

Buenas Prácticas para la aplicación de las perspectivas de género e interseccional en salud



Guía + Decálogo

Actualización

Publicación realizada por la Federación de Mujeres Progresistas, en el marco del Programa “En Clave Saludable: Buenas Prácticas en género e interseccionalidad en atención a la Salud”, financiado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.



ÍNDICE



Agradecimientos	2
Presentación	3
Objeto de la Guía-Decálogo	5
Contextualización	6
Fundamentación	8
Metodología	12
Análisis de Resultados	14
Problemáticas, necesidades y demandas	14
Barreras	25
Facilitadores	40
Buenas Prácticas	46
Cuidar a quienes nos cuidan	68
Glosario	71
Bibliografía	76

AGRADECIMIENTOS



Esta Guía-decálogo no habría sido posible sin el apoyo, la participación y la colaboración de muchas personas que a lo largo de estos años han ayudado a dar forma y actualizar su contenido. Queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas que desinteresadamente han participado en esta Tercera edición de la Guía-Decálogo, que se realiza en el marco del Programa “En Clave Saludable: Buenas Prácticas en género e interseccionalidad en atención a la Salud”.

A todos/as los/las profesionales tanto de ámbito sanitario, sociosanitario y social que, durante los cuatro años de desarrollo, a pesar del parón de dos años en la ejecución, la pandemia y demás circunstancias, han querido participar aportando su experiencia, compartiendo sus dificultades, propuestas y configurando las buenas prácticas que contiene esta guía.

Estas reflexiones invitan a detenernos en la necesidad de complementariedad entre todas las áreas que conforman la atención integral a la salud. Desde este enfoque hemos construido esta herramienta, pensada por y para profesionales, con el objetivo de mejorar la atención a las mujeres, identificar y reducir el impacto de los determinantes de género que afectan a su salud desde una perspectiva interseccional.

Agradecemos profundamente la disposición de los y las profesionales que han participado en espacios compartidos con otras áreas de intervención, especialidades y lugares. Estos encuentros han enriquecido enormemente este trabajo colectivo.

Nuestro reconocimiento especial al equipo de profesionales y voluntariado de la FMP que trabaja para reducir y eliminar las desigualdades sociales y de género en todas las esferas, especialmente en el ámbito de la salud.

Agradecemos especialmente al Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 por darnos la oportunidad de llevar a cabo este trabajo.

PRESENTACIÓN



La Federación de Mujeres Progresistas (FMP) es una organización no gubernamental de ámbito estatal que cuenta con una experiencia de más de 35 años en la defensa de los derechos de las mujeres, la visibilización de las principales discriminaciones que sufren en todos los ámbitos (laboral, familiar, social, etc.) y la puesta en marcha de medidas para erradicarlas.

Uno de los ámbitos donde esta desigualdad es más acuciante es la salud, en muchos casos por las dificultades e impedimentos que sufren las mujeres para su acceso, control y seguimiento. Dichas dificultades resultan aún mayores en el caso de pertenecer a alguno de los colectivos que sufren además otros tipos de vulnerabilidad añadidos como son, entre otros, las mujeres mayores, inmigrantes, víctimas de violencia de género, mujeres con diversidad funcional o mujeres responsables de familias monomarentales.

Por ello generamos espacios para mejorar las condiciones de vida de las mujeres, y para sensibilizar a profesionales y voluntariado del ámbito sociosanitario. Promovemos y favorecemos el bienestar biopsicosocial de las mujeres a través de acciones individuales y grupales de prevención y promoción de la salud.

Fomentamos la creación de redes de apoyo social saludables basadas en el buen trato y el respeto a las diferencias. Todas nuestras acciones incorporan la perspectiva de género e interseccional para poder analizar el impacto de los determinantes sociales, y de género especialmente, en la salud de las mujeres. Desde “En Clave Saludable”, se han elaborado diferentes materiales en pro de la mejora en la atención sociosanitaria a las mujeres, así como para apoyar a profesionales interesadas/os en aplicar la perspectiva de género en su labor.

Desde el año 2019 se ha trabajado de forma participativa y produciendo conocimiento colectivamente con mujeres y con profesionales para generar propuestas en la mejora de la atención mediante procesos de reflexión conjunta y diferentes acciones de difusión del conocimiento generado. Entre estas acciones queremos destacar los Encuentros de Profesionales En Clave Saludable (2020), los Puntos de Información y Sensibilización (2021-2022), así como las Jornadas ¿Qué nos duele? Género y Salud (2021-2022).



En el año 2019 diseñamos también la Campaña #DIAGNÓSTICOMUJER gracias a la participación de grupos de mujeres, para analizar y comprender vivencias de las mujeres en torno a su salud y cómo los determinantes de género afectan en las mismas. En 2020 elaboramos diversos materiales para la divulgación de buenas prácticas en la implementación de la perspectiva de género en atención sociosanitaria: el Decálogo y Guía de Buenas Prácticas para la aplicación de la perspectiva de género en la salud, que fue actualizada en 2022, así como los materiales audiovisuales sobre los Encuentros de Profesionales En Clave Saludable y las Jornadas ¿Qué nos duele? Género y Salud.

OBJETO DE LA GUÍA-DECÁLOGO



El objeto de esta Guía es la información y la difusión de prácticas que son eficaces y reconocidas en el ámbito sociosanitario para la mejora de la atención integral y que ayudan a disminuir la discriminación por sexos, las desigualdades e inequidades y los impactos desfavorables en la salud procedentes de los modelos sociales de género.

En esta guía se han recopilado propuestas de diversa índole (aspectos estructurales, procedimientos, prácticas de comunicación, metodologías de intervención, etc.), que los y las profesionales participantes han considerado buenas prácticas, que suponen una mejora en la calidad y eficacia de la atención a las mujeres, desde una perspectiva de género y biopsicosocial. También contiene información relevante sobre barreras, impedimentos y facilitadores que encuentra el personal social, sanitario y sociosanitario para realizar una atención óptima e implementar la perspectiva de género e interseccional en esta atención. La elaboración del decálogo se ha realizado recogiendo e integrando conocimientos, opiniones y experiencias, recabados en entrevistas individuales y en grupos de discusión realizados durante los Encuentros En Clave Saludable. También incorpora aportaciones que profesionales de todo el territorio han realizado en los Puntos de Información y Sensibilización en Buenas Prácticas. En este aspecto, la reflexión colectiva y la transmisión de conocimientos han sido la base para elaborar este material, que quiere contribuir a la igualdad a la vez que ampliar la comprensión sobre las repercusiones que tienen las desigualdades de género en la práctica sociosanitaria.

En esta Tercera Edición, hemos querido complementar todo este conocimiento desde un enfoque interseccional, entendiendo que las experiencias de salud y el acceso a los recursos además de por el género, están determinadas por la interacción de múltiples factores sociales. Conscientes de que queda mucho camino por recorrer, deseamos que esta guía aporte claves para seguir mejorando.

CONTEXTUALIZACIÓN



El hecho de ser mujer en una sociedad desigual es un factor de riesgo para la salud. La maternidad, la doble carga de trabajo, la normalización del rol de cuidadoras, la falta de reconocimiento social, la precariedad laboral, las dificultades para acceder al mercado de trabajo y para conciliar la vida personal, familiar y laboral, la existencia de la brecha salarial y de manera especialmente dramática la violencia de género, son algunos de los factores que mayor impacto tienen sobre la salud de las mujeres.

Uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias es lo que llamamos determinantes de género en la salud. Este término se refiere a las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud y/o disminuyen la protección frente a los mismos. Igualmente, condicionan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria, así como las respuestas del propio sistema de salud en función del género.

Tanto en la investigación médica, como en la docencia y en la asistencia sociosanitaria pesan todavía las herencias del androcentrismo y del modelo biomédico en ciencia, que aún en la actualidad ignora y obvia estos determinantes de género en la salud. La salud de las mujeres se ha estudiado y valorado en tanto salud reproductiva durante mucho tiempo y en los sistemas sanitarios la atención de las mujeres se ha visto reducida a los programas de la mujer. La falta de un abordaje desde una perspectiva de salud integral ha hecho que las mujeres vean invisibilizados sus problemas y enfermedades específicas, e incomprendidos su queja, su malestar y su dolor.

Promover la inclusión del enfoque de género para alcanzar la igualdad y equidad en salud, es objetivo y desafío del sistema actual de salud. Para aplicar la perspectiva de género es necesario partir de una concepción de salud integral, que tiene en cuenta la salud como un proceso en el que influye la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Los factores que intervienen en la salud de hombres y mujeres les afectan de manera diferente, crean discriminación, desigualdades e inequidades. Se hace necesario, por tanto, hablar de factores sociales y psicosociales así cómo comprender cómo estos intervienen en la salud (1).

La reactivación del Observatorio de Salud de las Mujeres en 2018, y la publicación desde este organismo del reciente Informe de Género y Salud 2022 ha supuesto una gran oportunidad para retomar la promoción de la equidad en salud por razón de género fortaleciendo el enfoque de género en las políticas sanitarias, mediante la investigación, formación, difusión y comunicación sobre los determinantes de la salud, con especial énfasis en el género para lograr la equidad en salud, así como mejorar la calidad de vida de las mujeres y los hombres.

Desde el programa “En Clave Saludable: Buenas Prácticas en género e interseccionalidad en atención a la Salud”, hemos presentado diferentes materiales en pro de la mejora en la atención sociosanitaria a las mujeres. Está enfocado a comprender el impacto de los determinantes de género en la salud de las mujeres y mejorar la atención integral de las mismas, apoyando también a profesionales interesados en aplicar la perspectiva de género en su labor, así como atender sus necesidades. Para ello, es necesario el enfoque interseccional, que señale y tenga en cuenta las desigualdades que afectan de manera diferenciada a las mujeres para garantizar derecho a la salud desde la equidad.

1: <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/recomendVelasco2008.pdf>

FUNDAMENTACIÓN



Diversos textos internacionales sobre derechos humanos, señalan la importancia de la o aplicación de la perspectiva de género en la salud y la no discriminación hacia las mujeres. Destacan la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1979 y ratificada por España en 1983. En el ámbito de la salud, cabe señalar también las conferencias mundiales monográficas, como la de Nairobi de 1985 y Beijing de 1995, y sus sucesivas revisiones.

Según la **Organización Mundial de la Salud**, el género influye en la salud y el bienestar en tres ámbitos:

1. Los determinantes de la salud relacionados con el género, incluida la interacción con otros determinantes sociales y estructurales;
2. Las conductas en la esfera de la salud en función del género; y
3. La respuesta del sistema de salud en función del género.

Por otra parte, varios de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** establecidos en la Agenda 2030 están interconectados con los determinantes de género en la salud de las mujeres desde una perspectiva interseccional:

2: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

ODS 3: Salud y bienestar

Garantizar una vida sana y promover el bienestar. Para mejorar la salud de las mujeres, es crucial eliminar las desigualdades y garantizar que las mujeres tengan acceso a servicios de salud adecuados, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva.

ODS 5: Igualdad de género

Este ODS se centra en lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas. La salud de las mujeres está directamente afectada por las desigualdades de género, como la falta de autonomía en la toma de decisiones sobre su salud, la violencia de género y la carga desproporcionada de trabajo no remunerado. Acabar con estas desigualdades puede implicar un impacto positivo en la salud de las mujeres promoviendo su autonomía, empoderamiento y acceso a servicios.

ODS 1: Fin de la pobreza

Las mujeres, especialmente en contextos de pobreza, enfrentan barreras adicionales para acceder a servicios de salud, medicamentos y cuidados.

ODS 4: Educación de calidad

Las mujeres que tienen acceso a una educación de calidad tienen más oportunidades de tomar decisiones informadas sobre su salud y salir de situaciones de pobreza.

ODS 10: Reducción de las desigualdades

Como hemos indicado, las desigualdades de género y diferentes condicionantes sociales afectan directamente la salud de las mujeres. Las mujeres enfrentan barreras para acceder a la atención médica adecuada, servicios de salud sexual y reproductiva, y recursos económicos que les permitan mantener una vida saludable.

En España la igualdad entre mujeres y hombres es un principio jurídico reconocido en nuestra ley. El principio de igualdad en la salud en el artículo 27 de nuestra Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, asegura la garantía de las Administraciones a un igual derecho a la salud, a una atención no diferencial, así como a la formulación y al desarrollo de las distintas necesidades de las mujeres.

Este conjunto de medidas, convenios y propuestas ofrece a los sistemas nacionales de salud toda una estrategia e instrumentos para llevar a cabo la equidad en la salud. Estos instrumentos se basan en los derechos humanos y ayudan a transformar las relaciones de género.

No podemos obviar que el género es un factor determinante de nuestra salud y de las inequidades sanitarias. Por ello es conveniente seguir trabajando desde un enfoque de género incidiendo en la mejora de la salud de las mujeres como expone la médica, psicoanalista y experta en salud y género Sara Velasco Arias, mediante tres líneas complementarias que tengan en cuenta (4)

1. La salud de las mujeres: entendiendo que las mujeres tienen problemas que requieren una atención específica. Por lo tanto, es necesario identificar las necesidades de las mujeres y proporcionar recursos para dar una atención a las mismas. Desde este enfoque son creados programas de atención a las mujeres por ejemplo relativos a la reproducción, climaterio y se llevan a cabo investigaciones biomédicas.
2. Las desigualdades de género: es necesario identificar las diferencias y desigualdades por sexos y tomar medidas sociosanitarias para lograr la igualdad y equidad. A través de este enfoque se llevan a cabo investigaciones biomédicas y epidemiológicas de morbilidad diferencial, se analizan tanto las desigualdades como los sesgos de género en la atención.

3: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115#:-:text=Art%C3%ADculo%2027,.medidas%20necesarias%20para%20abordarlas%20adecuadamente>.

4: Recomendaciones para el enfoque de género en programas de salud. Sara Velasco Arias. Madrid 2008

3. El género como determinante: las formas de enfermar están influidas por los modos de vida y por los determinantes psicosociales de género, por tanto, es importante analizar los modelos sociales de género, los roles y actitudes subjetivas, y transformarlos. En esta línea se proponen modelos de intervención clínica y comunitaria, la investigación de los determinantes psicosociales, del contexto y la subjetividad

Para poder realizar una atención integral efectiva es necesario comprender y ver a la persona en su contexto completo, reconociendo que sus experiencias de salud, enfermedad y acceso al sistema sanitario están influenciadas por estos múltiples factores y condicionantes sociales que se imbrican (5). Dirigirse a la salud de las mujeres desde una perspectiva interseccional busca visibilizar todos los condicionantes que impactan en ella.

Es fundamental integrar este enfoque junto con la perspectiva de género para poder realizar intervenciones holísticas evitando reduccionismos y sesgos, entender que las mujeres son diversas, mejorar la equidad en el diseño, acceso y recursos de salud, y poder atender vulnerabilidades específicas que de otra forma se quedaría en los márgenes.

5: [*Imbricar RAE: tr. Disponer una serie de cosas iguales de manera que queden superpuestas parcialmente, como las escamas de los peces. U. t. c. prnl. U. t. en sent. fig.](#)

METODOLOGÍA



La metodología utilizada ha sido la investigación-acción participativa, siendo los y las profesionales de atención sanitaria, social y sociosanitaria informantes clave y protagonistas del proceso en todo momento.

Se estableció como criterio prioritario de elección que pertenecieran a diferentes áreas y campos para dar protagonismo a su visión de la atención integral y a su experiencia y su vivencia en el trabajo diario con mujeres, tratando además de recoger el trabajo con diferentes condicionantes sociales, como raza o etnicidad, discapacidad, lugar de residencia y acceso de recursos, edad, orientación sexual, etc.

En el trabajo de recogida de la primera edición de información se han entrevistado a 5 profesionales del territorio nacional, y se han realizado 3 grupos de discusión con un total de 35 profesionales participantes, todas/os ellas/os del ámbito sociosanitario.

En la actualización presente, se ha complementado con 3 entrevistas individuales y la participación de 18 profesionales en varios grupos de discusión.

En cuanto al contenido de las entrevistas individuales y los grupos de discusión, se abordaron 4 temáticas generales sobre la aplicación de la perspectiva de género en la atención dispensada a las mujeres que acuden a los diferentes servicios:

1. **Problemáticas, necesidades y demandas.**
2. **Barreras.**
3. **Facilitadores.**
4. **Buenas prácticas.**

Para la selección de profesionales se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Procedencia de los ámbitos sanitario, sociosanitario y social.
- Con sensibilización y formación en género e interculturalidad.
- Realización de atención directa con usuarias en su labor profesional.
- Representación del trabajo en atención integral a mujeres con diferentes condicionantes sociales.
- De diferentes lugares del territorio nacional.



ANÁLISIS DE RESULTADOS



Problemáticas, necesidades y demandas

En este primer apartado de análisis de las entrevistas y grupos de discusión, hemos distinguido tres elementos que vemos necesario clarificar. Se trata de las problemáticas, las necesidades y las demandas que se identifican en las consultas o servicios.

En este caso, entendemos como problemáticas aquellos síntomas, malestares, cuadros clínicos o enfermedades que son detectadas y recogidas por las y los profesionales. Es decir, sería todo aquello definido como síntoma y/o diagnóstico de salud.

Como necesidades, hemos designado aquellas circunstancias que el personal informante señala como origen, causa o factor de riesgo o intensificador de los malestares que pueden devenir (o no) en enfermedades.

Por último, nos referimos a demandas para designar aquellas peticiones expresas que realizan las mujeres en las consultas o servicios de atención a la salud.

Problemáticas

En cuanto a las problemáticas identificadas en muchas mujeres que acuden al sistema social, sanitario o sociosanitario, amén de la diversidad que pueden tener estas problemá-

ticas, las personas entrevistadas destacan aquellas problemáticas que están relacionadas con el estrés, la sobrecarga, el cansancio, el agotamiento, la alienación vital y la indefensión aprendida. Dichas problemáticas están estrechamente relacionadas con los atributos, roles y mandatos de género, en especial la obligación/mandato de cuidar y los propios de la maternidad. Por ejemplo, la sobrecarga que supone ser la cuidadora principal o exclusiva en la familia.

También destacan, vinculados al desarrollo de estas problemáticas, la presión, y a la vez el control, que ejercen sobre las mujeres los estereotipos sociales, la idealización, las expectativas y el juicio social en torno a la maternidad (abnegación, sacrificio, perfección, normalización del sufrimiento y el dolor).

“Hay una necesidad claramente de apoyo al cuidado, que descansa fundamentalmente en las mujeres y no debería ser así. Los cuidados deberían estar repartidos y no lo están.”

“(...) las mujeres se sienten culpables porque no saben si lo que están haciendo es correcto y “hay que ser buena madre”, porque ¿quién no es “buena madre”? Hay que ser “buena madre”. Es un mandato. Es un axioma. Si no sabes qué es lo que tienes que hacer...como que es obvio: te dan un niño y tienes que saber ponerle la teta, tienes que saber cambiar un pañal, tienes que saber hacer todo.”

Siguiendo el mandato del cuidado, con la consiguiente obligación de priorizar a los demás (o la prohibición implícita de priorizarse y disponer de tiempo y recursos para ellas), las mujeres acuden tarde, con cuadros médicos más avanzados o acentuados y con malestares o enfermedades instauradas.

En paralelo, las mujeres sufren la tensión y la intensificación de estas problemáticas por la doble o triple presencia en roles productivos y públicos. No olvidemos que las mujeres tie-

nen sus penalizaciones de género correspondientes por la participación en la vida pública, por ejemplo, en el mercado laboral: mayor precariedad, discriminación, desigualdad salarial, techo de cristal, etc.

Al mismo tiempo, la falta de corresponsabilidad en el desempeño del trabajo de cuidados, la falta de medidas de conciliación, la carga mental, la falta de apoyo social por el aislamiento que les produce la sobrecarga, además de la falta de espacios propios y de tiempo libre, se traduce en mayor dificultad para dedicarse a cuidar su salud.

“...Creo que detrás de la maternidad hay mucha idealización y mucho juzgar por parte de los profesionales o por parte de otras personas. Creo que deben sentirse más libres. Lo que expresan son miedos, necesidades. Necesitan apoyos.”

“Las mujeres creo que se exigen tanto, que no llegan. Claro que no llegan, es que es imposible, no me extraña que se enfermen, se enferman, se desquician y vamos, todo lo demás.”

“La soledad es algo muy característico y más cuando son zonas rurales donde nos encontramos actualmente, pues la cosa se empeora bastante, sobre todo porque la gente joven ha emigrado. Se ha ido a ciudades o están trabajando fuera de la zona, (...)la gente es una población muy envejecida, por lo tanto, los apoyos suelen ser muy escasos...”

Otro tipo de problemáticas se refiere a un conjunto de problemáticas socialmente generadas. Se trata de mujeres sanas con malestares (no con enfermedades), cuyos procesos y fenómenos vitales como la menopausia, la menstruación, el embarazo, el parto, la maternidad o la propia vejez, no se contemplan como procesos naturales, sino como problemas médicos

en sí mismos. Es decir, son medicalizados y definidos médicamente como patológicos (y, por tanto, socialmente). Esta definición, aparte de designar a la mayoría de las mujeres como “enfermas”, deviene en muchas ocasiones, en la aplicación de medicamentos o intervenciones médicas excesivas. Como consecuencia, esta identidad patologizada es asumida por las mujeres generando un patrón de infraestima de su persona y de su propia salud.

Otra forma de medicalizar la salud de las mujeres es la reducción de la multicausalidad de los síntomas que presentan. En muchas ocasiones éstos acaban tratándose de forma exclusiva con fármacos.

Las problemáticas clínicas señaladas fueron problemáticas físicas, emocionales y psicósomáticas (manifestaciones físicas de problemáticas emocionales):

- Dolor físico.
- Dolores crónicos.
- Alteraciones del sueño, de la conducta alimentaria.
- Estrés, cansancio, agotamiento, ansiedad, depresión.
- Dolencias psicósomáticas: dolores, dolores crónicos, problemas digestivos, cefaleas, migrañas, hipertensión, fibromialgia, etc.
- Síndrome nido vacío, vivencias traumáticas de la menopausia.
- Distimia: desde mujeres sanas infelices a mujeres con problemas afectivos, no de gran entidad, pero sí largos en el tiempo (sentimientos de desesperanza, hastío vital, impotencia e indefensión sobre lo que acontece en su vida).
- Malestares emocionales: sentimientos negativos como la frustración y la culpa por no poder o no querer cumplir las expectativas externas y/o internas relacionadas con la maternidad.
- Estrés postraumático por situaciones de violencia de género vividas.
- Gestos autolíticos, intentos de suicidio.

Necesidades

Una parte importante de las necesidades que presentan las mujeres, tienen que ver con los estereotipos, roles y mandatos de género, así como con la sobrecarga y las privaciones que producen los mismos en las mujeres:

- Necesidad de corresponsabilidad y medidas de conciliación para el trabajo del hogar, especialmente en los roles de cuidado, y la compatibilización con el trabajo productivo.
- Necesidad de tiempo y espacio propio para el descanso, el ocio, el autocuidado, y en definitiva, el uso libre del tiempo personal.
- Necesidad de creación y/o fortalecimiento de sus redes de apoyo social.

Según los y las profesionales entrevistados, las mujeres presentan también en consulta necesidades relacionadas con el control social que se ejerce sobre ellas para que cumplan con los roles de género. Este control se realiza en todos los ámbitos de vida de las mujeres (familia, trabajo, amistades, etc.), a través de mecanismos utilizados para producir la adhesión de las mujeres a los mandatos de género. Dichos mecanismos van desde la socialización de género y la interiorización del sexismo, hasta la propia violencia de género en todas sus formas, pasando generalmente por formas más o menos sutiles de crítica, juicio y sanción social, que encuentran cuando expresan su malestar. En este sentido, se reitera la necesidad de espacios “seguros” e interlocutores/as que escuchen estos malestares con tiempo, sin juicio, crítica, etiquetado o culpabilización. Este aspecto es crucial cuando se trata de mujeres víctimas de violencia de género.

“Cuando tenías tiempo para poder hablar un poco más, pues veías que las necesidades eran de ser escuchada, de que se entendiera su sufrimiento como reactivo a unas circunstancias vitales.”

“Tienen necesidad de espacios de apoyo colectivo entre mujeres, de espacios sin culpabilización, sin juicio, sin crítica y sin tensión para poder discutir y fortalecerse”

“Se dan una serie de circunstancias en las cuales, si no tienes discapacidad el hecho en sí no es maltrato, pero teniendo sí lo es. Un ejemplo, las mujeres con discapacidad visual, nos volvemos ordenadas porque teniendo en cuenta que, si tú pierdes algo haces un barrido con la vista y localizas, el objeto. ¿Cómo buscas algo si no ves? pues palpando, te puedes tirar el doble, más del doble... nos encontramos con mujeres que les cambian las cosas de sitio, o les mueven el mobiliario: si tú dejas una silla descolocada, luego te das. Una mujer nos decía que, en la cocina, dejaba el agresor los cuchillos boca arriba para que ella cogiera y se cortara. O las mujeres en silla de ruedas para que no puedan acceder a localizar productos que son esenciales o productos de higiene.”

Por otra parte, se identifican necesidades no abordadas en el sistema de salud que tienen que ver con la realidad actual (edad más avanzada de las pacientes, tratamiento biológico- pero no psicosocial-, de las problemáticas de fertilidad, etc.), ya sea por falta de planificación o de recursos. Por ejemplo, la necesidad de abordar con las mujeres aquellas problemáticas relacionadas con el acompañamiento en procesos potencialmente traumáticos En torno a la maternidad, o bien con el trabajo de prevención y promoción de la salud adaptados al mundo actual, es decir, con una mayoría de mujeres en edad no fértil, que necesitan abordar su salud desde los factores sociales que la afectan y no desde la medicalización:

“antes había muchos partos... pero es que ahora no, ahora vamos a trabajar muchos más años en los que la mujer no tiene fertilidad. “

“Grupos de mujeres..., que quieren trabajar esos malestares o que quieren trabajar para mejorar su autoestima, porque ahora tienen tiempo y ponen el centro en sí mismas. Mujeres que han sido cuidadoras y ahora se centran en sí. Podemos trabajar desde la promoción de las mujeres “que no tienen nada”, sanas. Son colectivos con los que deberíamos trabajar y no estamos llegando.”

“una persona que, por ejemplo, tiene un problema de fertilidad, no se les acoge, por ejemplo, desde el sistema sanitario público, no hay grupos de mujeres que están pasando por no quedarse embarazadas y que tienen una ansiedad y una angustia, que no se les trabaja.”

Demandas

Como Demandas, hemos recogido aquellas peticiones expresas que las mujeres realizan durante la atención. En las entrevistas y en los grupos de discusión se reiteran los siguientes aspectos:

- La demanda reiterada por parte de las mujeres del alivio del sufrimiento y de soluciones rápidas para poder seguir.
- La demanda de apoyo o recursos
- La distancia observada entre la demanda y las necesidades.

El alivio del sufrimiento

Se identifican consultas relacionadas con el dolor (físico o emocional), pidiendo “algo” para aliviar el sufrimiento y poder continuar con su rol. También relacionado con el modelo bio-médico, muchas veces se demanda un diagnóstico y un tratamiento farmacológico.

Otro aspecto relacionado es la demanda por parte de las mujeres, y a veces de su entorno, de soluciones rápidas de alivio del sufrimiento (físico o emocional), o de mecanismos explicativos simples (demanda de un diagnóstico y un tratamiento). En este sentido, se suman la demanda generalizada de un alivio para soportar y continuar llevando la carga de los roles y mandatos, con la demanda de una solución instantánea. El contexto es el de una sociedad medicalizada que demanda fármacos y tratamientos inmediatos que proporcionen soluciones rápidas, todo ello fruto de un modelo biomédico y de consumo.

“Entonces muchas veces hay una petición de soporte, dame algo para seguir aguantando. Entonces no sé si es eso lo que tenemos que dar o...”

“Generalmente lo que suelen pedir es algo para aliviar pronto esa dolencia y poder seguir cuidando de lo que todos te tienen que cuidar.”

“Los van dejando porque justo no puede faltar este tipo de trabajos por la precariedad económica que representan y también porque a veces los propios gente o las personas que los contratan no les dan esas facilidades para que ellas atiendan estos malestares. Entonces se van volviendo más intensos y crónicos. “

La demanda de recursos y apoyo específico: económicos, laborales, vivienda, red de apoyo, etc.

“hablando de pensiones o a nivel de dependencia, más mujeres de la zona rural, no todas. Pero hay una gran mayoría que no han trabajado y se han dedicado a ser amas de casa, por lo tanto, no existe pensión sino una pensión de viudedad pequeña que no paga una plaza en una residencia”

“La soledad es algo muy característico y más cuando son zonas rurales donde nos encontramos actualmente, pues la cosa se empeora bastante, sobre todo porque la gente joven ha emigrado. Se ha ido a ciudades o están trabajando fuera de la zona, aunque también es cierto que hay gente por la zona, pero principalmente se ha ido entonces claro, la gente mayor es una población muy envejecida (...)por lo tanto, los apoyos suelen ser muy escasos.”

La distancia entre la demanda y las necesidades

Cabe destacar la distancia observada entre las necesidades detectadas y las demandas que las mujeres expresan. El total de profesionales, en un momento u otro abordaban este tema. Hacen referencia a la diferencia que hay entre la problemática final identificada (una vez que se profundiza en ella si hay ocasión), y lo que demandan inicialmente muchas mujeres. Esto quiere decir que las mujeres no sólo pueden expresar tarde sus dolencias, sino que, además, detrás de lo que demandan, en muchas ocasiones puede existir una necesidad diferente. No se trata de que de forma generalizada las mujeres no sepan lo que les pasa o de que sean incapaces de relacionar lo que sienten con su vida cotidiana, sino del apremio, subrayan,

por conseguir soluciones rápidas o de la habituación a una cotidianeidad con exigencias insalubres, que las mujeres obvian, o bien de distintas situaciones de violencia de género cuya detección depende entre otros factores, de un sondeo y un abordaje adecuados en las consultas y servicios sociosanitarios.

“Son mujeres en situaciones de dificultad que lo que demandan expresamente muchas veces es una urgencia económica, una urgencia de que quiero trabajar. Pero cuando tú das un espacio creas un espacio seguro de confianza, de escucha. Detrás de eso hay muchas cosas sí realmente hay una urgencia económica. Pero el tema del mercado laboral no es una prioridad porque hay muchas cosas en medio(...) otras crisis personales que no les permiten acceder al mercado laboral”

“Sí que me llama la atención que muchas veces se repiten consultas por dolencias físicas y al final termina saliendo otra cosa, pero bastante más lejos, no se expresa el motivo de consulta que te trae inicialmente de una manera fácil.”

“Si, bueno, una cosa es lo que demandan y otra cosa es lo que no demandan... Y en eso todos tenemos un papel clave.”

“Creo que en la mayoría de los casos se pone el énfasis en el tratamiento, en intentar solucionar el síntoma o el malestar concreto, sin ahondar en la problemática que existe detrás de la mayoría de las demandas o problemas que refieren las mujeres, teniendo poco en cuenta los demás aspectos y determinantes sociales que los acompañan.”

A menudo las mujeres acuden en un momento crítico dentro de su proceso personal.

Esto hace especialmente importante que se pueda identificar este momento sensible para entablar la relación y el vínculo terapéuticos y proceder posteriormente a un abordaje de la problemática de forma eficaz. Será especialmente importante para ello disponer de espacios percibidos como seguros por las mujeres, así como que sientan una aceptación incondicional y una disposición para la escucha, todos ellos, aspectos que facilitan el establecimiento de la relación de ayuda.

Barreras

En este apartado se preguntó por las barreras observadas para la implementación de la perspectiva de género en la atención a las mujeres en salud, así como por los obstáculos y dificultades que percibían para la atención adecuada y para la mejora de la misma desde una perspectiva interseccional.

En respuesta a la pregunta sobre el acceso al sistema de atención, se reconocieron diferentes barreras descritas como la situación administrativa, discapacidad, habilidades tecnológicas, la procedencia cultural, el idioma, las diferencias entre los ámbitos rural y urbano, los recursos disponibles en la zona, la edad, etc., también en las fases de diagnóstico y tratamiento.

Es destacable la cuantía de barreras enumeradas, no solo cuando se abordó esta temática en entrevistas y grupos de discusión, sino durante toda la recogida de información, volviendo de forma recurrente a la descripción de nuevos impedimentos, obstáculos y aspectos dificultadores del trabajo cotidiano con mujeres y en el trabajo sociosanitario en general. A continuación, exponemos una síntesis de barreras por categorías de las barreras descritas.

Barreras procedentes de la estructura, organización y planificación sanitarias:

En cuanto a las condiciones de trabajo del personal sociosanitario, habría que destacar la precarización, la falta de tiempo y la falta de recursos (principalmente humanos), así como la desproporcionada proporción de atención y sobrecarga. Ante este panorama, las y los profesionales intentan resolver de forma individual y también desde sus equipos de trabajo una problemática estructural. Los aspectos que se identifican son:

- La sobrecarga de los/las profesionales de la salud por la falta de recursos (humanos, logísticos y operativos), la falta generalizada de personal, las grandes listas de espera y el escaso tiempo de atención por paciente o usuario/a. Esta sería la barrera más nombrada tanto para una atención adecuada, como para la mejora de esta en todas las fases de la atención/intervención, así como la más señalada para la implementación de la perspectiva de género en la atención sociosanitaria y la atención integral en general.
- El tiempo de atención por paciente o usuario/a, se menciona en todas las entrevistas y grupos como primera barrera que se encuentra para dar una atención adecuada. Algunas veces, la falta de tiempo se combina negativamente con el “momento crítico” en el proceso de la mujer que acude.

“(...) y luego creo que hay otra cosa que nos dificulta enormemente nuestro trabajo, y es que aun teniendo disposición de poder escuchar cosas más allá de las quejas físicas o tal, cuándo tienes 50 pacientes en la sala de espera y te están llamando 7 veces por la puerta, por el teléfono, por un domicilio, y tienes una carga asistencial muy difícil de precisar, no puedes hacer muy bien tu trabajo.”

“El tiempo es esencial. El tiempo que les puedes dedicar. Si tú tienes 60 pacientes a lo largo del día y puedes dedicar 4 ó 5 minutos a cada paciente pues cuéntame cómo abor das estos temas... “

“Es lo que pasa también, que eso es un problema en el sentido de que hay veces que como no cojas las cosas en ese momento, a lo mejor das otra cita para que venga con más tiempo y te lo cuente y ya nunca vuelve.”

- No disposición de tiempo para la formación de los y las profesionales, formándose fuera de horario laboral, dificultando así su propia conciliación.

“(...) necesitamos mucha formación. Yo me formo fuera de mi trabajo. Es la primera vez este año que me dan días, el resto yo me he formado fuera de mi trabajo ocupando mi vida personal (...)”

- El estrés y Burnout en muchos/as profesionales por las condiciones en las que realizan su trabajo.
- La omisión sistemática de indicaciones, de concesión de tiempo y de recursos para la organización, planificación y realización de algunas competencias. Entre estas competencias, se mencionan: el trabajo de prevención, comunitario, pedagógico y de la formación continua, que se llevan a cabo escasamente aun estando explicitadas en los perfiles profesionales. Hay que destacar que este trabajo se realiza muchas veces a cuenta del tiempo personal, sobrecarga y voluntariedad del personal sociosanitario, sumando peso a la sobrecarga que ya sostienen.
- Estas barreras, a su vez, dificultan un abordaje, planificación y tratamiento adecuado de los malestares y enfermedades, en especial aquellos que se refieren a la intervención integral en salud mental e intervención social.

“Tenemos un problema con la estructura, que a veces violenta todo, ¿no? Es violenta en cuanto al acceso, es violenta en cuanto a la generación de espacios, poderte coordinar con otras compañeras (...), y poder hacer coordinación de caso, por ejemplo. Y eso no lo facilita nada la estructura en la que estamos trabajando.”

“Hay que hacer grupos de apoyo entre iguales (...), algo del sistema de salud, algo más reglado y no basado en la voluntad del profesional que lo hace (...)y luego creo que eso debería ser algo reglado porque si no está reglado muchas veces no se hace, a veces por falta de tiempo...”

“Pero ese proceso de terapia basada en la introspección en distintas líneas, eso requiere un tiempo y unos recursos que no tenemos, que no tenemos porque no se ha decidido invertir en eso, porque las pastillas también cuestan una pasta, pero bueno, así está montado el sistema. Eso desde lo sanitario. Y si vamos a lo social más todavía porque a veces no son ni siquiera intervenciones psicológicas, sino intervenciones sociales. Las que cambiarían los determinantes que generan un sufrimiento psicológico, que no tiene porqué ser una enfermedad a sufrir.”

- La atención sociosanitaria se realiza en horarios, y a veces espacios, que no facilitan la conciliación, el trabajo de fomento de la corresponsabilidad, la accesibilidad y la adaptación de consultas.

“Otra de las cosas que sucede es que no integramos muchas veces al hombre porque las consultas son de mañana. Pues que haya consultas de tarde para que esos padres puedan asistir a clases de preparación.”

“y si las instalaciones son pequeñas habría que tener presente que esa persona tiene que pasar.”

“...Accesibilidad cuando vas al ginecólogo de las mujeres en silla de ruedas, es tremendo el hacer el traspaso al no estar adaptado.”

- Discontinuidad de los referentes durante la intervención: cambio de profesionales y con ello, muchas veces, cambio de discursos.

“...estamos hablando de muchos profesionales con una dificultad importante que es la movilidad que hoy estás aquí dentro de un mes te va a haber otra persona, o sea, no hay una continuidad tampoco a nivel de profesionales y eso también es un Hándicap...”

- En contraste se da una dificultad para cambiar de profesionales cuando así lo prefieren las pacientes, por ejemplo, caso de preferir a una mujer cuando acuden a los servicios de salud por violencia de género y/o violencia sexual.

“Yo, mi caso, que soy hombre, pues sí que veo que, bueno, pues que eso determina un poco la relación con la mujer que tengo delante. Por mucho que tenga la consulta forrada de carteles de gafas moradas y todo lo que quieras, pues esa dificultad está ahí. Entonces yo entiendo que hay cosas que no se sienten cómodas contándome, por lo menos inicialmente.”

Barreras de acceso e información sobre el funcionamiento del sistema

La dificultades administrativas para acceder al sistema de atención sanitaria y el desconocimiento del funcionamiento del mismo son unas de las barreras principales señaladas:

“Aunque en el 2018 se hizo un intento de restablecer, todavía hay población que no tiene acceso y tenemos que tirar de ONG, cualquier persona, cualquier persona que no lleve tres meses aquí, desgraciadamente hay que buscar las vueltas para poderla atender.”

“hemos logrado entrevistar mujeres que atraviesan distintos niveles educativos y distintos niveles socioeconómicos y distintas razones para migrar. Y hemos visto esta coincidencia de la información que recibe, tanto con una mujer que es cuidadora o empleada de hogar y con alguien que es profesor en la Universidad. Entonces es el sistema el que no te está brindando la información”

“Les dan una hoja y si la entienden bien y si no, o les dicen no, no, no cumples y ya está sin más explicación, o les dicen que tienen que ir a otro sitio que ahí no les corresponde, que vayan allá. Ellas no saben por qué no pudieron obtener la tarjeta, no se les explica. Muchas de ellas desisten en el camino y hasta después que hay algún otro momento que lo requieren de manera más inmediata, lo vuelven a intentar”

“cuando se utilizan ciertos términos, se da por hecho que se entiende ¿no? El tema empadronarte o no etc. A veces toca ir un paso más atrás, es decir, explicar cómo funciona el sistema, que es un padrón, que es un Ayuntamiento, cómo está dividido, cómo funciona la justicia. Al venir de ese componente cultural tan, tan distinto. Haber crecido en otro entorno quizá no se entienden conceptos tan básicos como médico de cabecera”

Con la digitalización del sistema sociosanitario, emergen barreras procedentes tanto del acceso y competencias digitales, conocimientos del funcionamiento y organización del sistema.

“Empiezan a hacerse las brechas, desde las más obvias, pero también las más sutiles. Tienen que ver con la información que reciben las personas, cómo los sitios webs no son accesibles, para que entiendan cómo funciona el propio sistema de salud y a qué tienen derecho entonces. Además, es súper heterogéneo por Comunidad Autó-

noma. (...) Si tú quieres entenderlo tienes que dedicarle tiempo. Tiempo que a veces estas mujeres no tienen para dedicarlas a hacer gestiones, ir a sacar un documento que a veces ellas no entienden. ¿Por qué tienen que sacar esos documentos?”

El sistema requiere tecnología y capacidades de lecto escritura para entender pautas, informes y completar formularios, generando una brecha para las mujeres que no saben leer ni escribir, o mujeres que no cuentan con medio ni competencias digitales.

“...De las mujeres con las que trabajo con las que acompaño que ellas, analfabeta, entonces. Ahí se suma otro tema como que creo que a veces se da por hecho en los centros de salud o en los hospitales, que todas sabemos leer y escribir, y en verdad no, y esa situación también es, es tremenda, porque quizá desde el mostrador hasta luego el médico, la enfermera, quien sea, nadie se cuestiona si esta persona sabe leer o no...”

“sobre todo cuando llegan y también por el perfil que tiene, que tiene muchas sobre todas las mujeres que hay un nivel de un 70% de mujeres que nunca ha ido a la escuela entonces no saben ni leer ni escribir, no conocen ni saben escribir su propio idioma. Una parte del trabajo es facilitar la comunicación, facilitarles el funcionamiento del sistema sanitario.”

Residir en ámbito rural o urbano también puede resultar determinante:

“... muchos pueblos en los que la verdad es que lo que hay básicamente son mujeres, mujeres muy mayores que tenían malestares inespecíficos...cada vez, como hay menos población, en los pueblos están quitando asistencia sanitaria porque muchos profesionales no quieren ir a los pueblos a vivir, entonces van a tener más dificultades de acceso.”

“...en un ambiente rural en un pueblo pequeño, hay un problema muy grande que es la confidencialidad. La sensación de que, si ellas vienen y cuentan algo, ese algo al final se va a saber por todo el pueblo.”

Barreras procedentes de la comunicación

Ausencia de elementos de comunicación básica por diferentes razones (falta de tiempo, falta de formación en atención integral, modelo de intervención, etc.). En este apartado los profesionales hablan tanto de habilidades y fórmulas de comunicación (saludo, presentación, escucha, empatía, petición de consentimiento), como de actitudes (cercanía, calidez, acogida).

“...no dejamos tiempos de escucha, somos muy sanitarias en el “venga, tú me dices me pasa esto, yo te doy la solución, y te vas”. Es que muchas veces este modelo no funciona tiene que ser un modelo de escucha activa, un modelo en el que dejamos hablar.”

“ Son prácticas muy sencillas que no hacemos: presentarnos, decir lo que vamos a hacer, sobre todo en los hospitales donde se va tan corriendo que es un sistema de urgencias y no pedimos realmente permiso.”

A veces actúa como barrera la falta de adecuación del lenguaje utilizado a las necesidades de las personas atendidas.

“Hemos podido investigar respecto al idioma, mujeres que, aunque hablaban español no había una comunicación efectiva. Y entonces nos replanteamos si en teoría

compartimos la misma lengua, no hay una comunicación efectiva sobre la intervención.”

“Las personas también tienen el derecho de actuar sobre su propia salud y de estar informados/as, no, entonces muchas veces tú vas al médico y te dan, te recetan algo y no sabes ni por qué o para qué.”

Falta de recursos respecto a traducción e interpretación, que implica una barrera determinante para el acceso de mujeres con diversos tipos de discapacidad y/o mujeres que no hablan castellano

“Normalmente trabajan solas en hogares. Entonces tampoco se relacionan con las demás personas. Los hijos están escolarizados y acaban hablando super bien, valenciano, castellano y hacen de traductores. Pero la madre, como no, no habla bien, pues cuando acude, porque no duerme, noches y noches y noches por el estrés post-traumático Le dan pastillas para dormir y de ahí no pasa. A la atención psicológica no llegan”

Otro grupo de barreras identificadas proceden de la pervivencia de los estereotipos, modelos, roles y mandatos de género en las mujeres, su entorno próximo y los y las profesionales sociosanitarios/as:

Falta de tiempo para el cuidado de su salud. Como parte del mandato del cuidado, y según se ha señalado con anterioridad, muchas mujeres priorizan las necesidades y la salud de otras personas, postergando la propia salud sin reservar tiempo ni recursos para su atención. En la misma dirección actuaría la sobrecarga de tareas y la doble-triple jornada.

“Llama mucho la atención que muchas veces las mujeres van al final de la lista, vienen a consulta para cuestiones que no son asuntos suyos sino del resto de las personas de la familia: hijos ascendientes descendientes pareja, cuando vienen...”

“... y sobre todo las mujeres mayores a veces te llegaban acompañando a un familiar y decías: ¡pero si esta mujer es la que tiene un cuadro depresivo de caballo!, y ni se lo permitían ni nada.”

“Al final no hay una conciliación laboral real. La mujer se lleva mucho más peso y la empresa no te premia para nada, lo contrario.

Te suele poner bastantes trabas cuando por distintas circunstancias tu hijo pues tiene que ir al médico y se hace ya en días demasiado consecutivos para ellos, no con lo cual acaba renunciando como mujer en muchas ocasiones a ponerte enferma tú, porque si ya estás faltando para ir al médico con tus hijos, ¿Cómo vas a faltar el día que tú te encuentras mal? La culpabilidad no nos deja y eso es una auto barrera que nos ponemos nosotras porque acabamos cediendo nuestra salud por el bienestar de los demás y eso sigue estando”

La falta de intimidad y el acudir con acompañantes a la consulta se convierte en inhibidor de la expresión de malestares y situaciones de violencia de género.

“... una barrera que es muchas veces la propia familia... Generalmente en mujeres que vienen acompañadas de sus parejas (...) Entonces es muy complicado a veces encontrar un espacio de soledad con la mujer. Ellas mismas incluso no se atreven a decirles “no entres” o “Me siento más cómoda si esperas fuera” ..., porque luego eso genera más violencia a veces ¿no?”

“Es necesario que sean las protagonistas del proceso. Nos pasa muchas veces que vienen con sus parejas o con un hombre. Que quiere llevar la conversación y le pedimos que no entre en despacho, a no ser que la mujer nos pida que entre (..)le pedimos siempre que sea la mujer la que hable, o sea, darle la voz a la mujer”

“...Cuando la interseccionalidad discapacidad ocurre en el caso de las mujeres víctimas de violencia de género, hay muchas veces que el propio agresor es la persona que está con la mujer y que desgraciadamente a veces tiene por cuidador o acompañante.

O sea, por problemas de autonomía o de la propia discapacidad, entonces el acceder a recursos sanitarios, jurídicos, etcétera es mucho más complicado...”

Por un patrón de afrontamiento adquirido a través de una socialización diferencial de género, muchas mujeres expresan sus malestares de forma que generan menor alarma social, por lo que son infra atendidas. Un ejemplo clásico se da en las mujeres sin hogar y/o con problemáticas de consumo de sustancias.

“En la calle, las mujeres por la manera general de expresar el malestar de una manera en la que genera menos problemática social están siendo infra atendidas.”

“...no es verdad que no haya chicas que estén consumiendo los. ¿Las cifras dicen otras cosas, ¿no? Cumplen con todo el mandato de género (...) las personas que trabajan con chicas tienen que ser sensibles porque hay cosas que están ocurriendo que no estamos viendo porque no son disruptivas, por ejemplo, en su comportamiento en las aulas”

Algunas barreras procedentes de su entorno próximo son la incompreensión y la estigmatización ante la propia expresión de malestares por parte de las mujeres.

“...si tenía una pierna rota, pues tenía una pierna rota, pero si tiene depresión, “eso es cuento”. Entonces, la infravaloración de las limitaciones que generan los problemas de salud mental era un hándicap con el que contaban, por su sufrimiento de la enfermedad y la incompreensión del entorno, ¿no?”

Excesiva psicologización de las dolencias de las mujeres a nivel diagnóstico. Se atribuyen explicaciones y diagnósticos psicológicos de forma excesiva ante una gran variedad de sintomatología.

“Y luego hay una tendencia que yo creo que eso también, cuando escuchas a las mujeres ellas mismas te lo cuentan: hay una tendencia exagerada, y que de alguna manera es una barrera, a atribuir a factores psicológicos a mucho, casi todo.”

“Mucha gente nos vuelve a lo mejor de urgencias, porque le han mandado porque no sospechan angina o por, con juicio clínico “cuadro de ansiedad” y benzodiacepinas o tal, y no hay estudio posterior de otra cosa, y sin embargo eso no es tan frecuente cuando mandas a un hombre con dolor torácico.”

La distancia entre las realidades sociales de una parte del personal sociosanitario y las realidades de las pacientes o usuarias en situación de vulnerabilidad social (mujeres, personas migrantes, personas sin hogar, etc.), es planteada como dificultador, ya que actúa como obstáculo a la hora de detectar los determinantes sociales en salud o posibles apoyos.

“Los médicos (...)estamos en una situación de “ultra privilegio” (...), todos los colecti-

vos que no están en esa situación de privilegio, que tienen más problemas de salud, a veces, no por no ser empático, sino por partir de una posición muy distinta, tenemos que desarrollarnos en ponernos en la postura de ese otro, ¿no?”

“Que no tienen la libertad o no tienen el poder de cambiar su propia situación de vulnerabilidad, y eso me refiero en ámbito sanitario, en un ámbito social, educativo, una mujer que no sabe leer y escribir no quiere decir que toda la vida no va a saber leer o escribir. A lo mejor le costará aprender, pero aprenderá a desenvolverse en esta situación. “

Persiste el modelo biomédico en la formación. Este modelo pone énfasis y acento en los factores biológicos de la persona y resta importancia u omite las otras dos dimensiones, a saber, la psicológica y la social. Los factores sociales (edad, género, clase, procedencia cultural, etc.), continúan siendo escasamente abordados.

“En la mayoría de los casos, no se reconocen estas necesidades, y se trata el síntoma, en muchos casos con fármacos. Otras veces, la falta de tiempo en la escucha o la falta de empatía dificulta el abordaje de estas necesidades.”

“Creo que eso es una dificultad hay que abordar muchísimo más: la esfera psicológica no nos ha educado, no nos han formado y creo que es una dificultad no saber acompañar.”

Medicalización social generalizada, en particular de las mujeres.

“También habrá médicos que en esa frustración de los 5 minutos pues se excedan en la prescripción. Pero generalmente yo creo que es lo contrario, que es la sociedad y

las mujeres las que nos piden química para aliviar un sufrimiento...”

“...y muchísima mujer muy joven con tratamiento de ansiolíticos, cada vez más y yo no sé si es el mundo que nos rodea que nos lleva a una psicosis o yo creo que es este sesgo.”

En numerosas ocasiones se señala una falta de formación psicosocial, por ejemplo, en duelo, cuidado, duelo migratorio o crisis vitales. Así como una falta de formación en atención integral, que incluya conocimientos, procedimientos, habilidades y actitudes, por ejemplo, con respecto a la relación de ayuda y la comunicación interpersonal.

“se hacen un montón de cursos formativos, se hacen 1000 protocolos, pero realmente, cuando tú estás delante de una persona adicta, extranjera o una persona adicta extranjera y porque está prostituida? ¿Cómo se actúan de esa persona?”

Otro aspecto mencionado es la falta formación en perspectiva de género: no existe formación obligatoria en los planes de estudio, a la vez que hay escasez en la formación continua, en atención integral con perspectiva de género.

“(…), y hablando con mis compañeros en una sesión clínica sobre perspectiva de género, todo el mundo identificó que tenía necesidades formativas.”

“Pero cualquier tipo de formación que sea de otro sentido, aludiendo a lo que preguntas de los estudiantes de Medicina o de los residentes de Medicina, ese otro tipo de formación de trato de sensibilización y de necesidades no existen en el programa docente. Y yo creo que habría que empezar por ahí.”

“...Existe una falta de formación en perspectiva de género, porque cuando una persona está consumiendo lo que te debes plantear es para qué está consumiendo, no para que ese consumo los consumos son funcionales ¿Entonces, para qué está consumiendo? Obviamente, si me están prostituyendo durante X tiempo una de las maneras de manejar todo ese malestar que me produce va a ser el consumo porque es una de las pocas maneras de sobrevivir. Física y a veces y emocionalmente.”

Persisten sesgos de género en los diagnósticos, por ausencia de perspectiva de género en las diferentes materias y por la obsolescencia y el desconocimiento sobre cómo cursan algunas enfermedades y síntomas en mujeres y hombres.

“Hay claramente un sesgo de género en la atención (...) Y muchas enfermedades están descritas tal y como las experimenta un hombre. El ejemplo clásico es la cardiopatía isquémica, ¿no? Ya casi todo el mundo sabe ¿no?, o deberíamos saber, que tiene una expresión distinta ¿no?”

Facilitadores

En este apartado se preguntó por los facilitadores, los apoyos y las oportunidades, tanto externas como internas, que encontraban para trabajar con las mujeres. A continuación, exponemos principales los facilitadores agrupados en categorías y brevemente enumerados.

Hay que destacar la dificultad que encontramos en el sondeo y recogida por la escasez de facilitadores generados. En el relato de nuestras/os informantes se reflejaba frecuentemente un desencuentro muy notorio entre lo que facilita la atención y la precaria realidad del sistema sociosanitario percibida por ellos y ellas. Consideramos de especial importancia este punto, puesto que nos ofrece una mirada sobre el contexto en el cual se desarrollan las buenas prácticas.

Facilitadores provenientes de las mujeres.

Las mujeres como buenas receptoras de la ayuda que se les ofrece, con mayor participación en las actividades.

“Una vez que creas vínculos con las mujeres el trabajo con ellas es muy gratificante. Reciben muy bien el trabajo tanto a nivel individual como grupal.”

“Sí que en líneas generales son más accesibles, más actividades preventivas, participan más si hacemos algún grupo. Yo, por ejemplo, que llevo grupos de tabaco, pues en los grupos de tabaco siempre hay una inmensa mayoría de mujeres y 2 o

3 hombres (...) El problema es que eso que luego para para cumplir ciertos hábitos saludables de esas cosas, lo tienen muy fastidiado, no hay tiempo, ¿cómo voy a salir a caminar si tengo que hacer la comida para mañana? Llego tarde de trabajar, tengo que hacer la comida para mañana, cuidar de mis hijos. Bañarles...”

“...Ellas son muy fuertes. (...) una necesidad que tienen ellas, es reforzar mucho la autoestima, vienen muy machacadas por diferentes historias. ¿Creo que al mismo tiempo son mujeres muy fuertes por todo lo que han pasado, vale y que no se rinden”

Facilitadores en la comunicación: la explicación a las mujeres sobre sus malestares.

Dar explicaciones basadas en la despatologización y en la des estigmatización, que faciliten la comprensión de los malestares en función de los determinantes estructurales que están afectando a su salud y a su vida.

“...Que no nos sintamos los protagonistas que van a solucionar el problema de la mujer, porque están en otros sitios las soluciones. Eso en acceso y diagnóstico, que muchas veces es no diagnosticar. La intervención de no tratamiento. (...) No diagnosticar es un acto terapéutico. A veces. Des estigmatizar también es una intervención.”

Facilitadores provenientes del personal y equipos sanitarios, servicios sociales y otros agentes de salud comunitarios.

La propia profesión sociosanitaria por su carácter imprescindible a lo largo del ciclo vital,

por su accesibilidad a las mujeres y por el tipo de relación que se establece -confianza, intimidad, ayuda-, y la firme vocación del personal.

El creciente aumento del número de profesionales con formación y sensibilización en atención con perspectiva de género e interseccional.

El trabajo de coordinación entre las/los profesionales de los centros de salud, servicios sociales y otros agentes de salud comunitarios.

El trabajo en salud integral, comunitario e interdisciplinar, que se realiza desde algunos centros.

“...Tenemos una profesión privilegiada (...). Estamos al lado de la mujer en todas las etapas de la vida, puedes ayudar a todas las mujeres en todas las esferas.”

“...También hay que destacar que cada vez hay más profesionales sensibilizados con la problemática de los malestares que se relacionan con el género y que lo tienen en cuenta a la hora de su trabajo. ”

“Existen determinados centros sociosanitarios en los que trabajamos desde el empoderamiento comunitario, lo que nos permite abordar estos malestares de una forma integral y en los que disponemos de profesionales tanto de la salud como de lo social.”

“Todavía no todas las Comunidades Autónomas cuentan con equipo de trabajo social en los centros de Salud, y en las que sí su figura sigue siendo bastante desconocida.”

Facilitadores provenientes de Salud Pública.

Se dan algunas colaboraciones puntuales con Salud Pública a petición y a demanda de los centros.

La existencia en los centros de salud de la figura referente en violencia de género.

Acciones formativas en perspectiva de género y en violencia de género desde la Administración.

Determinados procedimientos y programas dirigidos específicamente a mujeres y realizados a través de grupos de apoyo psicosocial. Por ejemplo, Grupos Socioeducativos en Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (GRUSE) para mujeres.

“...El trabajo desde Salud Pública, que si bien es cierto que somos los que somos, al final, entonces Salud Pública probablemente está igual que los centros de salud asistenciales, poco dotada de personal y muy saturada, pero sí que es cierto que si muestras interés desde el propio centro pues sí que están abiertos a colaborar contigo en lo que tú propongas.”

“...Pues en determinados momentos del año puedes solicitar ayuda a Salud Pública en tema de cartelería, en tema de campaña el 8 de marzo, el 25 de noviembre, etcétera, etcétera..., para hacer participación comunitaria o alguna actividad en concreto sensibilizadora. Y ahí sí te brindan apoyo.”

“...La propia Administración es cierto que dentro de la propia oferta formativa, incluye bastantes cursos de violencia de género y no solo de violencia de género sino

también de perspectiva de género. ¿Qué pasa? Que llama mucho la atención que normalmente se cubren poco.”

“...En Atención Primaria hay un servicio de tele traducción en todos los Centros de salud desde el año 20. Es una alternativa a que tenga que venir una mujer por ella acompañada por un vecino o con su hijo, creando un espacio individualizado. Eso es una buena práctica. (...)a la hora también de poder desvelar y de salir cosas fuera un poco del silencio o de las cosas que estaban como más ocultas, no, y que la mujer pueda expresarse”

Facilitadores provenientes de agentes sociales y sanitarios, y otros agentes de salud externos al sistema sanitario

Existen iniciativas, proyectos, acciones y actividades de formación, sensibilización y atención en materia de género e interseccionalidad, procedentes de agentes de salud externos al Sistema de Salud.

“..Sí que os puedo decir que desde mi entidad se ha contactado con centros de salud para poder dar charlas de sensibilización porque al final, es verdad que es algo que en el tema de la trata y la prostitución. No existe mucha formación ni mucho conocimiento, entonces, al final es verdad que bueno, pues eso intentamos acercarnos de esa manera.”

La difusión a través de las redes sociales de campañas e información sobre recursos (formaciones, materiales, grupos de trabajo, entidades especializadas, etc.), con perspectiva de género, que permite sensibilizar tanto a profesionales, como a la sociedad en general, y que pone a disposición recursos y redes de ayuda.

La posibilidad de trabajar en redes profesionales comunitarias para optimizar la atención a las mujeres. En este punto hay que matizar que por motivos de carga de trabajo y agenda, reflejan, esta posibilidad suele verse muy limitada.

“...La sensibilización que se hace desde otros sitios, por ejemplo, vosotros, te ayuda a plantearte cosas que a lo mejor antes no habías pensado. Y eso antes no existía. Y a lo mejor cada vez hay más cursos en este sentido, más compañeros sensibilizados con esto...”

“...Y luego la forma de difundir el mensaje también creo que es una facilidad. El poder contar con las redes, difundir las cosas, creo que ayuda bastante. Sobre todo, también para concienciar a quién está sufriendo, pues cualquier tipo de dolencia, que los demás estamos aquí para ayudar...”

“...El trabajo luego con otras entidades que trabajan en la comunidad y que deberían estar presentes en nuestra realidad también. Los espacios de igualdad, por ejemplo, asociaciones como la vuestra...”

“...Creo que también es un apoyo todas las campañas de diagnóstico precoz, de detección de cáncer de mama, de patologías... Las campañas de diagnóstico precoz están incluidas en las carteras de servicios.”

BUENAS PRÁCTICAS



- 1 Proporciona un espacio seguro y acogedor para la comunicación, con un clima de aceptación, cercanía y respeto. Libre de juicio, crítica o reproche, en el que las mujeres puedan expresar sus malestares con libertad.
- 2 Atiende a la expresión de los malestares de las mujeres. Escucha, observa y muestra tu disponibilidad para ayudar. Muchas mujeres, por nuestra socialización no expresamos los malestares o enfermedades igual que los hombres. La culpa, la sanción social o la autocensura, son algunos mecanismos que mantienen el silencio, la invisibilización y la normalización de éstos.
- 3 Considera y revisa los estereotipos interiorizados. Hacen que se tienda a infravalorar y normalizar las demandas de las mujeres, su sufrimiento y su dolor. Esto puede producir un sesgo en la atención, en la derivación a especialistas, en diagnósticos y tratamientos, causando discriminación y minimizando los síntomas y el sufrimiento de las mujeres.

4 Explica los diagnósticos, tratamientos, procedimientos o itinerarios de forma clara y adaptada a sus necesidades. Cuando vayas a realizar prácticas que implican manipular el cuerpo de tus pacientes, informa y pide consentimiento. Fomenta una participación de las mujeres en su propio proceso de salud y en las decisiones sobre su cuerpo. Así favorecerás su empoderamiento. Solicita mediación intercultural e información en diferentes idiomas.

5 Cuídate. Ten en cuenta que los determinantes de género también afectan a profesionales de la salud, que compatibilizan dobles y triples jornadas y pueden desarrollar roles como cuidadoras, madres, etc. Guarda tiempo para ti, busca espacios personales y mantén tus grupos de apoyo.

6 Potencia la intervención a través de grupos de apoyo entre mujeres. Los grupos de apoyo de mujeres cumplen muchas funciones que mitigan, amortiguan y previenen el impacto de los determinantes de género en la salud, proporcionándoles tiempos y espacios propios para el autocuidado, el desarrollo de la autoestima y el empoderamiento.

7 Despatologiza. Ten en cuenta la situación social de las personas que acuden a tu servicio y atiende a su visión sobre lo que les ocurre. Muchas veces trabajamos con mujeres sanas con malestares de género y /o debido a sus condicionantes sociales, no con mujeres enfermas. Ten en cuenta que los procesos vitales de la mujer no son enfermedades.

8 Facilita que las mujeres puedan ser atendidas por profesionales de su sexo, si así lo demandan, especialmente en los casos de violencia de género y abusos o agresiones sexuales.

9 Solicita formación en atención integral con perspectiva de género, interseccionalidad y buenos tratos. Permite visibilizar y atender las múltiples formas de violencia o discriminación. Comparte y visibiliza su efectividad.

10 Fomenta el trabajo multidisciplinar y /o en equipo. Conocer las funciones de cada profesional de tus recursos y favorecer la participación y colaboración en el trabajo en red es clave para la atención integral. Hazte con información de los recursos de tu zona, en tu entorno existen entidades, espacios y asociaciones que pueden favorecer el bienestar de las mujeres. Conócelas y trabaja con ellas.



1 Proporciona un espacio seguro y acogedor para la comunicación, con un clima de aceptación, cercanía y respeto. Libre de juicio, crítica o reproche, en el que las mujeres puedan expresar sus malestares con libertad.

Una de las claves que nos han transmitido frecuentemente los y las profesionales, es la de favorecer un contexto seguro para las mujeres a las que atienden, es decir, un contexto que garantice la privacidad y facilite un ambiente cercano, respetuoso, amable y cálido. Algunas prácticas compartidas fueron:

- Generar un espacio de confianza, empatía y respeto.
- Cuidar el espacio físico, la consulta o despacho a través del acondicionamiento del mismo.

Introducir elementos que ayuden a identificar la consulta como espacio sensible ante problemáticas como la violencia de género o la violencia sexual. Un ejemplo aportado es el de exponer en consulta posters, folletos, materiales de campañas, etc.

- Cuidar la comunicación, especialmente cuando se entabla la relación: saludar, presentarte y establecer contacto visual, al menos durante los primeros minutos de la entrevista.
- Contar un estado emocional positivo a la hora de atender.

“...Pues es esencial buscar ese momento y ese contexto de escucha. Y es que sin eso todo lo demás me sobra y no es nada fácil. Procuro que no haya interrupciones, que no suene el teléfono 1000 veces, que no te abran la puerta interrumpiendo. Y el resto

depende mucho de la sensibilidad del profesional que te habla porque generalmente se banaliza o se trivializa este aspecto y se priorizan otros.”

“...Yo creo que hay una cosa importante que es presentarse. Mucha gente no te conoce, ni saben que eres su médico, ni saben quién eres o a lo mejor eres un suplente o acabas de llegar... Entonces tú sabes quién entra, pero a veces ellos no saben quién eres tú. Yo creo que ese gesto amable de decir “soy tal” y luego si hace falta acompañarlos afuera y decir “me tienes aquí para lo que quieras, si quieres venir otro día y hablamos”, yo creo que esos gestos también ayudan mucho.”

“...Pequeño gesto revolucionario de dejar de mirar a la pantalla y mirar a los ojos los primeros 20 segundos al menos. Gesto revolucionario de tener una planta en la consulta, colgar dos cuadros...”

“...Guiños (de Salud Pública, folletos sobre violencia de género), dentro de la consulta para que puedas identificar que quieres ser una consulta con perspectiva de género.”



- 2 Atiende a la expresión de los malestares de las mujeres. Escucha, observa y muestra tu disponibilidad para ayudar. Muchas mujeres, por nuestra socialización no expresamos los malestares o enfermedades igual que los hombres. La culpa, la sanción social o la autocensura, son algunos mecanismos que mantienen el silencio, la invisibilización y la normalización de éstos.

Las causas por las que esto sucede tienen su raíz en los estereotipos interiorizados de sacrificio y sufrimiento, en la normalización de su malestar, en el mandato del cuidado y el rol de cuidadora. Teniendo en cuenta esto, hablar de sus malestares y reaccionar contra el agotamiento, la sobrecarga y la sobre disponibilidad que muchas mujeres experimentan por el cuidado a “los otros” (familiares, mayores, menores, pareja, etc.), es sancionado socialmente a través de un reproche social, produciendo en las mujeres la culpa y la inhibición de la expresión de sus malestares.

Una de las claves que nos han transmitido los y las profesionales es la de mantener una escucha activa y una comunicación accesible para las mujeres a las que atienden:

- Profundizar en las demandas a través de la escucha empática.
- Comunicarse sin juicio, etiquetado, crítica ni reproche.
- Conocer las atribuciones que hacen las mujeres sobre sus malestares.

- ¿Hay algo más que quieras contarme?
- ¿Puedo ayudarte en alguna otra cosa?
- ¿Hay algo más que quieras saber?

“Depende primero de lo que estés dispuesto a escuchar, Y de cómo eres capaz de escuchar eso. Y luego qué haces con eso que escuchas, ¿no? Entonces yo creo que como profesionales sanitarios modulamos un poco como se presentan las cosas en consulta.”



- 3 Considera y revisa los estereotipos interiorizados. Hacen que se tienda a infravalorar y normalizar las demandas de las mujeres, su sufrimiento y su dolor. Esto puede producir un sesgo en la atención, en la derivación a especialistas, en diagnósticos y tratamientos, causando discriminación y minimizando los síntomas y el sufrimiento de las mujeres.

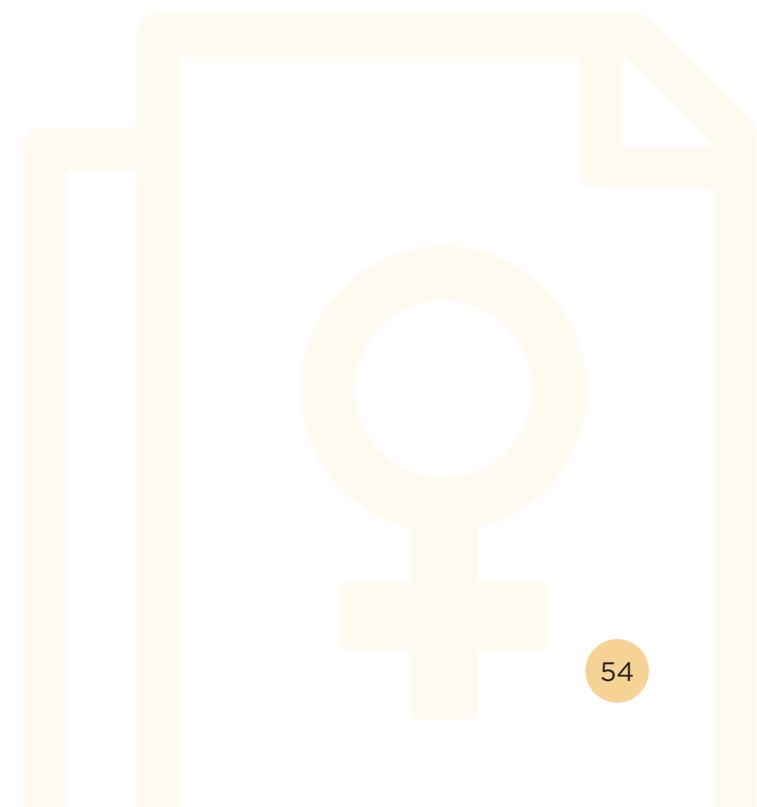
Los estereotipos de género hacen que se tienda a infravalorar las demandas de las mujeres, codificándolas como “victimismo”, “queja excesiva” o “debilidad”, así como a normalizar su sufrimiento y su dolor. La expresión de las mujeres acerca de sus malestares no proviene de una supuesta “debilidad”, sino de un sesgo en la mirada, en el análisis de las causas, en los diagnósticos y en los tratamientos. Como afirma Rosa Casado Mejía (6) el sesgo en la atención y en la asistencia no tiene ninguna explicación científica, responde más a los estereotipos de género, que atribuyen a las mujeres muchos más problemas psicosomáticos y psicológicos, sin entender qué bases sociales y culturales tiene su demanda. Si no se consideran los condicionantes psicosociales de género, se producirá el sesgo diagnóstico. Este sesgo diagnóstico, siguiendo a esta autora, también se produce cuando se ignoran las posibles diferencias por sexos, aplicando las mismas características de la enfermedad, o el patrón masculino a ambos sexos.

Se puede prevenir el sesgo de género a través de la identificación, visibilización y revisión de los estereotipos. Esto habrá de hacerse tanto en la estructura, como en la investigación, la formación, las prácticas sociosanitarias, además de en las propias relaciones que se dan en el ámbito sociosanitario y en los/las profesionales.

5: Casado Mejía, R. y García-Carpintero Muñoz, MA. “Atención profesional a la salud. Influencia del género en quienes la reciben”, en Género y Salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud. Ediciones Díaz de Santos. 2018.

“Si no tienes esa información y si no has accedido a formación específica en este sentido, pues vas a seguir creyéndote que si una mujer no viene con un dolor centro-torácico, radiado al hombro y con sudoración, pues no debes sospechar cardiopatía isquémica. ¿No? Si viene con unas náuseas o con un malestar abdominal, igual no se te va a pasar por la cabeza que tienes que plantearte ese diagnóstico.”

“...Más información, evitando barreras culturales de edad, género, clase social, etnia e identidades sexuales, con el fin de que conozcan el funcionamiento de los recursos que existen.”



- 4 Explica los diagnósticos, tratamientos, procedimientos o itinerarios de forma clara y adaptada a sus necesidades. Cuando vayas a realizar prácticas que implican manipular el cuerpo de tus pacientes, informa y pide consentimiento. Fomenta una participación de las mujeres en su propio proceso de salud y en las decisiones sobre su cuerpo. Así favorecerás su empoderamiento. Solicita mediación intercultural e información en diferentes idiomas.

Se hace referencia a todos aquellos elementos en la comunicación, los procedimientos y usos que favorecen la simetría de poder en la relación entre profesional y pacientes o usuarias. Se trata de favorecer la gestión autónoma de la salud y el empoderamiento de las mujeres a las que atendemos, al facilitar la toma de decisiones informadas y evitar decidir sobre ellas y sus cuerpos. Algunos de los elementos compartidos fueron:

- Hacer protagonistas a las mujeres de su propia salud.
- Informar a las mujeres para facilitar su toma de decisiones. Esta información deberá estar adaptada a las necesidades de cada mujer. Se trata de que conozcan todas las opciones, las implicaciones de estas y los procedimientos que se llevan a cabo con ellas.
- Pedir consentimiento para realizar prácticas, especialmente cuando se trata de prácticas sobre el cuerpo de las pacientes o usuarias.

“Informarlas de todo el proceso y por qué se hacen las cosas sobre su cuerpo y sobre el de su hijo o su hija, cuál es el motivo de la actuación, creo que se deben de explicar muy bien las cosas, eso es muy importante.”

“Y sí, sobre todo esto que tiene que ver con la cesión del poder (...). Pues eso ha pasado en la psiquiatría, que el médico estaba en una situación de ultra-poder: le digo a usted lo que le ocurre y lo que tiene que hacer, aunque usted piense que no tiene nada que ver con lo que le pasa.”



5 Cuídate. Ten en cuenta que los determinantes de género también afectan a profesionales de la salud, que compatibilizan dobles y triples jornadas y pueden desarrollar roles como cuidadoras, madres, etc. Guarda tiempo para ti, busca espacios personales y mantén tus grupos de apoyo.

El género también influye en el empleo, las condiciones de trabajo y las trayectorias profesionales de las trabajadoras del sector sociosanitario (7). El trabajo de las mujeres en el sector se ha considerado, sobre todo en su origen, como una prolongación de sus “funciones naturales” en el ámbito público, invisibilizando su profesionalidad, sus logros y destacando un papel cuidador. El ejemplo clásico es el de la enfermería.

Muchas profesionales del sector sociosanitario, en tanto mujeres, también afrontan dobles y triples jornadas, a la vez que obtienen por su trabajo peores condiciones laborales. El sector sociosanitario es un sector feminizado, que al igual que otros sectores feminizados está precarizado. Al mismo tiempo, la privatización del sector ha implicado el empeoramiento y la disminución de las garantías y derechos en horarios, turnos, salarios, estabilidad, medidas de conciliación, sistemas de promoción, etc., lo cual, como está ampliamente contrastado, perjudica más intensamente a las mujeres.

El autocuidado es una forma de prevención de riesgos laborales, especialmente considerando los factores de riesgo para la salud que atraviesan sus precarias condiciones de trabajo. Sin embargo, en el caso de las profesionales sociosanitarias, el autocuidado, es también un “acto (doblemente) político”, en especial cuando se comparte de forma colectiva, con las iguales, puesto que implica la ruptura con el estereotipo del sacrificio, al darse el permiso de reconocer y atender sus propias necesidades, priorizándolas.

6: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

En todos los relatos de las entrevistas y encuentros se plasma la necesidad de replantear las estructuras y las condiciones en las que se desarrolla el trabajo sociosanitario. Previo al propio cuidado, está el buen trato que nos proporciona el marco en el que realizamos nuestro trabajo. No se trata sólo de focalizar el cuidado en las profesionales sino de crear una estructura que integre el buen trato y los cuidados en la planificación, en los equipos sociosanitarios y que facilite el autocuidado a nivel individual. Estructuras saludables, proporcionarán condiciones de trabajo saludables a profesionales saludables, que atenderán saludablemente.

"..Es de necesidad urgente "Cuidar a quien nos cuida" y "cuidarnos para cuidar". Todas y todos somos necesarios y necesarias. Son necesarios más recursos para Salud..."

"..Es necesario que juntas cuidemos de nuestra salud. Esto pasa por la Humanización, por fortalecer la Sanidad Pública y por conseguir la Igualdad de género..."

"no es casualidad que todas tengamos como profesiones de cuidar de los demás y seamos mujeres. Hay una coincidencia ahí.es importante poder coordinar con nuestros equipos pequeños espacios desde el autocuidado. Desde lo teórico de nuestro trabajo, pero también el cómo afecta, porque, por ejemplo, el hecho de como profesional, tener que estar en casos de mujeres con mucha violencia sexual, el trauma también se experimenta, no viviéndolo en primera persona, pero a través de tener contacto con esas situaciones traumáticas. Es necesario tener un espacio ya no solo para supervisor mi trabajo, sino también más a nivel personal de cómo esto puede impactarme a mí como mujer."

Los grupos de apoyo entre iguales ya sean facilitados por personal sociosanitario

o liderados por las propias mujeres, cumplen muchas funciones preventivas y terapéuticas. Estos grupos son espacios libres de sanción social, donde compartir malestares y crear redes de apoyo para combatir la alienación, el aislamiento y la soledad no deseada que viven muchas mujeres. En estos grupos también pueden hacer visibles, reconocer y nombrar las cargas socioculturales y los mitos que pesan sobre sus procesos vitales.



- 6 Potencia la intervención a través de grupos de apoyo entre mujeres. Los grupos de apoyo de mujeres cumplen muchas funciones que mitigan, amortiguan y previenen el impacto de los determinantes de género en la salud, proporcionándoles tiempos y espacios propios para el autocuidado, el desarrollo de la autoestima y el empoderamiento.

El hallazgo de interlocutoras que validen atestigüe y compartan sus vivencias. La escucha empática del grupo de iguales, la aceptación incondicional, el respeto, la resonancia y la sintonía, y el crédito ante la expresión de malestares compartidos, así como el espacio seguro, actúan de forma terapéutica legitimando sus demandas y necesidades y reconociendo sus malestares y las causas que los provocan.

De esta forma, el grupo sirve para desarticular la culpa, mejorar la autoestima y el autoconcepto, a la vez que produce su empoderamiento, y ofrece una nueva comprensión de sus malestares como consecuencias de factores estructurales.

Por otro lado, el sostén del grupo va a facilitarles apoyo para la toma de decisiones sobre los cambios por hacer en sus vidas y para la búsqueda de soluciones de forma colectiva y creativa.

“El apoyo del grupo da libertad de no sentirse juzgada, de no sentirse “mala madre”, de no sentirse mal. Sino ver que es lo común, que cada una lo lleve de una forma diferente y todo está bien, no hay nada mal. Son formas diferentes de afrontar una situación nueva. Legítima y luego te sientes bien, y es desde la igual no es desde la superioridad, y eso siempre es mucho mejor, el sentirte acompañada desde iguales,

es fundamental. Luego, muchas veces, este espacio no lo tienen fuera. Fuera la gente te da muchos consejos y no se trata de escuchar muchos consejos.”

“Grupos de Apoyo Psicosocial a cuidadoras: Esto lo pagaba el SAS, con profesionales del Servicio Andaluz de Salud, que eran las trabajadoras de los Centro de Salud, en el Centro de Salud es donde se ponía en marcha esto. Esto en la ciudad también se hace, esto fue en toda Andalucía. En unos sitios se implantó más, en otros menos, pero es toda Andalucía.”



7 Despatologiza. Ten en cuenta la situación social de las personas que acuden a tu servicio y atiende a su visión sobre lo que les ocurre. Muchas veces trabajamos con mujeres sanas con malestares de género y /o debido a sus condicionantes sociales, no con mujeres enfermas. Ten en cuenta que los procesos vitales de la mujer no son enfermedades.

Las mujeres, como ya se ha mencionado, y es un clásico de la literatura que analiza con perspectiva de género la ciencia moderna, han sido definidas como seres “incompletos”, “débiles” o “defectuosos” por la cultura misógina y por la ciencia androcéntrica.

La pervivencia de estos estereotipos se refleja en la actualidad en la patologización de los procesos naturales en la vida de las mujeres, en la medicalización de estos y en la psicologización de sus malestares y la sobre medicalización de los síntomas que estos generan.

Explicar los malestares de las mujeres a través de factores sociales y culturales tiene varias funciones terapéuticas. Por un lado, tiene una función reparadora en la identidad de las mujeres, al reconocer las cargas socioculturales que impactan en su salud y en su bienestar, reconsiderando el origen de muchas de sus enfermedades, no como propias de su supuesta “debilidad”, sino como correlativas a factores de riesgo de origen social que están afectando a su salud.

El des etiquetado de la salud tiene un impacto positivo en la identidad social y personal de las mujeres, así como también lo tiene la des estigmatización de la expresión de sus malestares. Estos procesos permiten que las mujeres mejoren su autoestima y expresen con mayor libertad aquello que está haciendo mella en su salud. A la vez, se produce un desplazamiento del locus de control de la enfermedad y el malestar (como algo externo y sobrevenido), a un locus de control interno, en el que las mujeres pueden hacer cambios en sus vidas para mejorar sus malestares.

Este aspecto, a menudo infravalorado, amplía el campo de acción de las mujeres, haciéndolas parte activa en su propia salud, empoderándolas en la gestión de la misma y desarticulando en parte la relación de poder entre profesionales y usuarias/pacientes.

“Despatologizar, permitirle a la mujer que entienda su sufrimiento, no como una enfermedad, sino como una consecuencia de distintos problemas que tiene en su vida, muchas veces relacionados con el hecho de ser mujer. Y ofrecerle ayuda.”



8 Facilita que las mujeres puedan ser atendidas por profesionales de su sexo, si así lo demandan, especialmente en los casos de violencia de género y abusos o agresiones sexuales.

Es preciso superar la rigidez de la agenda y los protocolos para la asignación de profesionales del mismo sexo cuando así lo demandan las mujeres. Especialmente cuando las mujeres han sido víctimas de abusos, violencia de género o violencia sexual. En estos contextos es fundamental proporcionar un espacio percibido por las mujeres como seguro y de confianza para facilitar que pueda establecerse cuanto antes la relación de ayuda, la prevención de la retraumatización, el tratamiento de la problemática generada y la recuperación.

“Pues si ella prefiere ser entrevistada por una mujer... Atender a esas cosas, que muchas veces desde la rigidez de la organización, bueno, “le ha tocado ese”, bueno, no cuesta tanto cambiarla en realidad, y todo lo que facilite que la persona se sienta en un ambiente de protección y seguro, va a ayudar a una mejor exploración clínica, que lleguemos a un diagnóstico más certero...”

“Ser más flexibles con estas peticiones, pues si una mujer no quiere hablar con un hombre, pues no te sientas ofendido, porque sus motivos tendrá, y ojalá que deje de tenerlos, pero vamos a ser flexibles con esas cosas que no cuestan tanto y, tanto para hombres también, pero pasa más con las mujeres, la evaluación del médico si el paciente se siente en un lugar seguro y de protección, pues seguro que va a poder ser mucho mejor, ¿no?”

9 Solicita formación en atención integral con perspectiva de género, interseccionalidad y buenos tratos. Permite visibilizar y atender las múltiples formas de violencia o discriminación. Comparte y visibiliza su efectividad.

Existe una necesidad urgente de reforzar la atención integral en los planos psicológico y social. La formación en género, en interculturalidad y en otros determinantes sociales de la salud es un pilar fundamental de para una adecuada atención integral. Poder acceder a estas formaciones aumenta el conocimiento profesional sobre las personas con las que trabajamos, generando espacios inclusivos y más respetuosos.

A la vez, contemplan que es imprescindible una formación que profundice en la humanización de la atención y en la atención integral. Comparten que en estas formaciones es fundamental revisar las relaciones de poder que se establecen en las relaciones de ayuda, en este caso, entre profesionales y pacientes o usuarias. Por otra parte, aportan que estas formaciones deberían considerar la prevención de riesgos laborales, el contexto y las condiciones del trabajo y la revisión crítica de la propia estructura, y los buenos tratos en las prácticas cotidianas.

“Educación y formación a los profesionales en malestares específicos que presentan las mujeres y que se deben a desigualdades de género e intervención desde los determinantes sociales y equidad.”

“Yo sé que hay, pues varios cursos que abordan un poco la escucha terapéutica, el buen trato, con la metodología de Educación para la Salud, vivencial con perspectiva de género, eso existe. Eso existe.”

“Necesitamos trabajarnos el buen trato. Porque el maltrato nos sale automático a todos/as porque lo hemos mamado, comido, respirado. El “buen trato” hay que trabajarlo. Eso es fundamental, pero es fundamental entenderlo no sólo intelectualmente, porque todo el mundo entiende que tiene que haber un buen trato. Yo creo que eso requiere un trabajo vivencial para integrarlo bien. Porque el buen trato no es sólo verbal.”

“Formación psicosocial, por ejemplo, en duelo, cuidado o crisis vitales. Formación integral, que incluya conocimientos, procedimientos, habilidades y actitudes, por ejemplo, con respecto a la relación de ayuda y la comunicación interpersonal. “



10 Fomenta el trabajo multidisciplinar y /o en equipo. Conocer las funciones de cada profesional de tus recursos y favorecer la participación y colaboración en el trabajo en red es clave para la atención integral. Hazte con información de los recursos de tu zona, en tu entorno existen entidades, espacios y asociaciones que pueden favorecer el bienestar de las mujeres. Conócelas y trabaja con ellas.

Conocer en profundidad el equipo profesional de tu recurso, con las especialidades y tareas concretas, favorecerá la coordinación y realización de itinerarios efectivos para la atención integral a la salud de las mujeres.

Además, el trabajo en red con la comunidad, sus administraciones, entidades y ONG implicadas en la salud se señala como fundamental a la hora de poder proporcionar una atención integral.

La especificidad y las acciones que llevan a cabo estos agentes de salud, resultan complementarias al trabajo que realiza el sistema sociosanitario, pudiendo responder en ocasiones con mayor presteza y agilidad a las necesidades de pacientes y usuarias. Al mismo tiempo, proporcionan elementos como sensibilización y formación del personal sociosanitario a través de diversas acciones (campañas, cursos, jornadas, mesas de participación, etc.). En especial, para problemáticas de salud estrechamente vinculadas a situaciones de vulnerabilidad social.

“Entonces, tener un contacto más directo no solo con servicios sociales dentro de la institución, sino con todo el entramado asociativo que trabaja esto, muchas veces de manera más flexible, con más capacidad de dar una respuesta rápida”

CUIDAR A QUIENES CUIDAN



En la Segunda Edición de la Guía-Decálogo de Buenas Prácticas para la aplicación de la perspectiva de género en la salud, decidimos ampliar a través de este epígrafe el contenido de la Buena Práctica N.º 5 “Cuídate”, que aborda el cuidado y autocuidado de los y las profesionales. El objeto es visibilizar el trabajo sociosanitario y las condiciones en las que se realiza y se ha realizado durante estos últimos tres años, así como hacernos eco de las numerosas voces que, a lo largo esta crisis sanitaria, han señalado la necesidad de poner la vida y los cuidados que la sostienen en el centro.

Como ya se ha abordado en este documento, el personal de los sectores social y sanitario es un colectivo profesional feminizado y, como tal, sometido a la precariedad laboral y a los roles y mandatos de género que afectan a las mujeres cuando se desarrollan en el ámbito público. En este sector se padecen, al igual que en otros sectores feminizados, la precariedad laboral: inestabilidad, parcialidad, temporalidad, brecha salarial. Así como la invisibilidad de la profesionalidad (logros, méritos, competencias), puesto que muchas veces se considera el rol profesional como extensión del doméstico, naturalizando los cuidados. También se informa una gran tensión por la doble jornada “de cuidados” y la “triple jornada”, puesto que muchas profesionales asumen también el cuidado de la comunidad, con participación, implicación y/o liderazgo de espacios como el AMPA, las Asociaciones de vecinos/as, los movimientos sociales, las militancias políticas, etc.

La sobrecarga del sistema sanitario y sociosanitario (y las consecuencias que ha tenido para la propia salud de las trabajadoras/es y para las miles de personas afectadas por la enfermedad), el confinamiento, la paralización total o parcial de la economía, el cierre de centros educativos y otros recursos sociales y de atención a la dependencia (o la interrupción del

servicio de atención presencial, salvo servicios esenciales), han puesto de manifiesto, entre otras cosas, el impacto desigual de la emergencia sanitaria y las deficiencias en el sistema de cuidados que se venía denunciando desde el movimiento feminista. Como se afirma en el Informe Género y Salud (Ministerio de Sanidad, 2022), “las trabajadoras relatan que han estado sometidas a una gran presión anímica y psicológica. La sobrecarga de trabajo, el riesgo de contagio, la inseguridad, la impotencia, el miedo, han causado agotamiento y daños psicológicos importantes: ansiedad, estrés, trastornos y somatizaciones diversas.”

Los equipos sociosanitarios se consideran equipos de riesgo para la salud por estar en contacto continuo con situaciones de ayuda o emergencia. El cuidado de estos equipos es responsabilidad en primer lugar de la estructura sanitaria y social, y en este sentido es obligación de las administraciones públicas, velar por las condiciones en que se desarrolla este trabajo, así como de los niveles directivos e institucionales, de la gerencia en la planificación. Así como también es una responsabilidad personal, claro está.

Los riesgos psicosociales a los que están expuestos los equipos sociosanitarios tienen que ver con aspectos estructurales como las condiciones de trabajo y organizativas:

- Nivel de carga de trabajo: cuánto trabajo hay que realizar, cuándo, cómo
- Nivel de destrezas requeridas para ello
- Condiciones laborales
- Capacidad de decisión y autonomía
- Recursos con los que se cuenta
- Clima laboral

Los y las profesionales que han participado en los Puntos de Información y Sensibilización en Buenas Prácticas, así como en las Jornadas ¿Qué nos duele? Género y Salud, ambas acciones del Programa En Clave Saludable realizadas durante 2021 y 2022, han señalado algunas prácticas y estrategias para el cuidado de los equipos y el contexto profesional, que hemos recogido desde la observación participante. Estas estrategias son posibles, es decir,

se pueden asumir desde la estructura sociosanitaria y la gerencia implementándolas en la planificación e incluyéndolas en la agenda, de lo contrario no se realizan.

Estrategias para el cuidado de los equipos sociales y sanitarios:

- Tomar conciencia de la importancia de la evaluación y prevención de riesgos psicosociales y tomar medidas.
- Mejorar las condiciones laborales en cuanto a estabilidad, brecha salarial, turnicidad, temporalidad, peligrosidad, etc.
- Establecer y mejorar los protocolos de actuación.
- Favorecer la participación de las/os trabajadoras/es.
- Facilitar espacios de vaciamiento y descompresión dentro de los lugares de trabajo.
- Visibilizar la traumatización de los equipos.
- Compartir la responsabilidad de las decisiones arriesgadas que debe tomar cada miembro del equipo.
- Facilitar espacios de supervisión.
- Distribución y reorganización cargas de trabajo.
- Mejorar y facilitar la comunicación.

Por otra parte, siguiendo la necesidad de apoyo social que generan las situaciones de estrés sostenido y urgencia, es fundamental evitar en cualquier caso el aislamiento a través de la activación y el fortalecimiento de las redes de apoyo profesional para los y las profesionales tengan contacto entre sí. Urge, por tanto, apoyar y cuidar a quienes cuidan teniendo en cuenta una perspectiva interseccional y de género.

Queremos cerrar este apartado suscribiendo las palabras del Informe del Observatorio de Salud y Género cuando dice que:

“Un modelo de gobernanza centrado en los cuidados, asienta sus bases sobre la reflexión y la práctica de distintos movimientos sociales, que vienen desarrollando su trabajo desde la perspectiva del feminismo, la ecología social y la ética.”

GLOSARIO



Ámbito sociosanitario: En la presente guía designamos como tal el ámbito que acoge y trata las problemáticas de salud integral, así como “profesiones del ámbito sociosanitario”, a todas aquellas que se desarrollan en los ámbitos sanitario y social, y que contribuyen a la promoción, prevención y tratamiento de problemáticas relacionadas con la salud un sentido integral, según lo define la OMS (biopsicosocial).

Androcentrismo: Es la organización de las estructuras económicas, socioculturales y políticas a partir de la imagen del hombre; se le concede el privilegio al punto de vista del hombre, como partida del discurso lógico científico que considera insignificante otra realidad. Este enfoque fundamenta las experiencias humanas, el protagonismo de la historia y el desarrollo desde una perspectiva masculina. Conlleva a la invisibilización de las mujeres, de sus experiencias y de sus aportaciones. (1)

Brechas de género: Son una medida estadística que muestra la distancia entre mujeres y hombres respecto a un mismo indicador. Su importancia radica en comparar cuantitativamente a mujeres y hombres con características similares como: edad, ocupación, ingreso, escolaridad y participación económica, digital, política, social entre otros indicadores, que sirven para medir la equidad de género. Cuanto mayor es la brecha, mayor son las desigualdades entre hombres y mujeres.

Carga mental: Es un concepto que se refiere a la cantidad de esfuerzo no físico y deliberado que debe realizarse para conseguir un resultado concreto. En el caso del trabajo reproductivo o trabajo del hogar y los cuidados, supone toda la organización, anticipación a necesidades y sucesos y planificación de este trabajo. Esta carga, por la falta de corresponsabilidad

y por los mandatos de género, recae mayoritariamente en las mujeres, afectando a su salud y limitando sensiblemente su desarrollo profesional y vital, en tanto que limita su “disponibilidad para sí mismas” y produce como toda carga sostenida en el tiempo, estrés, cansancio y agotamiento. Como puede verse, este concepto, presta atención tanto a las ocupaciones en sentido estricto como a los aspectos subjetivos y morales del trabajo doméstico-familiar (responsabilidad, disponibilidad, preocupación...), y también del trabajo remunerado, puesto que en el ámbito público se reproducen los roles de género.

Conciliación de la vida laboral, personal y familiar: Supone propiciar las condiciones para lograr un adecuado equilibrio entre las responsabilidades personales, familiares y laborales. Así, las políticas en materia de conciliación, suponen la introducción de sistemas de permiso por cuidado a familiares y de permiso parental y maternal, de atención a la infancia y a personas de edad avanzada, y la creación de una estructura y organización del entorno laboral que facilite ahombres y a mujeres la combinación del trabajo y de las responsabilidades familiares y domésticas. (2)

Corresponsabilidad: Se trata de un concepto que va más allá de la mera “conciliación” que implica compartir la responsabilidad de una situación, infraestructura o actuación determinada. Las personas o agentes corresponsables poseen los mismos deberes y derechos en su capacidad de responder por sus actuaciones en las situaciones o infraestructuras que están a su cargo. (2)

Discriminación de género: Toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el sexo, embarazo u orientación y/o preferencia sexual y asociada con el origen étnico o nacional, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

Discriminación múltiple: Discriminación que se produce por la interacción de varios ejes de desigualdad como la edad, la clase, el sexo, la diversidad sexual, las creencias religiosas, el origen nacional o étnico, entre otros.(3)

Doble jornada/presencia: Es aquella que comprende, tanto la jornada laboral, como las horas de trabajo doméstico no remunerado. Esto implica que la mujer, aun habiéndose incorporado al mercado de trabajo, sigue asumiendo, en exclusiva o al menos en gran medida, la responsabilidad relacionada con las tareas domésticas. Es uno de los exponentes más claros de las falsas conquistas de la igualdad.

Triple presencia: Hace referencia de a los cuidados no solamente a través de los trabajos no remunerado y remunerado (como lo hacen planteamientos predecesores en torno a la “doble jornada” o la “doble presencia-ausencia”), sino considerando también la participación sociopolítica. (4)

Empoderamiento: El término empoderamiento es una traducción literal del concepto inglés empowerment y significa “ganar poder” como persona o grupo, fortalecerse, en la posición social, económica y política. Este término hace referencia tanto al proceso y al resultado de la toma de control de las personas y/o grupos humanos de sus propias vidas. Incluye tanto el cambio individual como la acción colectiva, e implica la alteración radical de los procesos y estructuras que reproducen una posición subordinada por motivos de género. Abarca la toma de conciencia de los propios derechos, capacidades e intereses, y de cómo se relacionan con los intereses de otras personas, con el fin de participar desde una posición más sólida en la toma de decisiones y estar en condiciones de influir en ellas. (1)

Estereotipos de género: Son Ideas impuestas, simplificadas y fuertemente asumidas, acerca de los atributos, rasgos, actitudes y aptitudes de mujeres y hombres. Estas ideas preconcebidas acerca de cómo son y deben ser hombres y mujeres son generalizaciones atribuidas convencionalmente. Son concepciones, imágenes y creencias históricas y socio-culturales compartidas colectivamente con las que clasificamos y juzgamos a hombres y mujeres ya que funcionan como modelos de conducta.

Interseccionalidad: La interseccionalidad se entiende como la imbricación y superposición de la opresión sufrida por ser o nacer mujer con otras opresiones como el nivel socioeconómico, la etnia, la orientación sexual, la identidad sexual, la discapacidad y otras.

Misoginia: Es el odio, rechazo, aversión y desprecio de los hombres hacia las mujeres y, en general, hacia todo lo relacionado con lo femenino. Se expresa en opiniones o creencias negativas sobre la mujer y lo femenino y en conductas negativas hacia ellas. (4)

Mandatos de género: Son mandatos que interiorizamos y hacemos nuestros, nos impiden transgredir los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad, se traducen en pensamientos, emociones y conductas que alimentan el orden social. Estos mandatos de género son transmitidos durante el proceso de socialización, a través de la educación recibida, por tanto son aprendidos. Si incumplimos estos mandatos nos enfrentamos a la crítica social, la culpa y la vergüenza.

Patriarcado: Sistema de organización social en el cual los puestos clave de poder, tanto político como religioso, social y militar, se encuentran, de forma exclusiva y generalizada, en manos de los hombres. El concepto de patriarcado resulta un eje fundamental en la lucha de todo el movimiento feminista, el cuál define el patriarcado como “el poder de los padres: un sistema familiar y social, ideológico y político con el que los hombres –a través de la fuerza, la presión directa, los rituales, la tradición, la ley o el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación y la división del trabajo- determinan cuál es o no el papel que las mujeres deben interpretar con el fin de estar en toda circunstancia sometidas al varón”.

Roles de género: Conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas que se generan como expectativas/exigencias sociales y subjetivas: es decir, una vez asumido el rol por una persona, la gente en su entorno exige que lo cumpla y pone sanciones si no se cumple. La misma persona generalmente lo asume y a veces construye su psicología, afectividad y autoestima en torno a él (INSTRAW). (5)

Transversalidad de género: La transversalidad o mainstreaming de género, ha sido definida como “la organización (la reorganización), la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que la perspectiva de la igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas” (6)

1. *Adaptado de UNAM “Glosario para la igualdad de género”.2012.*
2. *Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. “Glosario de términos relacionados con la igualdad de género”.*
3. *Adaptación de “La “triple presencia-ausencia”: una propuesta para el estudio del trabajo doméstico-familiar, el trabajo remunerado y la participación sociopolítica.” Sagastizabal, M.; Legarreta, M. Localización: Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research, ISSN-e 1695-6494, N°. 1 (Marzo), 2016*
4. *Comisión Especial de Equidad de Género del Consejo Universitario (CEEG), de la UNAM. Lineamientos Generales para la Igualdad de Género en la UNAM, 2013.*
5. *Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer. Glosario de Términos.*
6. *Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. CONSEJO Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de “buenas Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming. 1999.*

BIBLIOGRAFÍA



- López Rodríguez Rosa M.^a, Soriano Villarroel Isabel, Coord. Informe Salud y Género 2022: aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022
- BACIGALUPE, AMAIA., González-Rábago, Y., Jiménez-Carrillo M. “Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas”. Atención Primaria, 2022; 54 (7), 1 – 10
- CASADO MEJÍA, Rosa y GARCIA-CARPINTERO, M.^a Ángeles. Género y Salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basada en el género y sus repercusiones en la salud. Ediciones Díaz de Santos. 2019.
- COMAS DARGEMIR, Dolors y BOFIL-POCH, Sílvia (eds.) (2021): El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19, Fondo Supera COVID-19. Santander-CSIC-CRUE. Universidades Españolas.
- Consejería de Salud y Consumo. (2025) Informe Salud y Género en Andalucía. Junta de Andalucía
- LÓPEZ CARRILLO, Margarita. Artículo “La Medicalización de la vida y la salud de las mujeres.” Revista MyS (Mujeres y Salud).
- MARTÍN BARRANCO, MARÍA. Mala de acostarme. Cómo entender y prevenir esas “cosas normales” que nos hacen polvo. Dirección de Igualdad del Gobierno de Canarias. Edición Instituto Canario de Igualdad (ICI). 2020.

- MARTÍN BARRANCO, MARÍA. Autocuidado en la Intervención Social. Manual de Auto aplicación. Dirección de Igualdad del Gobierno de Canarias. Edición Instituto Canario de Igualdad (ICI). 2020.
- MURUAGA LÓPEZ DE GUEREÑU, Soledad y PASCUAL PASTOR, Pilar. La salud mental de las mujeres: La Psicoterapia de Equidad Feminista. AMS (Asociación de Mujeres para la Salud). Edita: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019.
- ROSTHSSHILD, BABETTE. Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario. 2009.
- RUIZ CANTERO, MARIA TERESA (coord.). Perspectiva de género en medicina. Monografía de la Fundación Dr. Antoni Esteve. 2019.
- VALLS LLOBET, Carme. Mujeres Invisibles para la Medicina. Capitán Swing. 2019
- VELASCO ARIAS, Sara. Recomendaciones para la Práctica Clínica con Enfoque de Género. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Edita Digital Solutions Networks S.A. 2009.
- VELASCO, Sara. Sexos, Género y Salud. Ediciones Minerva, 2009.

FEDERACIÓN MUJERES PROGRESISTAS

C/ Ribera de Curtidores, 3 28005 Madrid



91 539 02 38



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL