

Informe Diagnóstico En Clave Saludable

mi! FEDERACIÓN
MUJERES
PROGRESISTAS



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



Este Trabajo ha sido realizado por el Área de Salud de la Federación de Mujeres Progresistas (FMP) y se comparte bajo licencia CC Reconocimiento – NoComercial – Compartir Igual (BY-NC-SA): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es>

Índice

Agradecimientos.....	4
1. Fundamentación.....	5
2. Objetivos del informe diagnóstico.....	7
3. Metodología	7
4. Análisis de resultados	9
4.1. Trabajo con las mujeres	9
Dinámica “Además de la enfermedad, me duele”	11
Dinámica “Malestares detectados y causas de los mismos”	12
4.2. Trabajo con profesionales.....	14
5. Conclusiones.....	16
Referencias	16

Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas que desinteresadamente han participado en el programa *En clave saludable: Los determinantes de género en la salud de las mujeres*:

A las mujeres que han compartido su tiempo y experiencias con nosotras. Por haber sido valientes al contarnos sus malestares y por construir soluciones conjuntamente.

A las/os profesionales que nos han ayudado a conocer la realidad con la que se enfrentan día a día en un sistema sanitario que, a pesar de su gran calidad, en ocasiones dificulta llevar a cabo una atención más humana.

A las/os informantes claves de la Mesa de Salud del Distrito Centro (Madrid) que se mostraron dispuestos a participar en una sesión de testeo y generosamente nos dieron claves para poder hacer una campaña de sensibilización a profesionales, respetuosa y efectiva.

A todas/os los profesionales que nos han abierto las puertas de sus instituciones/ organizaciones para que pudiéramos llevar a cabo las sesiones y contactar con las mujeres: profesionales de la Federación de Mujeres Progresistas de Madrid, Centro Sociocomunitario Casino de La Reina del Ayuntamiento de Madrid, a la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Alba de Tormes (Salamanca) y a la Federació de Dones Progresistas (Valencia).

Al equipo de profesionales técnico y voluntariado de la FMP Madrid que ha participado con ilusión para que este proyecto fuera una realidad y una herramienta para luchar contra las desigualdades de género en la salud*.

Agradecemos especialmente al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social por darnos la oportunidad de llevar a cabo este trabajo contribuyendo a defender la importancia de los determinantes de género en la salud de las mujeres.

* Visualiza el vídeo de la campaña en www.fmujeresprogresistas.org y #DIAGNÓSTICOMUJER #ENCLAVESALUDABLE

1. Fundamentación

La **Federación de Mujeres Progresistas (FMP)**, como entidad feminista, trabaja desde el año 1987 para combatir las desigualdades sociales y discriminaciones diversas que padecen las mujeres en los distintos ámbitos de la vida, poniendo en marcha diferentes estrategias para erradicarlas. Uno de los ámbitos donde esta desigualdad es más acuciante es en el ámbito de la salud debido a las dificultades e impedimentos que, en general, sufren las mujeres para su acceso, control y seguimiento. Dichas dificultades resultan aún mayores en el caso de pertenecer a algunos 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 al cuidado de familias monomarentales.

Desde la **FMP** compartimos y refrendamos la definición ofrecida por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** sobre el concepto de salud: *“...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho humano fundamental”* (OMS, 2006). Así pues, la salud es una función compleja en la que intervienen múltiples variables cuyo resultado tiene que ver con la suma del bienestar individual y social. La falta de acceso al sistema sanitario supone una clara vulneración del derecho universal a la salud. En este sentido, la OMS defiende el artículo 25 de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)**: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”* [...] El derecho a la salud garantiza que la ciudadanía acceda al sistema sanitario sin discriminación por razón de sexo, raza, edad, etnia o religión.

Los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres. El género interactúa con las diferencias biológicas y con los factores psicosociales. Esto nos obliga a disponer de un enfoque biopsicosocial de la salud con el que realizar la atención sanitaria, completamente contrario al modelo biomédico vigente en la actualidad.

Las mujeres y los hombres desempeñan roles diferentes en un contexto social jerarquizado, donde los valores asociados a la masculinidad gozan de mayor reconocimiento que los asociados a la feminidad. Esto tiene un claro impacto en la salud a través de los llamados **mandatos de género**. Los mandatos de género nos indican las pautas y comportamientos socialmente aceptables que se esperan de mujeres y hombres en un contexto social regido por el sistema patriarcal. Esta valoración desigual afecta a la situación en la que mujeres y hombres acceden y controlan los recursos. Y afecta también a la percepción de la salud, así como al desarrollo del proceso personal y de la responsabilidad para preocuparnos y ocuparnos de nuestra propia salud. De esta manera se producen situaciones no equitativas en los patrones de riesgo, en la utilización de los servicios sanitarios y en los resultados en la salud dando como resultado factores de vulnerabilidad y/o protección frente a la salud.

Las **desigualdades en salud** pueden explicarse en gran parte por riesgos y vulnerabilidades diferenciales debidos a roles, estilos de vida y prácticas preventivas distintas entre mujeres y hombres y, de manera fundamental, a las condiciones estructurales en que estos roles se desarrollan. La doble jornada laboral y doméstica, la sobrecarga en el cuidado de personas dependientes o la falta de reconocimiento social y personal, son algunos de los factores externos y sociales que tienen un

importante peso en la salud de las mujeres. A esto hay que sumar los factores culturales que pueden inducir a las mujeres a ser obedientes, sumisas, conformistas, sacrificadas, sin derecho a quejarse ni a ocuparse de ellas mismas. Con frecuencia estos factores se traducen en barreras psicológicas invisibles que dificultan aún más el acceso al sistema de atención sanitaria. Este hecho, puede explicar el mayor consumo de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir en porcentajes más altos en las mujeres (13,9%) que en los hombres (7,4%); así como en el consumo de antidepresivos o estimulantes (6,7% en el caso de las mujeres frente a un 2,7% de los hombres según la **Encuesta Nacional de Salud** (ENS, 2017). No se debe olvidar que muchos de estos determinantes sociales se interrelacionan dando lugar a discriminaciones múltiples que aumentan su malestar.

Fruto del trabajo y la experiencia de la FMP con mujeres en el ámbito de la salud, podemos afirmar que cuando una mujer decide acceder al sistema sanitario habiendo superado las barreras, tanto psicológicas como sociales descritas anteriormente, en ocasiones, se encuentran con una respuesta de inadecuados recursos/servicios sanitarios y una atención iatrogénica por parte de algunos/as profesionales. Esto hace que le duela aún más la sintomatología por la que han acudido generándose además una sensación de culpa, incompreensión, debilidad y miedo.

Dentro de las respuestas inadecuadas que encuentra la mujer en este contexto de frustración por la atención, encontramos:

- Tendencias a la sobremedicalización de los síntomas incluyendo los llamados “malestares de género” sin darles una respuesta específica.
- Cuestionamiento de la sintomatología descrita y simplificación del tratamiento.
- Respuesta profesional desde el modelo exclusivamente biomédico sin atender a factores sociales y psicológicos.
- Revictimización secundaria en la comprensión de problemas de base social con un claro impacto en la salud de las mujeres, como en el caso de violencia de género.
- Falta de perspectiva de género e intercultural en la interpretación de los síntomas y del tratamiento.

Aun cuando las mujeres se permiten el tiempo de ocuparse de su salud, en fases que en la mayoría de las ocasiones no responden al modelo preventivo si no puramente intervencionista y al límite de dolor, no siempre son diagnosticadas y tratadas de forma adecuada atendiendo a determinantes de género.

Según los datos publicados en la **Encuesta Nacional de Salud** (ENS, 2017), en España, las mujeres perciben su salud peor que los hombres (percepción subjetiva de malestar de un 70% en los hombres frente a un 78% en las mujeres). Esto ocurre en todos los grupos de edad y en todas las nacionalidades. A esto hay que añadir que, tras la demanda ambigua expresada por una mujer de "no me encuentro bien", se esconden un sistema de presiones, condicionantes y mensajes de género que pueden afectar a la percepción de la salud de las mujeres. Por todo ello, resulta imprescindible que las y los profesionales del ámbito socio-sanitario conozcan la existencia de dichos determinantes de género para que puedan tener una visión holística que promueva modelos de intervención saludables con equidad y reflexión.

Desde el Área de Salud de la FMP defendemos que el conocimiento y la aplicación de la perspectiva de género en la salud contribuyen a la mejora de la atención sanitaria al reducir la probabilidad de realizar diagnósticos equivocados. Esta visión vinculada al género ofrece, además, una visión sistémica más amplia de la salud, alejada del tradicional binomio salud-enfermedad, característico del enfoque biomédico. Por ello, este estudio reivindica la importancia de la aplicación de la perspectiva de género en la atención sanitaria, partiendo de los testimonios de las propias mujeres y contrastándola con diferentes profesionales del ámbito sanitario, a través de la elaboración de un informe diagnóstico en el que se recogen las principales demandas en materia de salud.

Este informe se ha elaborado con los datos obtenidos entre febrero y junio de 2019, fruto del proceso de diagnóstico participativo, en el marco del programa estatal **“En clave Saludable: Los determinantes de género en la salud de las mujeres”**. Dicho programa tiene como objetivo contribuir a la mejora de la atención socio-sanitaria a colectivos de mujeres con necesidades especiales, a través de la identificación del impacto de los determinantes de género en su salud, plasmando propuestas de mejora de la atención socio-sanitaria.

2. Objetivos del informe diagnóstico

Este informe pretende reflejar un diagnóstico sobre la perspectiva de género en la atención de salud a las mujeres, y tiene los siguientes objetivos específicos.

- Recabar información fidedigna sobre la aplicación del enfoque de género en la atención de salud a mujeres en España.
- Identificar el malestar que sufren las mujeres en relación a la atención sanitaria y tipificar sus causas.
- Crear una base de reflexión sobre los problemas derivados por dicho malestar, así como identificar el origen del mismo.

3. Metodología

La metodología utilizada ha sido la de investigación-acción participativa dotando a las mujeres y a los agentes de salud de todo el protagonismo sobre el proceso. Con respecto al **trabajo con mujeres** se ha utilizado la metodología de taller a través del trabajo individual y en grupos pequeños, para luego compartir y discutirlo con el grupo más grande.

Gracias a técnicas de discusión y de interpretación como el *roleplaying*, las participantes han tenido un papel clave a través de sus intervenciones buscando que todas pudieran aportar su punto de vista tanto en el plano teórico, como en el práctico. Para ello se llevó a cabo el trabajo en cuatro grupos con mujeres diversas en origen, edad, situación geográfica y diversa realidad, analizando junto a ellas la visión que tienen acerca de su propia salud, así como la percepción del trato recibido por parte de profesionales del ámbito sanitario en torno a la misma. En una primera sesión se analizaron los malestares e inquietudes que tienen en relación a este tema, así como sus posibles causas; y en una segunda sesión se trataron de buscar las claves y soluciones para paliarlos y/o mitigarlos.

En este análisis y estudio, participaron un total de **50 mujeres en cuatro grupos**, cada uno con diferentes características que se detallan en la tabla a continuación (Tabla 1).

GRUPO	CARACTERÍSTICAS
GRUPO 1 Grupo piloto	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar de realización: Federación de Mujeres Progresistas, Madrid - Fecha sesiones: 18 y 25 de marzo 2019 - Nº de participantes: 9 mujeres - Colectivo: Mujeres víctimas de violencia de género, mujeres inmigrantes, y/o en riesgo de exclusión social
GRUPO 2	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar de realización: Centro Cultural Casino de la Reina, Madrid - Fecha sesiones: 3 y 10 de abril 2019 - Nº de participantes: 10 mujeres - Colectivo: Grupo de mujeres gitanas
GRUPO 3	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar de realización: Villalba de Tormes (Salamanca) - Fecha sesiones: 1 y 8 de abril 2019 - Nº de participantes: 14 mujeres - Colectivo: Mujeres mayores rurales
GRUPO 4	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar de realización: Federació de Dones Progresistes (Valencia) - Fecha sesiones: 10 y 17 de mayo. - Nº de participantes: 17 mujeres. - Colectivo: mujeres inmigrantes, jóvenes, con discapacidad

Tabla 1: Caracterización de los grupos participantes en el estudio

En lo que respecta al trabajo con **profesionales**, se llevaron a cabo tres entrevistas cualitativas a profesionales significativos del ámbito sanitario:

- Rosa Bajo Viña. Médica de Familia. Centro de Salud Lavapiés, Madrid.
- Marisa Díaz. Pediatra. Centro de Salud Lavapiés, Madrid.
- Antonio Santa Cruz Belmonte Trabajador Social. Centro Municipal de Salud Comunitaria Centro, Madrid.

De la información extraída a partir de ambos grupos focales (**focus groups**) se ha realizado un análisis que ha permitido extraer información significativa para elaborar el material que ha servido como hoja de ruta para la realización de una campaña de sensibilización a nivel estatal (*ver campaña #DIAGNÓSTICOMUJER*).

4. Análisis de resultados

4.1. Trabajo con las mujeres

Antes de comenzar el trabajo grupal con mujeres, se estudió, de manera individual y anónima, la percepción de las participantes sobre su salud para poder recoger datos sobre los que articular el proyecto.

Partimos de la base de que las mujeres valoran su salud peor que los hombres (70% frente a un 78%), según la ENS (2017). Sin embargo, no siempre resulta fácil reconocer públicamente dicha valoración, debido, entre otros factores, al sesgo de **deseabilidad social** y a los **mandatos de género** que atribuyen determinados roles, expectativas, aspecto, comportamientos, sentimientos y pensamientos; y recuerdan continuamente que las mujeres no solamente deben “poder con todo”, sino que además no deben quejarse, negándose el impacto que esta presión tiene sobre su salud. Así, por ejemplo, solamente un 24,9 % de las mujeres que han participado en nuestro estudio reconocen tener una salud mala o regular (Fig.1).

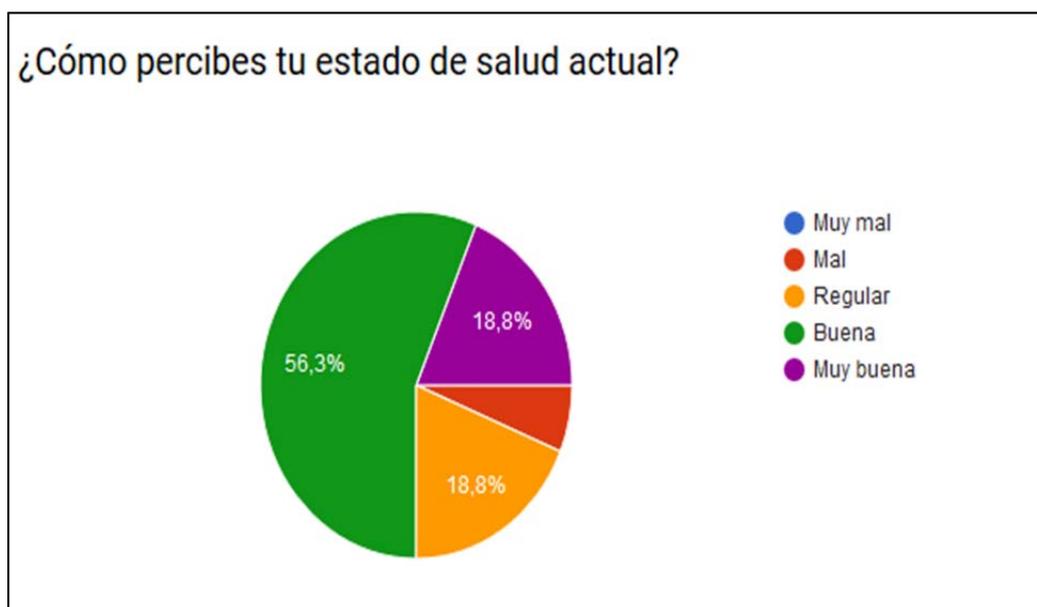


Figura 1: Percepción del estado de salud de las mujeres participantes

Al mismo tiempo, es interesante destacar que el 56,3% de dichas mujeres piensa que su estado de salud tiene que ver con su condición de mujer. Es decir, **el género es un determinante clave en la salud**, y las mujeres perciben que su condición de mujer influye en su salud negativamente (Fig. 2).



Figura 2: Opinión de las mujeres participantes en relación a la relación salud/género

La experiencia de la FMP nos lleva a pensar, además, que el malestar que manifiestan las mujeres en relación a su salud es una combinación de factores físicos, psicológicos y sociales. Según los datos recogidos, observamos cómo la mayor parte de dicho malestar (62,6%) se concentra en el área física y psicológica, reduciéndose hasta el 6,1%, en el caso de relacionar el malestar con el área social (Fig.3).

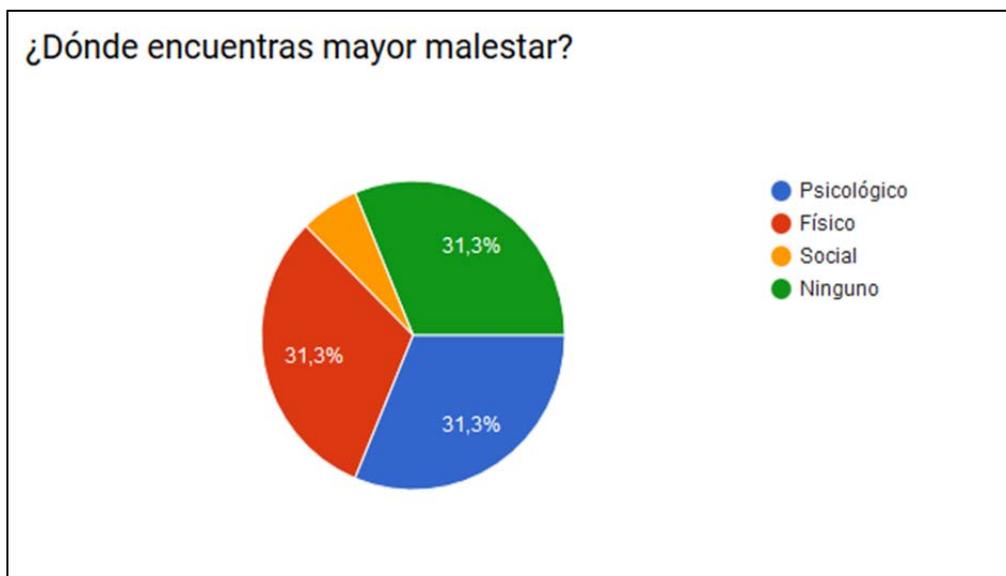


Figura 3: Identificación del mayor malestar en salud por parte de las mujeres del estudio

Además de estos factores, se detectó que un 68,8% de las mujeres preguntadas de manera individual, ha sentido un trato discriminatorio que les ha hecho aumentar su malestar (Fig. 4).

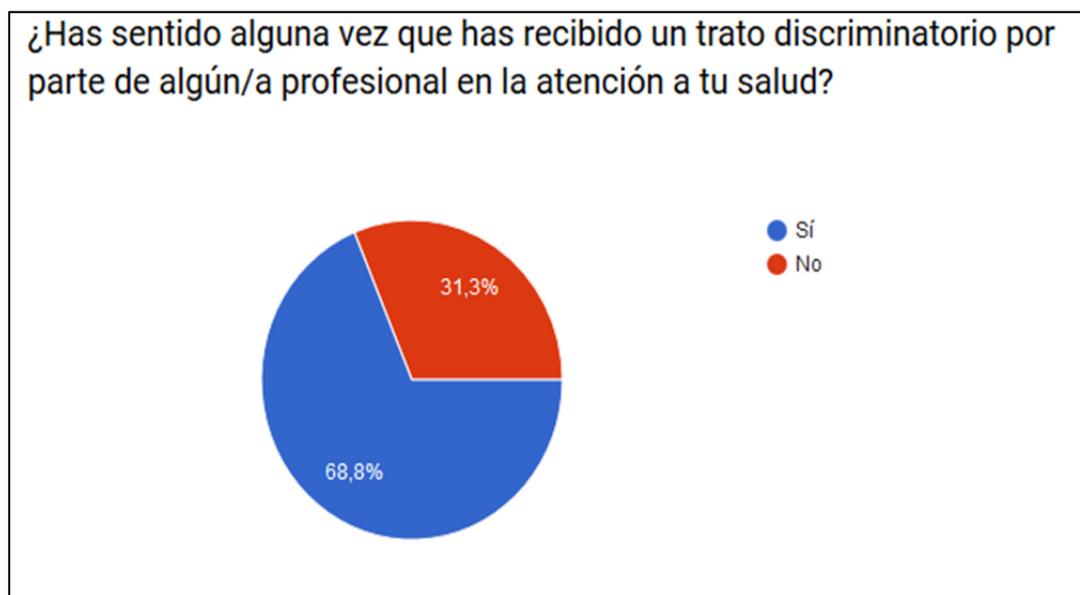


Figura 4: Percepción del trato discriminatorio de las mujeres participantes en el estudio

Este resultado resulta preocupante puesto que indica que, la **falta de perspectiva de género** en el ámbito sanitario supone un **factor de riesgo** para la **salud integral de las mujeres**. Para ampliar esta hipótesis exploramos este aspecto con las mujeres mediante la dinámica grupal *“Además de la enfermedad, me duele”*. A continuación, se presenta la información obtenida en la primera sesión de los talleres con las mujeres.

Dinámica “Además de la enfermedad, me duele”

De los resultados obtenidos en esta dinámica se puede inferir que las mujeres, cuando acuden a consulta con alguna dolencia, se suelen ver afectadas principalmente por la **atención recibida** tal y como refirieron en los siguientes testimonios:

“Sugirieron que fuéramos a un centro privado para que tuviéramos mejor atención”

“Cuando nos hacemos mayores nos tratan con paternalismo y además no nos mandan pruebas ni nos diagnostican bien.

Una vez me dijeron ante un dolor terrible de cabeza “Te lo estás inventando y lo haces para llamar la atención. No me escuchaban, sólo me empastillaban y resultó que tenía migrañas crónicas”

También destaca su afectación en lo referente a las **cuestiones ginecológicas**:

“En consulta de seguimiento del embarazo me dijeron con muy mal tono: ¿tú dónde vas con tantos hijos?”

“Me regañó por ir “tarde” a hacerme una revisión ginecología (fui al año)”

“Me dijeron: ya con los años que tiene no te hacemos citología, ni hace falta derivarte a ginecología”

“Cuando le dije al ginecólogo que era lesbiana me dijo: ¿y para qué vienes entonces?”

Por último, refieren sentir malestar ante situaciones relacionadas con el trato cuando *“han sido tratadas como un número más, han recibido un trato diferente a los hombres, los tiempos de espera hasta ser atendidas, no ser miradas ni escuchadas, sentirse cuestionadas...”*

Dinámica “Malestares detectados y causas de los mismos”

A través de estas dos dinámicas se ha reflexionado con las mujeres en distintas fases:

- Primero, individualmente y después en pequeños grupos de trabajo, cuáles son sus dolencias en las áreas física, psicológica y social.
- En un segundo momento, una vez recogidas y expuestas con el gran grupo, se reflexionó acerca de las posibles causas de dichos malestares.

Se analizan y detallan a continuación, los datos recabados en todos los grupos correspondientes a cada área (Tabla 2).

Malestares físicos detectados	Causas asociadas
<ul style="list-style-type: none"> - Dolores de espalda y piernas (45%), dolores de cabeza, migrañas, dolores derivados de alguna enfermedad, dolores pélvicos y de la menstruación (33%). - Dolores crónicos, dolores de la fibromialgia, los dolores en relaciones sexuales y los relacionados con el sobrepeso 	<ul style="list-style-type: none"> - Principal causa de su malestar físico los dolores (56%), siendo la tensión la segunda causa de sus malestares físicos (25%). - Artrosis, responsabilidad, edad, espalda, estrés, nervios, la regla y el trabajo (13%). - Aislamiento, anticipar problemas y soluciones, la artritis, las caídas, las cervicales, cuidar, la endometriosis, la exigencia, familiares, la fibromialgia, los hijos/as, los huesos, jubilarse, la lactancia, las lesiones, el maltrato, la osteoporosis, las penurias, los problemas, la sequedad vaginal, el sobrepeso, trauma y vaginismo (6%).

Tabla 2: Correlación entre malestares físicos y causas asociadas / 1.

Llama la atención que todos los **malestares físicos** que han identificado están relacionados con los dolores ante los cuales la respuesta suele ser exclusivamente farmacológica, sin atender a la posibilidad de que sean síntomas psicosomáticos que constaten la existencia de un problema emocional y/o social. Además, estos dolores se “naturalizan” como propios de la edad y del “hecho de ser mujer” dando lugar a la medicamentación del malestar.

Es preciso señalar también que las mujeres participantes en el estudio no han mencionado malestares derivados de discapacidades o de déficit sensoriales y motores lo cual sorprende si tenemos en cuenta el elevado porcentaje de mujeres que lo padecen y el enorme sufrimiento que provocan. Nos encontramos también con que las participantes coinciden en identificar el malestar (dolor) con la principal **causa** que lo provoca, lo cual viene a reforzar la importancia que para ellas tiene en su vida y cómo supone una merma en su salud (“el dolor provoca dolor”).

Se observó también que, cuestiones de carácter psicológico y social afectan y originan dolor, reforzando la importancia de abordar la salud desde una mirada sistémica y biopsicosocial.

Malestares psicológicos detectados	Causas asociadas
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad y el estrés (45%). - Tristeza y angustia (33%). - Depresión, inseguridad, nervios, negatividad y agobio (22%). 	<ul style="list-style-type: none"> - La principal causa es la soledad (50%) - Angustia, ansiedad, depresión y enfermedad (30%). - Cansancio, dolor, edad, empatía, los estereotipos, hijos/as, los hombres, la impotencia, la indiferencia, la inseguridad, la preocupación, las responsabilidades y la sociedad (20%).

Tabla 3: Correlación entre malestares psicológicos y causas asociadas / 2.

Si atendemos a los **resultados** obtenidos, se puede comprobar como la ansiedad y el estrés son los principales factores de malestar psicológico para las mujeres entrevistadas lo cual coincide con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017, donde se recoge que un 69,19% de mujeres consume ansiolíticos y antidepresivos; existe un mayor consumo de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir en mujeres (13,9%) que en hombres (7,4%) y se produce un mayor consumo de antidepresivos o estimulantes en el caso de las mujeres (6,7%) frente a los hombres (2,7%). (Fuente ENS, 2017).

Con respecto a las **causas**, la soledad es la que más contribuye a la sensación de malestar psicológico y tiene un gran impacto en su salud. Paradójicamente, las participantes en el estudio se declaran cuidadoras y responsables de otras personas a las que tienen que atender y cuidar, y a pesar de estar rodeadas de gente, se sienten solas.

Por último, llama la atención también como la relación con los hombres les provoca malestar, lo cual indica la complejidad de las relaciones sociales y puede enmascarar situaciones de violencia de género que es imprescindible poder identificar para evitar daños en su salud.

Malestares sociales detectados	Causas asociadas
<ul style="list-style-type: none"> - La familia principal malestar social (40%), quejas y la indiferencia ante sus malestares (27%). - Falta de ayuda y de empatía, la soledad, las cargas, la responsabilidad y el aislamiento 20% - Desconfianza, el cuidado, la maternidad, las relaciones, la incomprensión, hijos/as, relación-trato con los hombres, la humillación y la presión (13%). 	<ul style="list-style-type: none"> - La autoestima, los complejos, la comprensión, la confianza, cuidar, la educación, la inseguridad, el machismo, el maltrato, la maternidad, la menstruación y los prejuicios (50%). - El aislamiento (33%). - La soledad, la presión social, la exigencia y la empatía (17%)

Tabla 4: Correlación entre malestares sociales y causas asociadas / y 3.

La familia se erige como el principal **malestar** detectado tanto por el tiempo de dedicación como por la responsabilidad que genera ser cuidadora principal. El sacrificio por mantener la familia y el malestar que este esfuerzo genera, provoca una gran ambivalencia difícil de gestionar a nivel psicológico, lo cual en ocasiones genera somatizaciones para que sea el cuerpo el que diga lo que la mente no se permite expresar por las presiones sociales en torno al ideario de familia.

Al explorar esta área, observamos como las mujeres participantes relacionan claramente los efectos de la sociedad patriarcal en la que vivimos con una merma en su salud (mensajes de género, machismo y violencia de género). Además, la soledad vuelve a plantearse como una **causa** de su malestar.

Esto nos ayuda a identificar las líneas prioritarias en las que intervenir, puesto que, aunque en consulta no suelen plantearse este tipo de quejas, suponen un gran sufrimiento para las mujeres y un riesgo para su salud.

Para ilustrar aún más estas afirmaciones, recogemos a continuación algunos de los testimonios de las mujeres participantes en el estudio:

A) Sobre malestares físicos y sus causas:

“No tenemos tiempo para estar enfermas, no nos permitimos enfermar”

“Después de jubilarse vienen los dolores porque tienes más tiempo para pensarlo”

“Nos quejamos poco en general y nos dan muchos antiinflamatorios, no nos dan otras soluciones”.

B) Sobre malestares psicológicos y sus causas:

“Tengo continua ansiedad por la sensación de no llegar, arrasa algo por dentro”

“Las mujeres nos sentimos culpables por tener dolor”

“Algunas relaciones con los hombres nos producen mucho dolor”

C) Sobre malestares sociales y sus causas:

“Las mujeres mayores que ya no podemos salir de casa, nos sentimos solas y aisladas”

“El círculo se va cerrando... cuanto menos sales, menos gente tienes”

“Tenemos más responsabilidades que los hombres, nos han enseñado a ser útiles a los demás y eso hace que nos cueste más pedir ayuda, porque les enseñamos a estar siempre ahí”.

4.2. Trabajo con profesionales

Además del trabajo con las mujeres anteriormente descrito, llevamos a cabo una serie de entrevistas cualitativas de una hora y media de duración a profesionales sanitarios, con el objetivo de conocer su percepción en la atención en consulta a mujeres. Las entrevistas se basaron en el siguiente guion de preguntas:

- ¿Con qué malestares generales acuden las mujeres a su centro de consulta?
- ¿Se atiende a las mujeres con perspectiva de género en su centro de trabajo?
- A su juicio... ¿Tienen las mujeres necesidades específicas?
- ¿Cómo podemos mejorar la salud de las mujeres?

Estas entrevistas particulares nos han permitido tener una aproximación a la situación del enfoque de género en la atención de la salud de las mujeres mediante la obtención de información fundamentada en sus percepciones, opiniones, creencias, significados, actitudes etc. Las entrevistas se han planteado con una duración ajustada a la situación del profesional. El tono y el lenguaje se han

adaptado a los/as entrevistados/as. Las preguntas han sido abiertas para que el/la profesional entrevistado/a pudiera expresar abiertamente sus opiniones. Se analiza a continuación la información obtenida en las entrevistas, así como un extracto de los resultados más significativos.

<p>¿Qué malestares traen las mujeres?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) Siguen tratando a las mujeres como unas histéricas. Ellas expresan más las emociones, la ansiedad, la depresión. - (...) Las mujeres tienen más insatisfacción, en salud mental son ninguneadas. Cuando viene una mujer con somatización se le cuelga el cartel de loca. - (...) Con la fibromialgia, es como un cajón desastre, se da por perdida. El dolor lo tiñe todo. - (...) Las mujeres que atiendo ponen en segundo término su salud. Primero va la vivienda, el cuidado de los hijos. Las necesidades del bebé no de ellas. No hablan de sus enfermedades. Su propia salud es una necesidad de segunda. - (...) Tienen problemas de pareja, pero no lo perciben como malestar. Como si tuvieran asumida la idea de que la vida es así.
<p>¿Tienen las mujeres necesidades específicas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) Las prácticas, los patrones, todos están hechos para hombres. Hay diferencias en función del sexo, como la diabetes. A veces solo viene el padre a la consulta de un pediatra y claro, así no se puede evaluar la lactancia. - (...) La violencia de género es un gravísimo problema de salud que les afecta exclusivamente a ellas, aunque sea provocado por ellos y el sistema de creencias en el que se han criado. - (...) Necesitan espacios de desahogo y tiempo para atenderlas. Debemos tener en cuenta que las mujeres vienen con unas demandas ocultas que no se atreven a decir.

Tabla 5: Extracto de las entrevistas cualitativas a profesionales de la salud

Los/as profesionales entrevistados/as identifican claramente las **necesidades específicas en la salud** de las mujeres, en función del sexo. Por otro lado, destacan que los principales malestares que presentan las mujeres en su consulta son ansiedad, depresión, insatisfacción y fibromialgia.

Como se puede observar tomando en cuenta los resultados obtenidos en las entrevistas con profesionales, se puede ver que, en su mayor parte, coinciden con las opiniones de las mujeres expuestas anteriormente en los grupos de trabajo (Tablas 2-4). Sin embargo, los malestares sociales no aparecen explícitamente a pesar del desasosiego que provocan. Quizá este resultado tenga que ver con la falta de concienciación, tanto por parte de las mujeres como del personal sanitario que les atiende, de la importancia de la esfera social en la salud.

5. Conclusiones

Tras analizar las respuestas obtenidas en cada una de las dinámicas con los distintos grupos de trabajo (mujeres y profesionales) se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La salud es un concepto complejo que tiene una gran repercusión en la vida de las personas en general y en la de las mujeres en particular y debe ser entendida desde una óptica biopsicosocial.
- La falta de perspectiva de género en el ámbito sanitario supone un factor de riesgo para la salud integral de las mujeres.
- El modelo biomédico vigente genera gran sufrimiento en las mujeres puesto que no tiene en cuenta variables de género en su planteamiento.
- La medicalización de los síntomas y la normalización del dolor es una consecuencia de lo anteriormente dicho.
- En ocasiones, el trato recibido por parte del personal sanitario, supone una fuente de sufrimiento para las mujeres al hacerlas sentir culpables del hecho de estar enfermas o no tomar las medidas necesarias para recuperarse.
- Los factores sociales y el contexto personal y cultural en el que viven las personas resultan fundamentalmente para poder entender la anamnesis.
- Una mirada sistémica del dolor nos ayuda a entender el verdadero problema que está haciendo sufrir a una mujer más allá de la sintomatología presente.

Referencias

DUDH. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948): <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights>

ENS. Encuesta Nacional de Salud 2017: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

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

Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Escuela andaluza de Salud Pública. Consejería de igualdad, salud, y políticas sociales.

Las desigualdades en la salud. EAPN: <https://www.eapn.es/publicaciones/357/la-desigualdad-en-la-salud>

OMS, 2006. Constitución de la Organización Mundial de la salud: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf