestar. A empeorado mi situación que ya era bastante vulnerable antes de la pandemia." "Porque he acumulado deudas del piso."
- "Mucho cansancio."
- "En cuanto a lo físico, ha empeorado por no poder hacer deporte. En cuanto a la salud mental, el confinamiento ha agravado la ansiedad."
- "Mi hija y yo vivimos con miedo al contagio, yo salgo de casa por necesidad pero mi hija no quiere salir de casa."
- "Mi estado de salud se a visto un poco afectada por la falta de ejercicio y las preocupaciones familiares."
- "Salud física: por no poder salir a la calle. Salud mental: por no poder salir a la calle teniendo dos hijos pequeños."
- "Por ansiedad y no poder gestionar mis recursos, debido a mi protección de datos."

- "Cuando se tienen hijos a cargo y con peligro en las calles, ambiente, cualquier cosa que pueda dañar o atentar contra la salud e integridad de ellos se vive con miedo e incertidumbre por saber si de verdad estamos seguros o no."
- "Lo he sentido como un régimen dictatorial, dudo de la veracidad, creo que es una crisis económica."
- "Ha empeorado en mi estado de ánimo."
- "Inactividad física y stress."
- "La física porque la musculatura y fuerza se han debilitado. Antes andaba más. Mental porque se cambió los horarios y la rutina."
- "Mayor dolores musculares, más carga de trabajo. Mas nivel de ansiedad."
- "Se han cortado mis planes de futuro."
- "Mi salud física ha empeorado, durante el confinamiento tuve menos actividad física, prácticamente nula. y mayor actividad mental viendo como poder resolver todos los problemas económicos y de desempleo que tengo."
- "Físicamente, se han agudizado mis dolores articulares en hombro y pie. Mentalmente, mi estrés aumentado, ansiedad y creo que esos estados han influido directamente en mi estado de salud física."
- "Una no está preparada, nunca esperábamos esto, lo he vivido y lo vivo con mucha preocupación, sigue siendo muy raro este virus."
- "Agravamiento de la ansiedad."
- "Por la falta de movilidad y el aislamiento social y familiar."
- "Pues si es una angustia vivir esta pandemia, estar encerrado con el temor de que si salimos a la calle nos podemos contagiar, aumente de peso."
- "Más inseguridad e incertidumbre sobre el futuro."
- "Debido al estrés y miedo de contraer la enfermedad, el confinamiento y la ansiedad de no poder salir, se me descontroló mi presión arterial. Además, casi no salimos. Y evitamos aglomeraciones de personas."
- "Tengo depresión."
- "Estoy muy deprimida ya que al quedarme sin ingresos y sin trabajo me siento mal, no llego a fin de mes, tengo hipoteca, y soy el único que trabaja en casa, ya que mi marido es parado de larga curación. "
- "Mi salud mental está peor por la preocupación, la salud física está igual , intento cuidarme, caminar y comer sano."
- "En los meses de encierro subí mucho de peso y dormía muy poco."
- "La física ha empeorado, porque me da miedo salir, sólo salgo lo justo y necesario, entonces me muevo menos. Y la mental ha empeorado también, porque no dejo de pensar en el dichoso virus, porque tengo miedo por mi familia y que empeore la situación."
- "Mucha ansiedad."
- "Física: Me infiltran las rodillas en enero de cada año. Con la caída que tuve durante la cuarentena han ido a peor mis rodillas en el aspecto de que al andar me suelen fallar las rodillas y acabo cayendo y aún estoy esperando a que un traumatólogo me pueda ver. Mentalmente: Estos meses me han venido cosas a la mente con las que estaba aprendiendo a vivir y hoy en día me impiden dormir y tener respeto de salir a la calle."
- "Cansancio, estrés, incertidumbre por la situación, preocupación por lo q le pueda pasar a mis hijas."
- "Me siento más preocupada y ansiosa por la falta de ingresos y ya nos avisaron de Cáritas que pronto nos quitaran la ayuda que nos dan."
- "Gran sobrecarga."
- "Físicamente mas gorda por el desorden alimenticio y poco ejercicio. Mentalmente mas estresada, porque no consigo trabajo y mis obligaciones económicas me están generando impagos y estrés."
- "Pues me he sentido algo deprimida por el encierro y porque ahora sin trabajo no se muy bien que hacer."
- "Me han regresado los episodios de ansiedad nocturnos nuevamente el insomnio."

- "Mi salud física por falta de caminar y al estar triste comía más y cogí muchos kilos."
- "Ha aumentado el estrés y la ansiedad. Trabajaba en casas como limpiadora y he perdido el empleo"
- "La física porque los médicos han dejado de atender y mi situación de salud a empeorado y mental porque ahora con la situación estoy siempre estresada y sin deseos de salir por temor al contagio del COVID."
- "No hago ejercicio."
- "No tener ansiedad y no saber donde todo esto puede llegar."
- "Me he sentido con mayor ansiedad, estrés, depresión, tristeza, etc."
- "Subí de peso, me sentía pesada torpe, fea... y mental se me acumulo todos mis problemas sin resolver, plena disputa con el padre de los niños."
- "He podido hacer menos deporte, y mi salud mental ya está estable."
- "Mi salud física ha empeorado porque he tenido menos actividad física. Mi salud mental ha empeorado porque he estado más tiempo en contacto con mi agresor (violencia psicológica) y no he podido salir a despejarme."
- "Que me tiene amargada, pero por otro lado he sido muy feliz, porque he podido pasar mas tiempo con mi hija y eso fue un regalo para mí, así que gracias al COVID-19 he podido estar mas tiempo con mi hija y eso fue lo mejor que me pasó."
- "Mucho tiempo encerrada, sin poder caminar, como soy de factor de riesgo (asmática e hipertensa) no salía ni a tirar la basura. Yo por mi condición genética a los trombos, necesito caminar (no estoy con heparina, solo me la pautan cuando voy a hacer un viaje de más de dos horas en avión, tren, etc., porque no puedo estar todo ese tiempo parada). Siento mi cuerpo desde entonces más torpe y cansado."
- "Física, engordé demasiado, mental un poco tocada."
- "Me ha generado mayor ansiedad y depresión el ver que ya nada está bajo mi control, no poder realizar las gestiones necesarias para encontrar un trabajo, una vivienda... Alargándose el tiempo de mi inestabilidad."
- "Mi salud física siempre, trato de estar bien. Mi salud mental: he tenido pánico a salir y contagiarme o mis hijos."
- "Mentalmente me siento mas estresada y ansiosa, como mal, no tengo ánimos de salir de casa, y el sedentarismo y sobrepeso me matan física y emocionalmente."
- "He cogido kilos y he desarrollado una hipertensión. Pasar de la modalidad de docencia presencial a modalidad no presencial en muy poco tiempo ha sido agotador a nivel físico y anímico. Hemos conseguido ser eficaces y la cosa marcha bien, pero se nos ha multiplicado el trabajo por diez, no hemos podido tener días de descanso, hemos tenido que ejercer de psicólogos con nuestras/os estudiantes para que no decayeran el ánimo, y hemos tenido que mostrar nuestra mejor cara, sin permitirnos el lujo de tener un mal día, porque no había tiempo ni oportunidad para eso. Ahora estamos terminando los exámenes finales, aunque llevo un mes con sensación de estar agotada y con muchas ganas de coger vacaciones. Adoro a mis alumnos/as, no es que quiera perderlos de vista, sino que necesito descansar."
- "Física, porque tengo trastornos alimenticios, mental, porque estoy muy nerviosa y miedosa es como siempre estar ala defensiva de que algo iba a pasar."
- "Porque se me acumularon los gastos de hogar."
- "Me siento más irascible, preparada para lo que pueda venir, escéptica. Como decía, mi situación laboral y económica no es buena lo que, sin quererlo, afecta a mi estado de ánimo y a mi mente."
- "Mas nivel de estrés, de ansiedad, tristeza, apatía."
- "Mi salud mental ha empeorado al estar encerrada y no despejarme pues dándole más vueltas a la cabeza y a las cosas."
- "La persona mayor la ha llevado a perder un poco mas la memoria y la independencia, a mi hija la ha deprimido y la tiene que no quiere levantarse de la cama y a ratos llora y pues yo trato de ayudarlas a ellas, pero me siento cansada y agobiada."
- "He engordado más."

- "En la salud física, el dolor de huesos, el no poder caminar, y a la hora de llevar siempre una mascarilla. En lo mental, si antes recordaba poco, ahora me cuesta concentrarme en ciertas cosas, gestiones, papeles y el orden."

NECESIDADES Y DESEOS

Finalmente, se preguntó a las mujeres encuestadas qué les gustaría que cambiara con respecto a su salud en el futuro, por un lado, y con respecto a la atención médica que reciben, por otro. Las recomendaciones serían las siguientes:

1. **Que mejore la atención sanitaria, con más recursos públicos invertidos en la investigación y la atención, estableciendo menor tiempo para conseguir citas y pruebas médicas, así como más tiempo dedicado a las personas pacientes.**
2. **Que se establezca mayor esfuerzo para la atención médica integral y de calidad de cada paciente, incluyendo un tratamiento adecuado del dolor y de las enfermedades con mayor prevalencia femenina, como la endometriosis y la fibromialgia. Que exista una escucha empática por parte del personal sanitario y una perspectiva de no discriminación ante la diversidad sexual y etno-cultural.**
3. **Que no siga empeorando la atención sanitaria a causa del COVID-19, postergando operaciones, tratamientos y realizando consultas vía telefónica.**
4. **Que se incorpore la salud bucodental dentro del catálogo de la Seguridad Social, porque no pueden permitirse tratamientos privados y tienen problemas de salud oral.**
5. **Que se incorpore la atención psicológica adecuada a la Seguridad Social, ya que es fundamental para poder mejorar su salud mental.**
6. **Que se les proporcione ayudas y acompañamiento a las propias mujeres para poder tener hábitos más saludables (tabaco, alcohol, otras adicciones, alimentación), ser más activas físicamente, reducir la ansiedad y poder controlar el peso.**

Las propuestas y deseos recogidos son los siguientes:

- "Más acceso a cuidados de prevención."
- "Yo no tengo queja con los médicos la verdad que siempre que he necesitado asistencia ha sido buena."
- "Más recursos sanitarios públicos, más personal especializado en los centros de salud de referencia."
- "Me gustaría no padecer ninguna enfermedad crónica o degenerativa. La atención médica espero que no pierda calidad, que los médicos de atención primaria no pierdan la ilusión y se sientan motivados."
- "Poder tener más facilidades para salir adelante."
- "Con respecto a la atención que tengo o he tenido me gustaría que se agilizará un poco más. Tener que esperar una semana para acudir a una cita médica de cinco minutos no te proporciona nada nuevo. Pues lo único que hacen es darte una receta y no detallan nada más."
- "Respecto a la atención médica, me gustaría que hubiera una mayor empatía por parte de los profesionales sanitarios, al igual que más información de prevención e información respecto a caminos alternativos que pudieran mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos como yo y respecto a mí salud en el futuro, me gustaría que mí patología se tratara de una manera integral, en equipo con otras especialidades sanitarias a las que afecta, con un seguimiento y control y sobre todo con una información actualizada para poder ofrecerme la opción de elegir nuevos tratamientos menos agresivos."
- "Acceso, tener citas pronto y no a largo plazo"
- "En general que la sanidad mejorara y que a las personas de colectivos más vulnerables se las tuviera más en cuenta en las políticas sanitarias y sociales."
- "Poder solicitar terapia psicológica y disponer de ella. Apoyo psicológico."

- "Por mi experiencia hasta el momento no tengo nada negativo que decir o cambiar."
- "Hábitos más sanos de alimentación. Para cambiar: la atención a los tratamientos de reproducción por la salud pública."
- "Una atención más diversa, que incluya otros paradigmas médicos como la homeopatía, la medicina naturista, la medicina oriental. (que se parezca más al sistema público francés)."
- "Que volviera a ser como antes."
- "Tengo alergia a los analgésicos y antiinflamatorios, no puedo tomar nada, si me gustaría poder tomar alguna medicación cuando lo necesito, aunque sea un simple dolor de cabeza."
- "Debe ser más comprensiva y con respuestas más satisfactorias por parte de los médicos de cabecera."
- "Atención médica en función individualizada, en función de las características específicas del paciente, no a todos por igual."
- "Más pruebas para el COVID."
- "No todos me han tratado igual, en general bien, pero creo que el dedicar más tiempo en una consulta y no ir como en plan rápido, rápido. que tengo mucha gente eso me ha ocurrido en el médico de cabecera."
- "Me gustaría bajar de peso y que los tratamientos para ayudar fueran subvencionados por el sistema público."
- "Que se me quitaran los dolores que tengo."
- "Un trabajo y el médico que me mande al psicólogo y al psiquiatra, porque el mío no quiere"
"Quisiera tener una vida con meno estrés y con respecto a la atención medica estoy conforme."
"Que tenga revisión ginecológica cada año."
- "Lo que me gustaría que cambiara es la atención de los médicos especialistas, derivación a los mismos y citas, puesto que las listas de espera son bastante largas."
- "Mejorar mi salud mental, con respecto a mi médico estoy satisfecha."
- "Tener mas tiempo para hacer ejercicio físico, y que los turnos no sean tan largos. No considero que en la actualidad la sanidad pública este siendo buena."
- "Me gustaría poder mas agilidad, poder hacer lo básico por mi misma sin necesidad de ayuda. Y sobre todo que la reumatóloga me tratara con mayor amabilidad."
- "Engordar un poco mas. La atención medica es buena."
- "No empeorar la salud. Que se contemplen otras formas de relacionarse, que la heterosexualidad no sea por definición lo válido o lo único, no sufrir discriminación, que las personas que atienden a pacientes estén formadas y actualizadas."
- "De momento estoy contenta con todo."
- "Que se descubriera una cura para la diabetes. Y que la seguridad social no hubiese tantas esperas."
- "Es preciso potenciar e invertir en el sistema de salud público que ha venido sufriendo recortes enormes en los últimos años y que se ha visto con la pandemia. Ofrecer más vigilancia de la salud a la ciudadanía (chequeos médicos) y en el caso de las mujeres ginecológicos. Es una cuestión de todos de implicarse, los gobiernos que velen por invertir recursos y gestionarlos adecuadamente."
- "Mejorar a nivel físico y mental. Me gustaría que las personas que atienden sean un poco empáticas y que haya mayor ligereza en las citas/pruebas/operaciones." – "Me gustaría poder cambiar mi situación de salud, poder recibir la atención medica necesaria para poder bajar de peso y no que mi medico de cabecera me descargue una dieta de Internet y me mande a ir 3 meses después. Que pueda yo mejorar mi situación económica y poder seguir una alimentación balanceada, bajar de peso y se que eso mejoraría mucho mi salud."
- "Para mi salud me gustaría hacer deporte para así poder mejorarla y la atención médica me gustaría que fuese un poco rápida en cuanto al la asignación de citas."
- "Que se eliminara la ansiedad o mayor control, control de peso, mejoría en una lesión que tengo en el hombro. Mayor atención médica y psicológica (o psiquiátrica si hiciera falta)."
- "Con respecto a mi salud, pues como he comentado antes, comer más sano y mejor, cuidarme más, tanto alimentación como realizar más actividad física. Con respecto a la atención médica es-

- toy contenta en general, quizá las citas de especialistas tardan varios meses en ejecutarse, y me gustaría que hubiera más profesionales para que fueran más ágiles."
- "Me gustaría hacer más ejercicio."
 - "Me gustaría que hubiera psicólogos en la seguridad social para poder hablar. Todos vivimos depresión en mayor o menor medida y tienes que buscarte la vida. Es un déficit importante en la seguridad social."
 - "Que la tiroides se me estabilice."
 - "Me gustaría que cambiaran el racismo de mucha gente, porque todos somos seres humanos para una vida más feliz y placentera."
 - "Que los médicos fueran mejores y mas responsables."
 - "Con respecto a mi salud, creo que no cambiaría nada. Con respecto a la atención médica, creo que es muy necesaria la insistencia en realizar actividades de formación dirigidas al profesional sanitario y orientadas a ofrecer contenidos de la cultura gitana y de las posibles medidas necesarias para la mejora de la atención, así como diversidad y no discriminación."
 - "Me gustaría ya estar curada de mi enfermedad mas adelante, para ya no tener impedimentos para hacer ciertas cosas, la atención medica ha sido muy buena."
 - "Que se mantenga al menos como está actualmente."
 - "Tener un buen trabajo y dejar de fumar."
 - "Tener mayor información."
 - "iiiQue hubiese trabajo para todos!!! Para mi salud y la de tod@s!!! La atención médica en mi caso siempre ha sido buena....claro que si el personal sanitario carece de EPIS y otros temas es difícil que te puedan atender en condiciones...no es culpa suya....ellos/ellas han hecho lo que han podido....pero claro.....si a otras personas les da lo mismo hacer las cosas bien y dejarse de estupideces y comprar material bueno en su país y ayudar a su país en vez de olvidarse de los ciudadanos....(la gente mayor que han dejado morir como animales....peor incluso...) pues....pero no nos podemos quejar de nuestro sistema sanitario.... bastante han podido hacer.... para los inútiles que nos representan."
 - "Me gustaría que se me hicieran una valoración psicológica y un acompañamiento continuado para evitar recaer en adicciones."
 - "Que las citas medicas no tardaran tanto tiempo."
 - "Mejorar y que haya tratamiento adecuado, así cómo mayor empatía y trato médico-paciente."
 - "El peso y lo demás genial"
 - "Todo, quiero volver a tener la energía que tenía antes. Que fuera más ágil porque para hacerte una analítica tardan dos semanas en hacértela y otra para darte los resultados."
 - "Que me saliera un trabajo más o menos duradero estaría más alegre, dormiría bien, y la ansiedad y el estrés mejoraría bastante."
 - "A lo mejor tiempo de espera para citas."
 - "Me gustaría que no siguiera vía telefónica y que hubiera más seguimiento con respecto a las enfermedades crónicas y a los exámenes complementarios para las personas que tienen antecedentes familiares con patologías como crónicas y cáncer."
 - "Pues que se me quitase la mala circulación, las varices y la artrosis... pero como eso me parece que es muy poco probable... pues que me mantenga como estoy por muchos años. Y respecto a la atención médica, menos tiempo a la hora de darte cita."
 - "Me encantaría gozar de buena salud para poder seguir luchando, y me encantaría poder recibir un trato más humano, me encantaría que se fomentará la empatía, ante todo somos personas."
 - " Que mejorara, que se contraten más profesionales y materiales que no muera la gente por no tener respiradores como se a visto con la pandemia ,que hay muchos hospitales cerrados como el de Toledo...que no sea todo política que piensen que somos seres humanos y no números ,que haya más científicos aquí que no se marchen fuera de España ,que la sanidad debe cambiar que somos PERSONAS."
 - "Los dolores de fibromialgia y los demás.... Me he tenido que cambiar 2 veces de médico de cabe-

- cera...pero en el hospital cuando voy con el brote me atienden muy bien."
- "No tener miedo a lo que venga y quitarme la ansiedad. Que la atención fuera antes de que te mueras vulgarmente dicho."
 - "Me gustaría que mejorará mi alimentación y el estaré que supone la constante preocupación sobre mi vivienda, el pago de esta y de mis facturas. Ya que supondría una calidad de vida y por consiguiente de salud. Y en cuanto a la atención médica, que proporcionaran más medio y personal para la atención medida. Tan necesaria è importante, como nos ha puesto en evidencia la pandemia vivida."
 - "Rapidez en las consultas."
 - "Quiero seguir estando bien de salud y que la atención siga siendo igual."
 - "Me gustaría abandonar el alcohol para siempre."
 - "Dejar de beber."
 - "Que todo fuera más fácil que al momento de pedir cita o ir al ambulatorio sean más amables los receptores y orienten más. Que las exigencias de un padrón o un NIE no hagan la diferencia entre una persona y otra y que seamos todos atendidos."
 - "Perder peso."
 - "Pues creo q nada oh los medicamentos sean mas cómodos, etc."
 - "No tengo problemas de salud. Y con respecto a la atención médica no tengo nada de que quejarme."
 - "Me gustaría que fuera más personalizada y que dedicaran más tiempo."
 - "Me gustaría sentirme más sana y activa para poder realizar muchas actividades, en la parte de la atención médica, me gustaría que ahondaran más en los diagnósticos para darles mejor calidad de vida a la población."
 - "La atención no dura más de 2 minutos con el médico de cabecera no exámenes no me los he podido hacer todos por el tema de el virus pero el doctor no te da las citas rápido y en el hospital uff es peor."
 - "Pues curarme de las ansiedades que me da a cuenta de los nervios. Y ponerme mejor."
 - "Pues estoy para cirugía de columna según los médicos. pero primero tengo que tomar el tratamiento antes mencionado."
 - "Tener tiempo para realizar actividades físicas. Respecto a la atención medica me gustaría que los médicos no fueran tan liosos."
 - "Que sean más receptivos y explicativos a la hora de dar respuestas ya que los pacientes no somos doctores a veces dan todo por obvio cuando el paciente en realidad no entiende. Ya sea por sus frases técnicas o porque definitivamente ellos piensan que el caso no merece la pena dedicar unos minutos mas de explicación por que ellos tienen cosas más importantes Que atender y el paciente queda con muchas dudas."
 - "Que la salud bucal prestará por lo menos los servicios básicos no sólo extracciones."
 - "Me gustaría que hubiera más control en cuanto a enfermedades virales, más vacuna y mejor atención."
 - "Con respecto a mi salud me gustaría que mejorara mi estado de animo."
 - "Que le den más importancia a ciertas enfermedades y tengan más visibilidad, como ansiedad, depresión o fibromialgia. Mayor seguimiento médico y mayor empatía con la paciente."
 - "No sentir ansiedad, ni angustias. Que den importancia a las personas que van que a veces la empatía falta."
 - "Que me operaran ya de las varices, y me ayudarán ha arreglarme la dentadura."
 - "Me gustaría que cambiara la salud en España. Los médicos españoles no escuchan adecuadamente al paciente. Por ejemplo, es todo un tema para que un medico remita al paciente a un especialista por ejemplo tengo rosácea y en un brote importante en el que no me hacia efecto ni medicamento ni cremas, fui al ambulatorio para que me remitieran a un especialista pues era una emergencia es decir la piel es un órgano y estaba completamente llena de granos y enrojecida (mi cara). El medico jefe del ambulatorio La Parda me dijo que eso no era una emergencia ni tampoco me remitiría a ningún especialista, tampoco cambio mi tratamiento. Tuve con mis pocos recursos ir a un medico dermatólogo privado quien con una crema bastante costosa me ayudo a resolver el

problema y superar la crisis."

- "Me gustaría poder controlar mis dolores y no sentirlos más. Tener atención y orientación a mi salud mental y acceso a una reducción de mamas porque, aunque aún está en estudio, creo que el dolor y molestias en mi hombro y brazo derecho es por el peso de las mamas."
- "En cuanto atención médica me gustaría que los médicos se preocuparan más cuando alguien quiere perder peso y que hubiera más medios para hacerlo, ya que no tengo recursos económicos. En cuanto a salud me gustaría que me miraran mejor todas mis articulaciones ya que siempre estoy esperando la atención, no sentir tantos dolores y desde que me han mandado al psicólogo durante el estado de alarma sigo esperando citación, etc."
- "Seguir en las terapias de salud mental, rehabilitación psicosocial y rehabilitación laboral, ya que desde que recibo estos tratamientos estoy mejorando, y así conseguir una recuperación total."
- "Que las citas medicas fueran más rápidas, que no haya tanta esperar y que se mejore la atención porque muchas veces vas para que te ayuden a descubrir cuál es el origen de tu problema y solo te recetan una medicina sin saber realmente que es lo que tiene la persona."
- "Me gustaría que cesara la angustia que tengo por mi situación actual, superar la ansiedad y depresión. También, con respecto a la depresión, me gustaría que el servicio canario de salud tuviera una atención psicológica de calidad, he tenido que recurrir a psicología en la Cruz Roja, porque en el SCS, no hay posibilidad de poder cambiar de psicólogo, simplemente si te va mal con uno, te adjudican otro del mismo grupo, o sea, son conocidos, lo que a mí personalmente me cohibe. Tampoco tienen psicólogos para tratar problemas familiares, algo que sería necesario sobretodo si hay violencia de género, los hijos sufren mucho esto. Los médicos especialistas, me gustaría que atendieran en menos tiempo y que los médicos de cabecera no hicieran su trabajo, como es habitual muchas veces."
- "Mi salud espero que no empeore, pero aún así y todo me gustaría una atención más cercana y humana. He recibido una atención estupenda en el hospital de la Paz en los departamentos de Rehabilitación (parálisis facial y logopedia) y Otorrinolaringología para la disfagia. Espero seguir teniendo este tipo de atención en general. La atención y seguimiento de mi médico de familia es muy deficiente."
- "Con respecto a la salud, que fuese más integral y que no fuera cada medico especialista por su cuenta, si no que trataran a la persona como un todo y no fraccionada según la especialidad (neurólogo, psiquiatra, digestivo...) Respeto a la atención que fuese más continuada. Las citas en salud mental son cada dos meses y no podemos afrontar el coste de una psicóloga privada."
- "Me gustaría poder bajar de peso sin tener que renunciar a nada de comida (chocolate, un buen chorizo...) o ponerme a dieta. Me gustaría también poder disfrutar de una estabilidad económica porque sé que eso me aportaría muchísima tranquilidad y eliminaría casi toda mi ansiedad. Sé que si consiguiera traer a mi hijo de vuelta conmigo también me sentiría mucho mejor a nivel animico y emocional (aunque soy consciente de que siempre deberé tener un ojo alerta hacia el padre del niño). Sería muy feliz si volviera a vivir conmigo y pudiera disfrutar de su mirada y de su risa todos los días. Con respecto a la atención médica, creo que los ambulatorios están muy saturados. Los/as médicos/as de cabecera tienen apenas unos minutos para dedicarle a cada paciente. Y por supuesto las enfermedades específicas de la mujer deberían recibir otro enfoque muy distinto al actual. Somos personas, y no se debería de dudar de nuestros testimonios, no somos histéricas, ni locas, ni despojos a los que hay que silenciar."

PROPUESTAS PARA UNA SANIDAD INTEGRAL, CON ENFOQUE INTERSECCIONAL DE GÉNERO

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud, en la Asamblea Mundial de la Salud en 2007, **aprobó la Estrategia de la OMS para integrar el análisis y las acciones de género en su trabajo**, por la cual la OMS también instó a los Estados miembro a desarrollar seis líneas estratégicas que siguen sin estar incorporadas totalmente en la mayoría de los países:

1. **Incluir el análisis y la planificación de género en la planificación estratégica y operativa conjunta y la planificación presupuestaria**, según corresponda, incluidas las estrategias de cooperación con los países.
2. **Formular estrategias nacionales para abordar las cuestiones de género en las políticas, programas e investigaciones de salud**, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.
3. **Hacer hincapié en la formación, sensibilización y promoción de género, mujer y salud**.
4. **Asegurar que se incorpore una perspectiva de igualdad de género en todos los niveles de la prestación y los servicios de atención de salud**, incluidos los destinados a adolescentes y jóvenes.
5. **Recopilar y analizar datos desglosados por sexo**, realizar investigaciones sobre los factores subyacentes a las disparidades de género y utilizar los resultados para informar políticas y programas.
6. **Avanzar hacia la igualdad de género en el sector salud**, a fin de asegurar que la contribución de mujeres, hombres, niñas y niños como proveedores de atención de salud sea considerada en la política de salud y en la planificación y capacitación de los trabajadores de salud.¹⁶⁸

En 2018, en la Región de Europa, la Organización Mundial de la Salud ha presentado en 2018 una nueva estrategia para la salud y el bienestar de los hombres, basada en una revisión de las evidencias sobre temas como la mortalidad prematura, la intersección entre la masculinidad y las desigualdades existentes, las respuestas de los sistemas de salud en el curso de la vida de los hombres y el papel de los hombres en la promoción de la igualdad entre los sexos en la salud.

UNIÓN EUROPEA Y A LOS ESTADOS MIEMBROS¹⁶⁹

Observaciones generales

- ✓ **Promover la salud garantizando un fácil acceso a los servicios sanitarios**, la facilitación de información adecuada a las necesidades específicas de hombres y mujeres y el intercambio de buenas prácticas en materia de salud mental e investigación clínica;
- ✓ **Hacer un balance de las necesidades sanitarias específicas de las mujeres y los hombres que garanticen la integración de una perspectiva de género** en sus políticas, los programas y las investigaciones en el ámbito de la salud, desde su desarrollo y diseño hasta la evaluación del

168: La OMS participa también en el Plan de Acción para todo el Sistema de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-SWAP), y rinde cuentas a ONU-Mujeres sobre 15 criterios comunes de desempeño. Además, la Organización evalúa periódicamente la integración de las cuestiones relacionadas con el género, la equidad y los derechos humanos en las políticas y los programas de la Secretaría y de los países. Desde el presente año, la OMS participa en el ONU-SWAP 2.0, que se centra en los resultados y está vinculado a la Agenda 2030. Cada dos años se informa a la Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS. WHO, Gender Policy, 2007, Resolución 60.25 de la OMS en <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/policy>

169: Adaptadas del Informe del Parlamento Europeo a la Comisión Europea y a los Estados miembros de la UE, A8-0380/2016 - 12.12.2016 - INFORME sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2016/2096(INI)). Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Ponente: Beatriz Becerra Basterrechea

impacto y el presupuesto;

- ✓ **Garantizar que las estrategias de prevención se destinan específicamente a las mujeres que corren riesgo de discriminación interseccional**, como las mujeres romaníes, las mujeres con discapacidad, las mujeres lesbianas y bisexuales, las migrantes y las refugiadas, las mujeres que viven en situación de pobreza y las personas trans e intersexuales;
- ✓ **Reconocer la violencia de género y la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública**, que afecta directamente a la salud mental y el bienestar de las mujeres, como se indica en la Resolución WHA49.25 de la OMS de 25 de mayo de 1996;
- ✓ **Garantizar el rápido desarrollo de un estudio a escala de la Unión sobre la prevalencia de la violencia de género** para su inclusión dentro del Sistema Estadístico Europeo, como se confirmó en el programa de trabajo de 2016 de Eurostat, y la recopilación regular de datos desglosados, en particular sobre la prevalencia de la depresión, desglosando los datos recopilados al menos por sexo, grupo de edad y situación socioeconómica;
- ✓ **Apoyar a la sociedad civil y a las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres a la salud**, y velen por que las mujeres hagan oír su voz en cuestiones relacionadas con las políticas de salud europeas y nacionales y que estas respondan a sus necesidades;
- ✓ **Incentivar programas que aborden las necesidades específicas de las mujeres por lo que respecta a enfermedades tales como la osteoporosis, los problemas musculoesqueléticos y las enfermedades del sistema nervioso central como el Alzheimer y/o la demencia**, incluidos los programas destinados a informar a las mujeres de los métodos preventivos y a ofrecer formación al personal médico;
- ✓ **Prestar más atención a las necesidades especiales de las mujeres diagnosticadas con el síndrome de fatiga crónica o fibromialgia** proporcionándoles servicios de asistencia sanitaria adecuados y de alta calidad;
- ✓ **Aumentar la financiación para fomentar la investigación sobre las causas y el posible tratamiento de la endometriosis**, así como la elaboración de directrices clínicas y la creación de centros de referencia; promuevan campañas de información, prevención y sensibilización sobre la endometriosis, y proporcionen los medios para la formación de profesionales sanitarios especializados y para las iniciativas de investigación;
- ✓ **Reconocer la endometriosis como una enfermedad incapacitante**, lo que permitiría a las mujeres afectadas recibir un tratamiento gratuito, incluso en el caso de tratamientos caros o de cirugía, así como permitir una baja especial por enfermedad para ausentarse del trabajo durante los períodos más graves, evitando así la estigmatización en el lugar de trabajo;
- ✓ **Adoptar políticas para mejorar el nivel medio de salud de la población a través de la eliminación de las desigualdades sanitarias que afectan a los grupos en pobreza y socioeconómicamente desfavorecidos**; pide, en este contexto, el compromiso activo en varios ámbitos políticos, en relación no solo con los sistemas de salud pública y asistencia sanitaria, sino también con la educación, la seguridad social, el equilibrio entre vida privada y vida laboral y la planificación urbanística, participando siempre con una perspectiva de igualdad de género clara;
- ✓ **Incluir en los derechos sexuales y reproductivos el acceso al aborto legal y seguro, a una contracepción fiable, segura y asequible, y a una educación integral en materia de sexualidad y relaciones**. Resulta muy perjudicial para la salud de las mujeres que los derechos sexuales y reproductivos estén muy limitados y/o se ejerzan solo sujetos a determinadas condiciones en diversos Estados miembros;
- ✓ **Asegurar y garantizar que haya al menos un número mínimo de profesionales sanitarios** disponibles para realizar abortos en los hospitales;
- ✓ **Prevenir, prohibir y condenar la esterilización forzosa de mujeres**, un fenómeno que afecta en particular a las mujeres con discapacidad, a las personas trans e intersexuales y a las mujeres romaníes;
- ✓ **Garantizar el acceso de todas las mujeres y las niñas** a los procedimientos de detección en las fases iniciales de un cáncer y los programas de información, ya que se consideran las medidas más eficaces para prevenir el cáncer;

- ✓ **Reforzar el empoderamiento de las mujeres y la promoción de la igualdad de género** porque son cruciales para acelerar el desarrollo sostenible y, de este modo, poner fin a todas las formas de discriminación contra mujeres y niñas, incluidas las que se producen en el ámbito de la salud mental y la investigación clínica, y en que no solo se trata de un derecho humano básico, sino que también tiene un efecto multiplicador en todas las demás áreas del desarrollo (ODS 5);
- ✓ **Garantizar un servicio de obstetricia local** como parte de los servicios de interés general y aseguren la disponibilidad de matronas también en las regiones rurales y montañosas;
- ✓ **Asegurar el acceso pleno a una asistencia sanitaria física y mental de calidad para todas las mujeres refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes, en particular las niñas y mujeres vulnerables**, como una cuestión de derechos humanos universales, y que, a largo plazo, dispongan sus respectivos sistemas nacionales de salud de forma adecuada para los futuros refugiados y solicitantes de asilo; subraya la necesidad de formación en materia de salud mental que tenga en cuenta la dimensión de género para el personal de inmigración, asilo y las fuerzas y cuerpos de seguridad que trabajan con refugiados, solicitantes de asilo e inmigrantes, en particular los que trabajan con mujeres y niñas vulnerables; considera que estas medidas sanitarias necesarias deben incluir disposiciones como el alojamiento seguro y las instalaciones sanitarias para las mujeres y los niños, asesoramiento jurídico y acceso a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos, incluida la contracepción, el apoyo a los supervivientes de violencia sexual y el aborto seguro y legal;
- ✓ **Poner fin de inmediato a las políticas de austeridad y a los recortes en el gasto público** que afectan a servicios que son fundamentales para alcanzar un nivel alto de protección de asistencia sanitaria para todas las mujeres y los hombres, niñas y niños de la Unión, independientemente de sus antecedentes o condición jurídica;
- ✓ **Garantizar el acceso gratuito a los servicios de salud de las mujeres desempleadas, de las mujeres del medio rural y de las mujeres pensionistas con ingresos bajos** que no pueden financiarse su control y tratamiento médico;
- ✓ **Garantizar a las mujeres que hayan dado a luz a un/a hijo/a con discapacidad o afectado/a por una enfermedad que amenace su vida un apoyo especial** que incluya, principalmente, el acceso gratuito a cuidados pediátricos domiciliarios a largo plazo, cuidados paliativos pediátricos y ayuda psicológica especializada y de fácil acceso;
- ✓ **Asegurar que la consecución del derecho universal a la salud prevalece sobre la protección de los derechos de propiedad intelectual** y depende de la inversión en investigación sanitaria europea, en particular en tecnologías sanitarias y medicamentos para enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza;
- ✓ **Aumentar al nivel adecuado los presupuestos anuales destinados a programas de prevención de la violencia de género** y la violencia contra las mujeres en todos los Estados miembros, ya que estos son muy inferiores al coste real que supone dicha violencia, tanto en términos económicos, como sociales o morales; alienta a los Estados miembros a que aumenten los fondos destinados a programas de prevención de la violencia contra las mujeres, y de asistencia y protección eficaz de las víctimas.
- ✓ **Establecer actuaciones en el ámbito sanitario de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas de la violencia de género**, así como la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones sufridas por las víctimas, que se remitirán a los tribunales correspondientes con objeto de agilizar el procedimiento judicial; pide también a los Estados miembros que garanticen el derecho de acceso a la información y a la asistencia social integrada, a través de servicios de atención permanente, urgente y con especialización de prestaciones profesionales multidisciplinarias;
- ✓ **Ratificar el Convenio de Estambul** aquellos Estados miembros que todavía no lo hayan hecho; insta al Consejo de la UE a que garantice la adhesión de la Unión al Convenio de Estambul lo antes posible;
- ✓ **Enfocar la prostitución también como una cuestión de salud**, puesto que tiene efectos perjudiciales en las personas que la ejercen, que tienen más probabilidades de sufrir traumas sexuales, físicos y mentales, ser adictas al alcohol y las drogas, perder el respeto por sí mismas y presentar un mayor índice de mortalidad que la población en general. Muchos de los compradores de sexo

piden sexo comercial sin protección, lo que incrementa el riesgo de efectos perjudiciales para la salud, tanto para las personas que ejercen la prostitución como para los clientes;

- ✓ **Prevenir, prohibir y condenar la mutilación genital femenina y la mutilación genital que afecta a las personas intersexuales**, y que presten asistencia sanitaria mental, con asistencia sanitaria física, a las víctimas y aquellas personas con probabilidad de sufrirla;
- ✓ **Prestar especial atención a los grupos más vulnerables** o desfavorecidos y pongan en marcha programas de intervención para estas personas;
- ✓ **Incorporar datos desglosados por sexo** comparables, exhaustivos, fiables y regularmente actualizados se traduce en una discriminación para la salud de las mujeres.

Salud mental y género

- ✓ **Realizar un seguimiento de la Orientación de la UE para la Actuación en materia de Salud y Bienestar Mental** con una nueva y ambiciosa estrategia sobre salud mental, promoviendo un enfoque holístico psicosocial de toda la sociedad, que incluya un pilar fundamental de género y que garantice una coherencia política en materia de salud mental.
- ✓ **Adoptar medidas y asignar recursos suficientes para asegurar el acceso a la asistencia sanitaria y específicamente a la asistencia sanitaria mental** —incluidos los centros de acogida para mujeres— para todas las mujeres, independientemente de su situación legal, posible discapacidad, orientación sexual, identidad de género, características sexuales, raza u origen étnico, edad o religión;
- ✓ **Abordar y eliminar la disparidad en el acceso a los cuidados de salud mental**;
- ✓ **Realizar más investigaciones sobre las repercusiones para la salud mental de la violencia de género**, incluida la violencia verbal y psicológica, el acoso y la intimidación;
- ✓ **Garantizar que sus estrategias en materia de salud mental aborden los retos de salud mental a los que podrían enfrentarse las personas LGBTI**; que los Estados miembros apliquen las recomendaciones que figuran en el documento CM/Rec(2010)5 del Consejo de Europa y tengan en cuenta las necesidades específicas de las personas lesbianas, bisexuales y trans en el desarrollo de las políticas, programas y protocolos sanitarios;
- ✓ **Incentivar la creación de estructuras de apoyo psicológico para pacientes oncológicos** que les acompañen durante el tratamiento y la rehabilitación prestándoles apoyo psicológico en los Estados miembro;
- ✓ Ante la grave situación a la que se enfrentan las mujeres con discapacidad, (a menudo no solo derivadas de dicha discapacidad, sino también debidas a un mayor aislamiento social y a una involuntaria falta de actividad), **ampliar de manera sistemática el acceso a la atención psicológica preventiva para las mujeres con discapacidad**, y que se ofrezca apoyo psicológico a las madres al cuidado de sus hijos con discapacidad grave; subraya la necesidad de una estrategia y de compartir las mejores prácticas sobre salud mental y bienestar de las mujeres y niñas con discapacidad;
- ✓ **Organizar campañas de información y prevención y otras iniciativas a fin de sensibilizar más a la opinión pública sobre los problemas de salud mental** y luchar contra el estigma que suponen;
- ✓ **Invertir en educación formal, informal y no formal para la salud mental y el bienestar de todos los grupos de edad**, con énfasis en las enfermedades de salud mental con dimensión de género como la depresión, la ansiedad o el consumo de drogas;
- ✓ **Garantizar que las escuelas de los Estados miembro tienen marcos apropiados establecidos para identificar y apoyar a las personas que sufren problemas de salud mental**, incluidos los aspectos de género, y garantizar la accesibilidad a los servicios de salud mental (el 70 % de los niños y los jóvenes que sufren un problema de salud mental no han recibido los cuidados adecuados a una edad lo suficientemente temprana);
- ✓ **Aumentar la recopilación regular de datos sobre salud mental a nivel nacional y de la Unión y, concretamente, sobre la prevalencia de la depresión**, desglosando los datos recopilados al menos por sexo, identidad de género, grupo de edad y situación socioeconómica, con inclusión de

indicadores de salud sexual y reproductiva, por parte de la Comisión, los Estados miembros y el Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE).

Igualdad de género en los ensayos clínicos

Exigir que los ensayos clínicos de medicamentos se realicen tanto con hombres como con mujeres, y que estos sean inclusivos, no discriminatorios y se realicen en condiciones de igualdad, inclusión y no marginalización, así como que reflejen razonablemente a la población que utilizaría esos productos. Los ensayos clínicos deben tener igualmente en cuenta a los grupos de población especialmente vulnerables, como los pacientes pediátricos y geriátricos y las personas pertenecientes a minorías étnicas. Los datos desglosados por sexo deben recopilarse también después de la comercialización de los productos, con el fin de registrar los diferentes efectos secundarios, junto con la investigación y los datos sobre la aplicación de la legislación de la Unión pertinente por parte de los Estados miembros;

- ✓ **Terminar con la práctica discriminatoria continuada contra la representación de las mujeres en los ensayos clínicos y la investigación biomédica** ya que pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres. Las metodologías y el diseño de los ensayos clínicos deben permitir el análisis estratificado por edad y sexo. Existe una necesidad urgente de integrar las diferencias entre hombres y mujeres en la intervención clínica en salud mental;
- ✓ **Publicar los resultados de los ensayos clínicos**, para que la metodología sea transparente y accesible;
- ✓ **Exigir que las etiquetas de los medicamentos indiquen claramente si se han realizado o no ensayos con mujeres y si los efectos secundarios pueden variar en función del sexo de la persona**; pide a los Estados miembros que fomenten la investigación sobre los efectos a largo plazo de los productos usados en las terapias hormonales sustitutivas;
- ✓ **Solicitar a la Comisión que incentive proyectos a escala de la Unión que incidan en la forma en que se trata a las mujeres en la investigación clínica**. Dichos proyectos deben involucrar a las autoridades sanitarias a todos los niveles así como a la industria farmacéutica mediante la elaboración de estrategias específicas para la aplicación de orientaciones relacionadas con el estudio y la evaluación de las diferencias entre hombres y mujeres en la evaluación clínica de los medicamentos;
- ✓ **Solicitar a la Comisión y a los Estados miembros que inviertan en campañas de sensibilización** para animar a las mujeres a participar en ensayos clínicos;
- ✓ **Instar a la Agencia Europea del Medicamento (AEM) a que elabore directrices específicas para las mujeres** en cuanto grupo especial en el ámbito de los ensayos clínicos;
- ✓ Pedir a los Estados miembros que, cuando apliquen el Reglamento (UE) n.º 536/2014 sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, utilicen un enfoque metodológico para los ensayos clínicos **que garantice una representación adecuada de mujeres y hombres**, prestando especial atención a la transparencia por lo que respecta a la composición por sexo de los grupos de participantes, y que, cuando examinen si el Reglamento se ha aplicado adecuadamente, verifiquen en particular el nivel de representación de hombres y mujeres;
- ✓ **Demandar a los Estados miembros, a la AEM y a las partes interesadas pertinentes a que garanticen que los factores de sexo y de género se introducen en las fases más tempranas de investigación y desarrollo de la medicación**, antes de la fase de ensayos clínicos; insiste en la necesidad de mejorar el intercambio de las mejores prácticas entre las instituciones de investigación y los proveedores de asistencia sanitaria en toda Europa sobre el asunto;
- ✓ **Concienciar de que es necesaria una acción urgente para corregir las diferencias de género en los ensayos clínicos** en los ámbitos de la salud cuando tales diferencias sean particularmente perjudiciales, como en la medicación para el Alzheimer, el cáncer, el tratamiento de los ictus, los antidepresivos y las enfermedades cardiovasculares;
- ✓ **Hace hincapié en que los/las investigadores/as y todas las partes interesadas pertinentes**

deben llevar a cabo una acción conjunta para eliminar los efectos secundarios perjudiciales de la medicación que afectan específicamente a las mujeres, como en el caso de los antidepresivos, los anticonceptivos y otros medicamentos, con el fin de mejorar la salud de las mujeres y la calidad de la asistencia sanitaria;

- ✓ **Ampliar los estudios sobre el efecto en las mujeres de los psicofármacos.** Es un hecho contrastado que las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres, pero existen muy pocos estudios sobre las diferencias de género acerca del efecto de estos fármacos, que se prescriben indistintamente a hombres y mujeres con las mismas dosis. Se constata el hecho de que las mujeres sufren más efectos adversos de los psicofármacos debido a su exclusión en los ensayos clínicos y que, por tanto, no se tiene en cuenta la fisiología femenina. Las mujeres recurren con más frecuencia que los hombres a la psicoterapia para resolver sus problemas psíquicos.

Recomendaciones de carácter transversal

- ✓ **Concienciar a las personas con mayor capacidad de influencia.** Las acciones que se tomen para la salud mental y el bienestar al nivel de la Unión deben implicar a las personas más relevantes de la esfera política, del sector sanitario, educativo y del ámbito social, y a los interlocutores sociales y organizaciones de la sociedad civil; que es importante que la salud mental deje de ser considerada aún como tabú en ciertos ámbitos sociales;
- ✓ **Luchar contra la pobreza y la desigualdad.** El vínculo entre las condiciones socioeconómicas y la salud mental y el bienestar es fundamental para la coherencia política sobre la salud mental, ya que la que la pobreza y la exclusión social conducen a problemas mayores de salud mental; observa que la feminización de la pobreza y las políticas de austeridad que afectan desproporcionadamente a las mujeres ponen el bienestar mental de las mujeres en mayor riesgo;
- ✓ **Dotar de mayor importancia y presupuestos a la atención y “los tratamientos de salud mental sociales”,** por ejemplo, mediante el deporte, la música, el arte o las actividades culturales, como un elemento importante en la prestación de servicios sanitarios, y uno que reduce el coste económico y humano que los problemas de salud mental pueden causar en las personas y la sociedad en su conjunto. Por ello, es necesario que la Comisión y los Estados miembros inviertan más en programas sociales de asistencia sanitaria mental.
- ✓ **Desarrollar Estrategias Nacionales de Prevención del Suicidio.** La OMS solo tiene conocimiento de que 13 Estados miembros de la Unión tienen una estrategia nacional de prevención del suicidio; por ello, se solicita a la Comisión y a los Estados miembros que establezcan e implementen una estrategia nacional de prevención del suicidio y tomen medidas que ayuden a reducir los factores de riesgo de suicidio como el abuso de alcohol, las drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés; además, que se establezcan mecanismos de apoyo tras intentos de suicidio;
- ✓ **Combatir el impacto distorsionador de la imagen personal a través de las redes sociales.** Los medios de comunicación, y, en particular, internet y las redes sociales, tienen un impacto negativo sobre la salud mental y el bienestar, concretamente en las mujeres jóvenes y en las niñas. Se deben realizar más investigaciones sobre este asunto. La cultura de los medios de comunicación que hace hincapié en la edad y en la apariencia física de las mujeres puede tener en las mujeres y niñas efectos adversos como ansiedad, depresión o comportamientos obsesivos; subraya que deben desarrollarse instrumentos eficaces, incluidas medidas legales, para abordar el acoso en la red, el acoso y la cosificación. Se hace hincapié en la necesidad de desarrollar **una estrategia ambiciosa sobre la salud mental y el bienestar electrónicos**, y de fomentar y trabajar con las partes interesadas en el desarrollo de terapias electrónicas emergentes; reconoce que una estrategia para los medios de comunicación sobre salud mental debe incluir a todas las partes interesadas, incluidos los editores y el sector de la publicidad, que deben adoptar normas éticas para evitar la cosificación de las mujeres y la promoción de estereotipos de género;
- ✓ **Combatir los trastornos alimenticios derivados de la percepción distorsionada de la imagen propia.** En algunos casos las mujeres tienen una percepción distorsionada de su imagen debido a los medios de comunicación, la publicidad estereotipada y la presión social, y llegan a sufrir trastornos de la alimentación y la conducta como la anorexia, la bulimia, la ortorexia, el trastorno por atracón y

la vigorexia. Se tiene que poner en práctica un enfoque que tenga en cuenta la dimensión de género respecto a los trastornos alimentarios y la necesidad de integrarlo en el discurso sobre la salud y en la información dirigida al público en general. Los Estados miembros deberían crear en las escuelas ventanillas de ayuda y escucha para prestar apoyo psicológico a los/las estudiantes, en particular a las adolescentes, que son más vulnerables a caer en trastornos alimentarios.

- ✓ **Proteger a las niñas y mujeres refugiadas en la UE, quienes suelen además padecer trastornos de estrés post-traumático por la experiencia de huida y exilio forzoso del país de origen.** El Parlamento Europeo plantea serias preocupaciones sobre la prestación de asistencia sanitaria mental y las instalaciones para las mujeres y niñas refugiadas en Europa, especialmente aquellas que viven en condiciones de provisionalidad en los Estados miembros. Señala que el internamiento de personas refugiadas y solicitantes de asilo sin una tramitación eficaz y eficiente de sus solicitudes de asilo viola el Derecho internacional, y repercute negativamente en su salud mental y bienestar. Pide a los Estados miembros que protejan a las mujeres solicitantes de asilo internadas que denuncien abusos, y subraya que esas mujeres deben recibir de inmediato protección, incluidos el fin del internamiento, la aceleración de la reubicación y la promoción de apoyo y asesoramiento. Pide a los Estados miembros que desvinculen las políticas sanitarias del control de la inmigración permitiendo el acceso a los servicios básicos de asistencia sanitaria y no imponiendo el deber de informar sobre los migrantes indocumentados a los profesionales sanitarios. Pide, asimismo, a los Estados miembros que apliquen las directrices multiinstitucionales sobre la protección y apoyo de la salud mental y el bienestar psicosocial de los refugiados, solicitantes de asilo y migrantes en Europa, elaboradas por la Oficina Regional de la OMS para Europa, el ACNUR y la OIM;
- ✓ **Actuar contra el impacto de la “doble jornada” y su repercusión en la salud de la mujer.** En muchos casos, las mujeres se ven obligadas a realizar una doble jornada, una en el centro de trabajo y otra en casa, debido a que los hombres no se implican de forma suficiente en la responsabilidad del trabajo doméstico y la educación de las hijas e hijos, lo que genera en muchas mujeres depresión, ansiedad y estrés, además de sentimientos de culpa de no atender suficientemente a la familia, que es el rol tradicional asignado a la mujer;
- ✓ **Denunciar un nuevo estereotipo sexista imperante, que es el de la mujer moderna que debe destacar en los estudios y la vida laboral, pero sin dejar de satisfacer las expectativas tradicionales** de ser buena esposa y ama de casa, madre perfecta y mantenerse atractiva, comportamiento que genera estrés y ansiedad en muchas mujeres.
- ✓ **Atender la salud mental de las mujeres vulnerables y en comunidades marginales.** El Parlamento demanda a la Comisión, a los Estados miembros y a las autoridades locales que desarrollen políticas adaptadas específicas con el fin de prestar servicios de salud mental a los grupos de mujeres vulnerables en comunidades marginales, y a aquellos que se enfrentan a discriminación interseccional, como las mujeres refugiadas y migrantes, las mujeres que se enfrentan a la pobreza y la exclusión social, las personas trans e intersexuales, las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, las mujeres con discapacidad, las mujeres mayores y las mujeres de las zonas rurales;
- ✓ **Desarrollar un enfoque para la salud mental centrado en el ciclo de la vida,** en el que todas las necesidades de los grupos de edad se aborden de forma coherente y exhaustiva, con énfasis en las niñas adolescentes y las mujeres mayores, que, de media, afirman tener un índice más bajo de satisfacción personal que los hombres de los mismos grupos de edad;
- ✓ **Implementar la asistencia sanitaria mental durante la maternidad, el embarazo, el post-parto y la lactancia, así como aquellas mujeres cuyos embarazos se interrumpen de manera voluntaria o espontánea.** La asistencia sanitaria mental deberá comenzar lo antes posible, en el primer trimestre, para que sea posible identificar los problemas específicos que puedan requerir vigilancia, detectar problemas sociales para los que las mujeres puedan necesitar ayuda de los servicios sociales o de salud mental, e informar a las mujeres sobre cuestiones relacionadas con el embarazo. La asistencia sanitaria psicológica es tan importante como la asistencia sanitaria física y observa que entre el 10 % y el 15 % de las mujeres en la Unión que acaban de dar a luz sufren depresión posparto. subraya la importancia para las mujeres del acceso a asistencia sanitaria y psicológica tras la interrupción espontánea o provocada del embarazo y la necesidad de un trato sensible e individualizado. Concretamente se pide a la Comisión y a los Estados miembros que

fomenten, desarrollen y proporcionen una detección precoz y tratamientos para la psicosis puerperal y la depresión posparto;

- ✓ **Garantizar en todos los Estados miembros de la Unión una obstetricia más local y general que incluya a las matronas y los obstetras independientes**, destacando la especial importancia que supone este reto para las regiones rurales;
- ✓ **Adoptar un enfoque holístico que tenga en cuenta la salud mental y el bienestar de las mujeres en las políticas sociales y de empleo, en particular las políticas sobre el equilibrio entre vida privada y vida laboral**. La Comisión y a los Estados miembros que trabajen con los sindicatos, los empleadores, los profesionales de la salud y la sociedad civil con el fin de desarrollar un enfoque holístico y de género para el bienestar mental en el trabajo. Es importante ofrecer formación sobre salud mental a las personas con puestos directivos en los sectores público y privado;
- ✓ **Proteger y mejorar las tareas de cuidados**. Se debe reconocer la importancia del papel de las personas cuidadoras profesionales y no profesionales, en su gran mayoría mujeres, en la asistencia sanitaria mental. Se debe prestar atención específica al papel de los cuidadores profesionales y no profesionales en la asistencia sanitaria mental, y en particular al papel de las mujeres cuidadoras, y se debe actuar para proteger la salud mental y el bienestar de las propias personas cuidadoras;
- ✓ **Proteger la masculinidad de aquellos niños y hombres que se separa de los estereotipos de género**. Insta a la Comisión y a los Estados miembros a que incluyan los retos de salud mental y bienestar a los que se enfrentan los hombres y los niños debido a estereotipos de género, que conducen a una probabilidad mayor de consumo de drogas y suicidios que en el caso de las mujeres. En las políticas sobre la salud mental de los hombres también se deben tener en cuenta las perspectivas de la edad y la esperanza de vida, las condiciones socioeconómicas, la exclusión social y los factores geográficos.

ATENCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE GÉNERO EN ESPAÑA

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (2010) establece su Estrategia 4: "Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género".¹⁷⁰ A la luz de la realidad social que, en buena medida se presenta en este Informe de EAPN, será necesario revisar y actualizar los contenidos para que se ajuste a las necesidades sociales existentes y, concretamente, a la desigualdad de género que atraviesa a la sociedad española.

Considerando este contexto, hacemos algunas recomendaciones específicas para España:

Investigación

- ✓ **Invertir recursos suficientes a la investigación científica** para descubrir las curas y los tratamientos para enfermedades que afectan a las mujeres y para los problemas de salud que tienen un impacto diferencial en las mujeres.
- ✓ **Mejorar la calidad de la información y análisis disponibles sobre la atención sanitaria**. Desagregar todas las estadísticas actualmente recogidas al menos por sexo y edad.
- ✓ **Realizar estudios estadísticos para comprobar si existe mortalidad diferencial de género por las causas de muerte más comunes**, como los infartos o el cáncer. Especialmente, la situación de las mujeres que fallecen en hospitales por retrasos en el diagnóstico, en la realización de pruebas o en las órdenes de internación, lo cual incidiría para que ingresaran en situación de mayor gravedad.

170: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud en <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>

- ✓ **Estudiar el factor de la inequidad en las necesidades no atendidas, como el uso de mamografías o consultas al especialista del servicio nacional de salud, analizando las variables de** edad, nacionalidad, situación familiar, estado de salud, inactividad física en el tiempo libre, situación laboral, nivel de estudios, renta equivalente, tipo de cobertura (acceso directo a especialista, por ejemplo, con seguro privado o quienes tienen estatus especial, como funcionarios), región de residencia.
- ✓ **Estudiar las estadísticas correspondientes a los procesos de atención primaria,** para establecer comparaciones en tiempos, derivación a especialistas, solicitud de pruebas diagnósticas y tiempos para su concesión, internación, participación en estudios experimentales. Incorporar las variables interseccionales, como edad, discapacidad, origen, pertenencia a grupo minoritario, situación de pobreza, violencia de género, víctima de trata o prostitución.
- ✓ **Adaptar las guías de manejo de las enfermedades para el personal sociosanitario de acuerdo con los resultados estadísticos obtenidos, adoptando medidas para la corrección de procesos de discriminación y estableciendo procesos de formación continuada para asegurar el enfoque de igualdad de género.**
- ✓ **Realizar una divulgación sistemática de las enfermedades, los temas de derechos de salud y atención sanitaria** que tienen incidencia especial sobre las mujeres, a través de los medios de comunicación y redes sociales.

Ámbito laboral

- ✓ Para evitar los factores estresores con consecuencias negativas sobre la salud, **analizar los factores generadores de estrés entre las personas trabajadoras de las organizaciones públicas y privadas, con perspectiva de género,** a fin de tomar conciencia de la situación y desarrollar medidas organizacionales dirigidas a evitarlos y erradicarlos.
- ✓ **Establecer mecanismos de denuncia fácil, sencilla y sin riesgo para la víctima,** en los casos de violencia física, acoso laboral, acoso sexual y discriminación por razón de género, con participación de las organizaciones sindicales, si fuera posible. Establecer vías para elevar dichas denuncias a la justicia, en el caso de que no sean abordadas adecuadamente por la organización pública o privada, a fin de que se desarrollen las actuaciones judiciales rápidamente y se impongan las sanciones correspondientes.
- ✓ **Establecer y divulgar un código de conducta y de política de tolerancia cero sobre conductas violentas, sexistas y machistas dentro de las organizaciones.**
- ✓ Información periódica de las personas trabajadoras y directivas sobre los procesos relacionados con la violencia física, el acoso laboral, el acoso sexual y la discriminación.
- ✓ **Promover la igualdad de género en el trabajo, con mecanismos claros,** a fin de evitar procesos como el techo de cristal y el suelo pegajoso.
- ✓ **Estudiar el impacto de todos los factores psicosociales sobre la salud de las mujeres para visibilizar los problemas,** que se establezcan medidas efectivas de prevención y se compense de forma justa a las personas que han visto afectada su salud.

Sector sociosanitario

- ✓ **Erradicar la brecha salarial de género** que afecta a las mujeres que trabajan en el sector sanitario. Establecer Planes de Igualdad que se supervisen periódicamente y se siga un régimen sancionador adecuado, a fin de erradicar prácticas discriminatorias.
- ✓ **Realizar inspecciones laborales a instituciones y establecimientos sanitarios públicos y privados para garantizar los derechos laborales de las mujeres empleadas.**
- ✓ **Garantizar la no discriminación en el acceso a prestaciones** de la seguridad social, como en los casos de los permisos maternales de las mujeres sanitarias con contratos precarios, a demanda, por tiempo determinado, etc.
- ✓ **Establecer una política de cuota paritaria de mujeres y hombres en los Colegios Profesionales de Medicina.**

- ✓ **Incorporar la perspectiva de género en todas las facultades españolas.** El problema del sesgo de género en la atención no se puede atribuir solo a los profesionales médicos. Los y las profesionales sanitarias aprenden en instituciones donde se les enseña de manera sesgada, en perjuicio de las mujeres.

Salud sexual¹⁷¹

- ✓ **Garantizar los derechos sexuales de las mujeres en pobreza, de vulnerabilidad y exclusión social, como las mujeres inmigrantes, refugiadas, gitanas, LGTBI, con discapacidad, con adicciones, sin hogar, desempleadas, sin ingresos, víctimas de trata y/o de violencia de género.**
- ✓ **Establecer la coordinación del sector sanitario con el sector educativo** para incluir la educación en sexualidad en el currículum a lo largo de todas las etapas.
- ✓ **Desarrollar programas de sensibilización** de profesionales de la atención sanitaria sobre la salud sexual.
- ✓ **Asegurar la atención a la salud sexual integral a través de la inclusión de la historia sexual en la historia clínica** de Atención Primaria.
- ✓ **Garantizar el acceso equitativo a anticonceptivos** de última generación.
- ✓ **Garantizar la aplicación de criterios comunes de calidad** para la formación en salud sexual, contenidos y metodologías educativas recomendables.¹⁷²

Salud reproductiva

- ✓ **Garantizar los derechos sexuales de las mujeres en pobreza, de vulnerabilidad y exclusión social, como las mujeres inmigrantes, refugiadas, gitanas, LGTBI, con discapacidad, con adicciones, sin hogar, madres solas con hijos/as a cargo, desempleadas, sin ingresos, víctimas de trata y/o de violencia de género.**
- ✓ **Establecer el acceso igualitario, teniendo en cuenta recursos la interseccionalidad en el acceso a las líneas estratégicas establecidas por la Estrategia de Salud Reproductiva de 2010¹⁷³ y superando las barreras adicionales impuestas por la pandemia de la COVID-19:**
 - Promoción de la salud en el embarazo
 - Atención sanitaria en el embarazo
 - Atención al parto.
 - Cuidados del nacimiento a la primera semana de vida
 - Promoción de la lactancia materna
 - Cuidados del recién nacido hospitalizado
 - Cuidados propios del puerperio
 - Atención sanitaria en el puerperio
 - Formación de profesionales
 - Participación de las mujeres y las parejas

171: Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y diferentes organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Unión Europea (UE). El primer tratado que reconoce expresamente los derechos humanos de las mujeres fue la "Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer" (CEDAW, por sus siglas en inglés), adoptada por la ONU en 1979. El concepto de salud sexual y reproductiva fue incorporado por primera vez en las Naciones Unidas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994, donde se vincula a nivel teórico el discurso sobre los derechos humanos y el derecho a la salud.

172: MSCBS, Estrategia de Salud Sexual (Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS), Plan Operativo 2019-2020, propuestas basadas en las 4 líneas estratégicas del Plan, disponible en https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf

173: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

- ✓ **Vigilar los procesos de inducción al parto y cesáreas establecidos en la sanidad privada (30%) y, en menor medida en la pública (21%), dado que estos datos son de los más altos de la UE.** En España, uno de cada cuatro niños/niñas nace por esta vía (el 26%), un porcentaje que no ha dejado de escalar en las últimas décadas y que excede las recomendaciones de la OMS (hasta el 15%). Es imprescindible conocer cuántas de las cesáreas se hacen de forma sobrevenida por vía de urgencia y cuántas son programadas.
- ✓ **Establecer un servicio de acompañamiento a las mujeres embarazadas y durante la maternidad en los hospitales privados y públicos, con un enfoque de prevención y actuación inmediata ante denuncias de violencia obstétrica.**

Servicios sociosanitarios con perspectiva de género y enfoque interseccional

- ✓ **Establecer equipos multidisciplinares (sociales, sanitarios, educativos), con perspectiva intercultural,** para atender integralmente las situaciones de diversidad representadas por la población de origen inmigrante y gitana y/o las mujeres con discapacidad, para detectar problemas de violencia, adicciones, depresión, ideación suicida, trastornos alimentarios y de la percepción de la imagen, enfermedades mentales, pobreza que genera una falta de recursos para seguir tratamientos, otros factores determinantes de la salud, necesidad de programas de respiro a las cuidadoras, entre otros.
- ✓ **Reforzar los servicios públicos sociosanitarios, introducir la perspectiva de género y formar a los equipos y el personal**
- ✓ **Establecer servicios públicos y gratuitos de cuidados y de respiro el acceso a consultas, tratamientos, e internación hospitalaria de las mujeres con hijos/as a cargo o cuidadores principales.**
- ✓ **Establecer equipos multidisciplinares, que permitan dar respuestas integrales a las mujeres que tienen una solución de vulnerabilidad multidimensional** (problemas de vivienda, sin recursos, violencia de género, ausencia de redes de apoyo, cuidadora principal, bajo nivel de estudios, desconocimiento del idioma, discapacidad, etc.)
- ✓ Desarrollar proyectos desde las entidades sociales que permitan luchar contra las barreras establecidas por los roles de género atribuidos.

Discapacidad

- ✓ **Estudiar y conocer qué es lo que necesitan las mujeres con discapacidad en los temas de salud,** de acuerdo con sus diversas circunstancias, por parte de los y las profesionales sociosanitarias.
- ✓ **Sensibilizar a la población, a las familias y a los profesionales sociosanitarios a través de la formación,** para informarles en el tratamiento de las mujeres en tanto que pacientes.
- ✓ **Establecer guías de conducta comunes que obliguen a los y las profesionales sociosanitarios a respetar la opinión y decisión directa y determinante de la mujer con discapacidad ante cualquier tratamiento médico o sanitario que le afecte;**
- ✓ **Establecer recursos para eliminar barreras que afectan a las mujeres con discapacidad, a fin de promover su autonomía** total o el acceso a una vida lo más autónoma posible, en igualdad de condiciones, no dependiente de los recursos propios que se puedan tener.

Adicciones

- ✓ **Rediseñar los recursos y programas actuales para que se adapten a las necesidades de las mujeres.** Demandamos más profesionales con formación en perspectiva de género para que, desde un primer momento, las mujeres con problemas de adicciones reciban un trato adecuado y respetuoso desde un clima de confianza y en un espacio seguro.
- ✓ **Realizar un análisis de género claro de la interacción entre los motivos de los consumos problemáticos,** para poder abordar las políticas preventivas. La literatura destaca el verse sobredimensionada por las exigencias de los cuidados, pero se debe completar.
- ✓

- ✓ **Sensibilizar a los equipos profesionales**, de los servicios de ONG, como los públicos, porque muchas mujeres expresan que llegan a consulta y se sienten estigmatizadas que les hace retroceder y no continuar. Se debe generar conciencia sobre el impacto de la atención.
- ✓ **Coordinar la atención dentro del Sistema Nacional de Salud**, porque actualmente las adicciones por drogas no lo están o depende de cada CCAA. Es fundamental que estos servicios estén coordinados porque el tema es transversal a muchas áreas.

Situación familiar (monoparental, mujeres solas, familias numerosas)

- ✓ **Incorporar un enfoque integral, con perspectiva de género dentro de los programas de salud**, para tener en cuenta el modelo de familia, los condicionantes socioeconómicos y la interseccionalidad.
- ✓ **Revisar la distribución y responsabilidades de los cuidados dentro del hogar**, a fin de que no se discrimine a ningún tipo de familia.
- ✓ **Cambiar la ley de permisos laborales para no discriminar a los hogares monoparentales**, a fin de que se tenga en cuenta la responsabilidad con la persona cuidada como parte de la sociedad y no de la persona que cuida.
- ✓ **Establecer un programa estatal de cuidados que se desarrolle a nivel local para cubrir y prestar servicios a las familias cuando sobrevienen temas de salud, discapacidad, enfermedades físicas y mentales**, tanto si requieren tratamientos ambulatorios o internación, a fin de prever la protección y seguridad de los niños, niñas y adolescentes del hogar familiar, así como de otras personas en situación vulnerable que son objeto de cuidado dentro del ámbito familiar, con recursos específicos y acompañamiento, para no agravar la separación familiar.
- ✓ **Gestionar los aspectos sociosanitarios de la pandemia de COVID-19, a fin de aliviar la sobrecarga de los cuidados**, y aliviar los procesos de temor e inseguridad, que están llevando al autoaislamiento para "poder seguir cuidando", con una alta carga de ansiedad.

Propuestas que surgen de las mujeres encuestadas en el estudio

- ✓ Mejorar la atención sanitaria, con más recursos públicos invertidos en la investigación y la atención, estableciendo menor tiempo para conseguir citas y pruebas médicas, así como más tiempo dedicado a las personas pacientes.
- ✓ Establecer mayores esfuerzos para la atención médica integral y de calidad de cada paciente, incluyendo un tratamiento adecuado del dolor y de las enfermedades con mayor prevalencia femenina, como la endometriosis y la fibromialgia. Que exista una escucha empática por parte del personal sanitario y una perspectiva de no discriminación ante la diversidad sexual y etno-cultural.
- ✓ Evitar que siga empeorando la atención sanitaria a causa del COVID-19, postergando operaciones, tratamientos y realizando consultas vía telefónica.
- ✓ Incorporar la salud bucodental dentro del catálogo de la Seguridad Social, porque no pueden permitirse tratamientos privados y tienen problemas de salud oral.
- ✓ Incorporar la atención psicológica adecuada a la Seguridad Social, ya que es fundamental para poder mejorar su salud mental.
- ✓ Proporcionar ayudas y acompañamiento a las propias mujeres para poder tener hábitos más saludables (tabaco, alcohol, otras adicciones, alimentación), ser más activas físicamente, reducir la ansiedad y poder controlar el peso.

Nuestras redes y entidades miembro

19 redes autonómicas:

EAPN-**Illes Balears**-Xarxa per la Inclusió Social • **Red Andaluza** de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social • **Red Aragonesa** de Entidades Sociales para la Inclusión • Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social en **Castilla y León** • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en **Asturias** • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de **Canarias** • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en **Castilla-La Mancha** • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en **Euskadi** • Red **Madrileña** de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social • Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de la Región de **Murcia** • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Extremadura • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de **Melilla** • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en **Cantabria** • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en **Ceuta** • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español de la Comunidad Autónoma de **Galicia** • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en **La Rioja** • **Red Navarra** de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social • Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de **Catalunya** • Xarxa per la Inclusió social de la **Comunitat Valenciana**

Y 18 entidades estatales:

Accem • Acción Contra el Hambre • Cáritas Española • Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) • Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER) • Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE) • Cruz Roja Española • Federación de Mujeres Progresistas (FMP) • Fundación Cepaim • Fundación Cruz Blanca • Fundación Esplai • Fundación Secretariado Gitano • Hogar Sí • Movimiento por la Paz (MPDL) • Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) • Plena Inclusión • Provivienda • Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)



**Red Europea de Lucha contra la
Pobreza y la Exclusión Social**

c/ Tribulete, 18 1º
28012 Madrid
91 786 04 11
eapn@eapn.es
www.eapn.es



EUROPEAN ANTI POVERTY NETWORK **ES**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL